

Götz Huber, Jürgen Hohmann, Kirsten Reinhard

**Mutuelles de Santé -
5 Années d'Expérience en Afrique de l'Ouest
Débats, Controverses et Solutions Proposées**

© GTZ, 2003

Publié par :
Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ)
Division 4300 – Santé, Education, Sécurité Sociale
Dag-Hammarskjöld Weg 1 – 5
65760 Eschborn, Allemagne
site internet: <http://www.gtz.de>

Veillez contacter:
GTZ Projet sectoriel
"Assurance maladie"
c/o AOK Bundesverband
Kortrijker Str. 1
53177 Bonn
République fédérale d'Allemagne
Téléphone +49-228-843-485
Telecopie +49-228-843-720
Site internet: <http://www.gtz.de/health-insurance>
Courriel: gtz@bv.aok.de

Auteurs:
Götz Huber, Jürgen Hohmann,
Kirsten Reinhard

Traducteurs:
Didier Kossi Mewoanou, Togo
Sabine Gonzalès, Allemagne

Layout:
m.helbing.m
Design und Kunstfabrik
65193 Wiesbaden, Allemagne

Photo de titre:
Ralf Maro
VERSION
50678 Köln, Allemagne

Imprimé par:
Druckerei Wurm GmbH
65197 Wiesbaden, Allemagne

Distribué par:
Universum Verlagsanstalt
65175 Wiesbaden, Allemagne

Code de commande: H251 f
Version anglaise: H251 e

Prix: € 10

Sommaire

Résumé

Acronymes et Abréviations

Structure et Méthodologie

Personnes Interviewées

1.	Financement des Soins de Santé en Afrique Sub-Saharienne	9
1.1	Situation Actuelle en Matière de Financement des Soins de Santé	9
1.2	Historique du Financement des Soins de Santé	10
1.3	Assurance Maladie Sociale	11
1.4	Évaluation des Mutuelles Existantes	15
2.	Les six Approches Principales pour la Promotion de Mutuelles	18
2.1	Modèle de Projet Pilote	18
2.2	Modèle d'Agence Gouvernementale	21
2.3	Coordination Régionale - Modèle Thiès	26
2.4	Agence de Développement – Modèle UTM	28
2.5	Modèle de Co-Développement Prestataire – Acquéreur	31
2.6	Approche Entrepreneuriale - Modèle CHIC	33
3.	Mutuelles - Problèmes Fréquents et Solutions Proposées	36
3.1	Faible Capacité Financière due à une Faiblesse Gestionnaire	36
3.2	Risque Moral et Prescription Irrationnelle	40
3.3	Qualité Technique et Qualité des Soins Perçue	46
3.4	Soutien Non-Effectif des Mutuelles	50
4.	Les Principes Fondamentaux de l'Assurance Maladie dans le Secteur Informel	56
4.1	Indépendance vis-à-vis du Gouvernement	56
4.2	Identité Géographique et Socioculturelle	56
4.3	Responsabilisation des Membres	57
4.4	Compromis Technique et Social	59
4.5	Les Subventions et ses Implications	60
4.6	Conception de Mutuelles permettant leur Développement et leur Extension	62
4.7	Pertinence des Principes Fondamentaux pour les Approches Mutualistes	63
5.	Recommandations pour le Développement de Mutuelles	64
5.1	Processus de Mise en Place	64
5.2	Participation des Membres à la Gestion	66
5.3	Système de Gestion et d'Administration	66
5.4	Détail des Conceptions des Mutuelles	67
	Bibliographie	72
	Glossaire d'Assurance Maladie	74

Les réformes du système de santé et du financement de la santé en Afrique subsaharienne, promues par des bailleurs internationaux depuis les années 1970, n'ont pas résolu le problème de l'accès réduit aux soins. Les organisations mutuelles de santé autogérées et développées au niveau local furent considérées comme susceptibles d'avoir un potentiel important pour élargir l'accès aux soins santé de qualité et contribuer au développement social et institutionnel de la société.

En observant les résultats du développement des mutuelles sur dix années, il semble que l'idée se soit implantée qu'avec grande difficulté dans la communauté. La majorité des systèmes n'atteint qu'une partie de la population et ne résout pas le problème de l'accès des classes les plus pauvres de la population. Le caractère participatif des mutuelles et un système de gestion bénévole, constituent à la fois sa force et sa faiblesse fondamentale. Les systèmes sont souvent mal gérés (faible compétence de gestion) et sont inadéquats du point de vue technique.

Les méthodologies utilisées pour cette étude sont les interviews-clés menées avec des protagonistes des organisations nationales et internationales principales, qui furent interrogés au sujet des problèmes majeurs actuels, des controverses et des solutions apportées à l'implantation des mutuelles.

La structure du rapport est la suivante:

1. Introduction présentant le contexte historique du financement de la santé et de l'assurance maladie dans les pays développés,
2. Présentation et illustration des six différentes approches de promotion des mutuelles,
3. Problèmes, défis et controverses importants pour la compréhension des aspects primordiaux dans la promotion des mutuelles et qui sont regroupés en quatre domaines:
 - Faiblesse institutionnelle,
 - Problème de la dérive des comportements (risque moral),
 - Faible qualité des soins,
 - Soutien non effectif de la part des promoteurs et de celle du gouvernement
4. Principes fondamentaux pour le développement des mutuelles
5. Synthèses des expériences débouchant à des conclusions et des recommandations.

Comme résultats principaux, l'étude confirme à nouveau les recommandations données à la plate-forme Abidjan et explique en détail la validité actuelle du concept mutualiste.

Le problème de la qualité des soins doit être abordé en formant des prestataires de soins santé à fournir des « soins centrés sur le patient » (patient centered care), en améliorant la qualité inter-relationnelle de la consultation. Une mauvaise perception des soins du consommateur et des attentes non réalistes constituent l'obstacle principal et aboutissent au manque de compréhension entre prestataires et mutualistes. Des programmes de formation pour soins santé curatifs et préventifs (conférences médicales) peuvent aider les membres d'une assurance à mieux comprendre l'offre des soins santé.

La coopération améliorée entre promoteurs de mutuelles devrait éviter des duplicats d'interventions inutiles dans le secteur. Des outils de gestion et des manuels devraient être partagés et être disponibles pour les mutuelles existantes. Les mutuelles devraient coopérer de manière plus effective avec les prestataires, de sorte que tous puissent tirer profit de la synergie créée, en se penchant sur des secteurs d'intérêt commun. Les prestataires devraient reconnaître que leurs pratiques de prescription sont déterminantes pour le succès du système mutualiste. Le gouvernement devrait soutenir le processus en menant une politique proactive, en vue de sensibiliser le personnel de santé au système mutualiste et d'encourager les prestataires à

mener des négociations avec les mutuelles. Les prestataires ont besoin de leur autonomie pour négocier des arrangements locaux adéquats. La mise en place d'un système mutualiste est une tâche complexe parce que les systèmes d'assurance maladie sociaux locaux se situent à l'intersection de trois systèmes complexes: un système financier, un système social et un système de services santé. Pour que la mise en place de mutuelles soit une réussite, ces trois systèmes doivent être pris en considération.

La GTZ propose une stratégie alternative pour la promotion des mutuelles en Afrique de l'Ouest, en incluant une approche entrepreneuriale. Le modèle "Center for Health Insurance Competence – CHIC " (Centre de Compétence pour Assurance Santé)" a été lancé pour répondre aux problèmes majeurs de faible gestion et de manque de compromis adéquat entre les exigences techniques et la participation de la communauté à la mise en place et l'implantation du processus.

L'idée principale du modèle CHIC est qu'il n'est ni nécessaire ni souhaitable de développer pour chaque mutuelle une capacité technique et de gestion complète pour aboutir à un système d'assurance maladie autonome. CHIC propose aux mutuelles d'acheter cette expertise d'une institution supérieure, dont voici les objectifs:

- Etablir un centre de compétence pour un soutien consistant et durable en vue d'un réseau de mutuelles.
- Développer des produits standardisés d'assurance et des procédures administratives en vue d'une adaptation locale.
- Fournir les compétences pour l'organisation et l'administration nécessaires à la mise en place et le fonctionnement d'une mutuelle.
- Stimuler le comportement entrepreneurial, soutenir le gain de responsabilité et une appropriation du système mutualiste par des acteurs locaux.
- Appui en vue d'une implantation efficiente des systèmes, en respectant les principes et le déroulement à l'aide d'une approche individuelle qui repose sur la communauté.
- Mettre en place des systèmes pour rendre le modèle mutualiste extensible et qui s'adapte facilement aux besoins des groupes intéressés.

La conclusion de ce rapport est que l'expérience est utile pour sensibiliser la population au concept de l'assurance maladie, pour rendre l'état capable d'organiser, de réguler le secteur et d'améliorer les conditions générales de l'approvisionnement des soins de santé. Les auteurs pensent qu'il faut introduire un système d'assurance maladie obligatoire au cours de 10-20 années, qui ferait le lien entre le secteur formel et informel existant de systèmes d'assurance, dès que les conditions nécessaires soient mises en place.

ADECRI	Association pour le Développement à la Coordination des Relations Internationales
AFD	Agence Française de Développement Française
ANMC	Alliance National Mutuelles Chrétiennes Belge
BIT	Bureau International de Travail
CAMICS	Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé aux IPM et aux Comités de Santé, Sénégal
CBHI	Community Based Health Insurance
CEFE	Competency based Economies, Formation of Enterprise
CEPRASS	Centre d'Etude Prospective et Appliquées sur la Politique Sociale et les Systèmes de Sécurité, Côte d'Ivoire
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche, France
CRMST	Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès, Sénégal
CS	Centre de Santé
EED	Service des Eglises Evangeliques en Allemagne pour le Développement
GRAIM	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes, Sénégal
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, Allemagne
IB	Initiative de Bamako
IEC	Information, Education, Communication
IPM	Institut de Prevoyance Médicale, Sénégal
KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau, Allemagne
MAE	Ministère des Affaires Etrangères, France
MdS	Ministère de Santé
MHO	Mutual Health Organisation
MMB	Medicus Mundi Belgique
MSA	Mutualité Sociale Agricole, France
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PAMS	Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé, Sénégal
PBR	Pays à Bas Revenus
PHR	Partnership for Health Reform, Etats-Unis
PNB	Produit National Brut
PRIMA	Projet de Recherche sur le Partage des Risques Maladies, Guinée
PRO.NA.PAM	Programme National de Promotion des Mutuelles Privées d'Assurance Maladie, Côte d'Ivoire
PROMUSAF	Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique, Belgique /Sénégal
RAGAD	Reseau d'Appui des Groupes d'Action au Développement, Sénégal
SSP	Soins de Santé Primaire
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté, Programme du BIT
UTM	Union Technique Malienne
ZEF	Zentrum für Entwicklungsforschung, Allemagne

Taux de change fixe (mars 2002)

1 EURO = 656 FCFA

	<p>Le rapport est le fruit de discussions menées avec des représentants d'organisations internationales de promotion de France, Belgique, Allemagne, États-Unis, d'organisations UN telles que l'OIT et l'OMS, d'organisations de promotion locales et des représentants du gouvernement et des mutuelles du Sénégal et du Mali.</p> <p>Le rapport fut dirigé et financé par le projet sectoriel de la GTZ "Élaboration et introduction de systèmes d'assurance maladie sociaux dans les pays en voie de développement" et le travail fut effectué au cours des mois de février à septembre 2001. Des interviews furent menées au mois de mars/avril en Europe et au mois de mai au Sénégal et au Mali.</p>
Objectif du rapport	<p>Les auteurs essaient de contribuer aux discussions actuelles menées autour du thème de la promotion du système mutualiste, en rendant disponibles les démarches, les opinions, les controverses et les expériences des acteurs majeurs. Ils tiennent compte des expériences réussies de la promotion des mutuelles et de la mise en place d'activités au cours de ces 5 dernières années. L'objectif du rapport est de tirer profit des expériences actuelles disponibles, en vue de confirmer et/ou de reformuler les concepts et les stratégies favorables à la promotion des mutuelles.</p>
Méthodologie: Révision de documents et interviews-clés instructives	<p>La préparation du rapport débuta par une révision de la littérature existante portant sur la promotion des mutuelles et de la compilation de documents établie par le projet GTZ. Les documents importants recueillis des partenaires des interviews y ont été introduits dans un deuxième temps.</p> <p>Les interviews furent menées à l'aide d'une liste de questions préparées. Des problèmes majeurs actuels et des controverses furent discutés, des commentaires sur les hypothèses émises par des auteurs furent recueillis. De nouveaux thèmes furent explorés au cours des discussions. Au cours des interviews-clés, tout l'accent était mis sur les problèmes pratiques de la mise en place de projets de mutuelles. Des recommandations furent recueillies de chaque interviewé, dans le but de les partager. La durée de l'interview se situa entre une et deux heures. Les interviews furent enregistrées sur cassette et ensuite transcrites.</p>
Structure du rapport	<p>Le chapitre 1 d'introduction présente le contexte historique du financement de la santé et de l'assurance maladie dans les pays en voie de développement. Le chapitre 2 contient cinq approches générales censées illustrer les concepts principaux possibles pour une promotion de mutuelles, conformes à une extension de mutuelles à l'échelle nationale. On y trouve une sixième approche développée par la GTZ et proposée en tant que stratégie alternative. Le chapitre 3 traite des problèmes, des défis et des controverses importantes pour la compréhension des aspects capitaux de la promotion de mutuelles qui sont répartis en quatre domaines principaux. Les solutions différentes apportées par les divers acteurs y sont discutées et le consensus et/ou les conclusions individuelles y sont développées. Les principes fondamentaux du développement de mutuelles sont définis au chapitre 4. Le dernier chapitre 5 offre une synthèse des chapitres précédents, en soulignant les conclusions et les recommandations qui en résultent.</p> <p>Veillez noter que les stratégies proposées relèvent de l'opinion personnelle des auteurs et qu'elles devraient être considérées comme une base apportée à d'autres adaptations de concepts possibles, en vue de la promotion GTZ de l'assurance maladie en Afrique de l'Ouest.</p>
Les auteurs des dépositions	<p>Vous reconnaîtrez les auteurs des dépositions au paragraphe mentionné par un nom (Marcadent -). Tout le contenu du paragraphe est attribué à l'interviewé. Une déposition attribuée à l'interviewé est suivie de son nom entre parenthèses sans aucune indication de l'année (Criel). En cas de provenance différente - article ou autre document -, l'année est mentionnée à côté du nom de l'auteur (Brouillet, 1999).</p>

France

- Pascal Brouillet (Agence Française de Développement: AFD)
- Alain Letourmy (Ministère des Affaires Etrangères: MAE)
- Eric de Roedenbeke (MAE)
- Stephane Hirsinger (ADECRI)
- Bruno Galland (Centre International de Développement et de Recherche: CIDR)
- Claudine Durfort (Mutualité Sociale Agricole: MSA)

Suisse (Genève)

- Philippe Marcadent (Organisation International du Travail : OIT)
- Guy Carrin (Organisation Mondial de Santé : OMS)

Allemagne

- Johannes Jütting (Centre for Development Research: ZEF)
- Axel Weber (Consultant independant, economiste)
- Monika Hoffmann-Kuehnel (EED)
- Jürgen Hohmann (Projet d'assurance maladie sociale de la GTZ)

Belgique

- Bart Criel (Institut voor Tropische Geneeskunde: ITG)
- Dominique Evrard (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes Belges: ANMC)

Sénégal

- Aminata Sow (PROMUSAF Sénégal)
- Pascal Ndaye (Coordinateur Action Concertation)
- Koehn Russel Cambier, Justin Tine (ILO/STEP-Sénégal)
- Chris Atim (Partnership for Health Reform: PHR)
- Cheik Villane ((Conseiller, Président de la mutuelle Volontaires de l'Education)
- Sokhna Ndiaye (Comité pour la promotion de mutuelles dans la région de Diourbel)
- Michael Niechzial (Projet EPOS/GTZ Hôpital Régional de Dioubel: HRD)
- Diame Faye (Pédiatre, conseiller IPM)

Mutuelles du Sénégal

- Représentants de la Mutuelle de Santé Fenangie/Peche
- Seyni Mbaye Ndiaye (promoteur), Osear Kamara (médecin conseiller) et autres membres de la " Mutuelle de Khalil Borbo"
- Doyen Assane Gueye (GRAIM, Président "Mutuelle Faggu")
- André Demba Wade (Président de la Coordination Régionale Thies: CRMST)
- Cheikh Mbacke Bâ (President "Mutuelle des Willayas de Touba")
- Aimerou Ndiaye, Demba Mame Ndiaye (Mutuelle du RAGAD)
- Barthelemy Ngom (Président "Mutuelle Sam sa wergum Yaram")

Mali

- Union Technique Malienne (UTM)
- Oumar Ouattara (Directeur Général)
- Issane Sissouma (Responsable des activités de formation)
- Abdel Kader Sanankona (Journaliste, chargé de la communication)
- Thiphaine Ardouin (Chef de Projet Appui au Développement de la Mutualité Santé au Mali)
- Salah Diakite (Chargé des Garanties de santé: GS)
- Cheikh Toure ("Responsable du Service de Gestion des Garanties")

Autre Mali

- Gaoussou Traore (Directeur National du Développement Social)
- Seydou Mandian Konate (Médecin du Centre de Santé Nongon, Sikasso)
- Yacouba Kone (Coordinateur Général Santé Sud)

Côte d'Ivoire

- Jean Etté (CEPRASS)
- Jean-Pierre Sery (PRO.NA.PAM)

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué à ce rapport pour leur engagement, en particulier Dr. Inke Mathauer (GTZ) et Dr. Bart Criel (ITG) pour leurs commentaires utiles, leurs corrections et leurs contributions. Nous sommes reconnaissants envers M. Didier Kossi Mewoanou (Togo) et Mme Sabine Gonzalès (Allemagne) pour la traduction en français de ce rapport et envers M. Morgen Le Moustarder (France) pour la révision finale du langage technique.

1. Financement des Soins de Santé en Afrique Sub-Saharienne

1.1	Situation Actuelle en Matière de Financement des Soins de Santé
Faible taux d'accès aux soins de santé pour cause de problèmes financiers	<p>La grande majorité (plus de 90%) de la population des pays à bas revenus et des pays à revenus intermédiaires ne bénéficie d'aucune forme de sécurité sociale. Très peu de gens ont un travail régulier ou perçoivent un salaire. Ceux qui travaillent dans le secteur informel vivent de revenus irréguliers et instables, ils doivent payer eux-mêmes les soins de santé et n'ont pas accès au système d'assurance maladie. Lorsqu'une maladie ou un accident grave survient et qu'il faut avoir recours à un traitement spécialisé en hôpital, les frais d'admission et de traitement sont souvent au-delà du budget de la plupart des ménages. Dans les ménages de subsistance, même pour une simple maladie ordinaire, il est impossible de payer le traitement médical dans certaines périodes de l'année, car elles n'ont pas assez d'argent. La procédure de prêt d'argent chez la famille élargie ou chez les voisins retarde le traitement et peut aggraver la maladie ou même conduire à la mort. La preuve de cette situation est le faible taux d'utilisation des services hospitaliers et des centres de santé de 0,2 - 0,3 (contacts entre le patient et le prestataire par personne et par an) (Knippenberg, 1997/MSP, 1997).</p>
Les plus pauvres de la population sont totalement exclus	<p>Certaines tranches de la population ont à la fois plusieurs caractéristiques de pauvreté (faible niveau de revenu, faible niveau d'éducation, logement insalubre, moral bas, bas statut ethnique ou professionnel) qui les défavorisent dans la société en général et qui les rendent particulièrement vulnérables aux conséquences de la maladie. La conséquence de l'absence d'accès aux services de santé est le taux élevé de morbidité et de mortalité observé chez les populations des pays en voie de développement comparé à celui des pays développés : Taux de Mortalité Maternelle 500 - 880, Taux de Mortalité Infantile 65 - 129 (Peters, 1999). Parce que ces groupes marginalisés n'ont aucune "importance" au sein du système, ils ont abandonné leur droit d'accès aux services de santé et ont peu recours à ces services malgré leurs besoins énormes (Dror, 1999).</p>
Les limites de la solidarité familiale et ethnique	<p>Les systèmes traditionnels de solidarité tels que la famille et le clan garantissent une forme de sécurité pour les pauvres. Mais la solidarité de la famille élargie ou le fait d'emprunter de l'argent chez les voisins ont leur limite, lorsqu'il s'agit de faire des grandes dépenses.</p>
La capacité de payer détermine l'accès aux soins	<p>Les frais de santé officiels, calculés pour assurer la viabilité économique de l'institution et les salaires du personnel, excluent financièrement beaucoup de malades, même les malades gravement atteints.</p>
Surtarification du personnel de santé	<p>Etant donné que les travailleurs de la santé sont souvent mal payés et luttent pour joindre les deux bouts, ils ont souvent recours à différentes stratégies pour s'en sortir. Par exemple, ils demandent aux patients de payer une sur-tarification, ce qui, finalement, augmente les frais de santé de façon considérable (Roenen, 1997/Mc Pake, 1999). Les patients qui fréquentent un centre de santé rural en Guinée dépendent 2,2 fois les frais de traitement officiel pour payer la surtarification (Roenne, 2000). Cette sur-tarification constitue une part substantielle du revenu du personnel de santé (Criel, 2000).</p>
Le cycle de la pauvreté	<p>Des conditions médicales graves ou une période prolongée de maladie qui menacent l'existence pourront déclencher un cycle de pauvreté. Les biens, les produits agricoles, les animaux et les biens fonciers seront vendus à des prix bas, ou bien un crédit à un taux d'intérêt exorbitant sera contracté. Inversement, la pauvreté conduit elle-même à la maladie, étant donné qu'il est impossible de se faire soigner. Le Programme Alimentaire Mondial a découvert au Cambodge que 80% de l'extrême pauvreté résulte de la maladie dans la famille (Weber).</p>

1.2 Historique du Financement des Soins de Santé

Priorité aux soins hospitaliers et à la population urbaine

Depuis l'indépendance des pays africains, les systèmes de soins de santé dans la majorité des pays situés au sud du Sahara n'ont pas fournis un accès équitable aux soins de santé. Les ressources disponibles ont été investies dans les hôpitaux et les centres de santé (CS) des zones urbaines. Officiellement ces structures offrent gratuitement des soins de santé. En réalité, les patients ont du payer les médicaments et de verser des sommes clandestines au personnel de la santé pour bénéficier des services.

Les politiques de Soins de Santé Primaire (SSP) mises en application depuis 1978 (Conférence d'Alma Ata)

Avec l'introduction des Soins de Santé Primaire (SSP) en 1978, plusieurs pays Africains se sont engagés pour améliorer le système de soins de santé avec l'assistance des bailleurs étrangers. Des réseaux de CS ruraux ont été créés et des efforts ont été déployés pour organiser leurs activités de façon efficace. Les prestations couvrant les maladies principales et prenant en compte les problèmes de santé importants ont été mis à la disposition d'une plus grande partie - de la population urbaine et rurale. Au cours des années 90 et dans une seconde étape, des hôpitaux de référence ont été réhabilités et réorganisés pour garantir les soins secondaires.

Les politiques d'ajustement structurel entraînent la réduction des dépenses en soins de santé

L'introduction des politiques de Soins de Santé Primaire a coïncidé avec l'adoption par les gouvernements des politiques d'ajustement structurel dans les années 80. La crise économique et la mauvaise gestion ont amené les gouvernements Africains à réduire les dépenses en matière de santé. Il n'y avait plus suffisamment d'argent pour financer la santé. Les gouvernements n'étaient pas en mesure de financer le système de santé par le biais des impôts. Le financement initial des bailleurs internationaux pour améliorer les systèmes de santé n'a pas produit de résultats significatifs.

Promotion des réformes, financement et décentralisation des soins de santé

Des organisations internationales telles que la Banque Mondiale, les agences des Nations Unies et les autres bailleurs se sont engagés dans une politique de promotion des réformes de soins de santé, en particulier dans le domaine du financement et de la décentralisation des soins de santé. Il fut considéré comme important que les populations participent en payant pour les soins de santé, en vue de pouvoir maintenir les services de SSP.

L'Initiative de Bamako (IB): Recouvrement des coûts, financement, participation communautaire

La réforme de l'Initiative de Bamako (1978) a permis l'introduction du système de recouvrement de coûts dans les structures sanitaires publiques, la gestion conjointe des ressources générées par le personnel de la santé et la communauté ainsi que la décentralisation du secteur de la santé.

Amélioration des indicateurs de la santé: couverture des PEI, SP et autres

Au cours de l'évaluation des pays comme la Guinée et le Bénin, qui ont été les premiers à appliquer les réformes de l'IB, il a été noté que des progrès significatifs ont été réalisés en matière d'accès aux soins de santé et d'utilisation des services de soins de santé. Il a été également observé que les indicateurs de santé ont été améliorés. Dans les centres de santé, entre 1993 et 1998, la couverture effective du Programme Elargi d'Immunisation (PEI) est passée de 20 à 66% et les Soins Périnataux (SP) de 12 à 53%. Au Bénin, l'utilisation des services de santé a initialement chuté de 0,3 à 0,25%, mais après, elle a augmenté pour atteindre 0,34% en 1993 (Knippenberg, 1997).

Exclusion des soins de santé

Malgré tous les efforts déployés, il s'est avéré que dans la majorité des pays Africains, au moins 5% de la population n'a jamais eu suffisamment d'argent pour avoir accès aux soins de santé primaire (exclusion permanente), alors que 25 à 35% de la population à revenus instables ont de sérieux problèmes pour rassembler la somme nécessaire dans certaines périodes de l'année (exclusion temporaire). Les soins hospitaliers étaient même moins accessibles (Rocque, 1995).

Absence de démocratie et faible qualité des soins

Les réformes de la santé n'ont pas résolu les problèmes de la mauvaise gouvernance, du manque de démocratie et de la transparence dans le secteur santé. En dépit des intentions déclarées d'impliquer les communautés dans la gestion et le planning

	<p>des soins de santé, les techniciens de la santé continuent souvent à fixer seuls les priorités. Les Comités de Gestion des Centres de Santé -COGES- ne constituent pas un contre-poids suffisant aux professionnels de la santé (Criel, 1999). Le taux d'utilisation des services des centres de santé continue de chuter à cause de la faible qualité des soins.</p>
1.3	Assurance Maladie Sociale
<p>Transfert des systèmes d'assurance des pays occidentaux ?</p>	<p>Comme solution possible à ces problèmes, la tendance est d'adopter et de transférer des pays occidentaux le modèle d'assurance maladie, qui a été un succès dans ces pays. Mais le contexte socio-économique et politique en Afrique Occidentale est différent. Dans ce contexte, il faudra réduire le modèle Européen à ses éléments fondamentaux, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Principes et concepts (réduction de la pauvreté, équité, solidarité). • Procédures politiques qui occasionnent le développement du système. • Caractéristiques techniques. <p>L'une des valeurs fondamentales des structures de mutuelle pratiquée et développée en Europe est celle de la solidarité entre les membres. En pratique, cela signifie que tous les membres du fonds de solidarité apportent une assistance financière mutuelle à ceux qui sont dans le besoin, en vue d'améliorer les indicateurs socio-économiques de base. La multitude de solutions proposées et des expériences vécues en Europe peuvent être utilisées au moins comme un pool de savoir-faire, afin d'aider les autres à élaborer leurs propres politiques. Les expériences en matière de procédure sont aussi importantes que le savoir-faire structurel et les techniques du système (Eisenblaetter et al, 2001).</p>
<p>Contexte différent, ressources économiques moindres, marché du travail formel mal développé</p>	<p>Les économies des états de l'Afrique de l'Ouest sont de petite échelle à cause de la rareté et de l'inefficacité des ressources économiques, des termes de l'échange non favorables pour les produits africains et du manque de gouvernance démocratique. Il y a un manque général de revenus monétaires dans ces économies de subsistance ; le marché du travail formel est également mal développé.</p>
<p>Le secteur informel emploie la majorité des travailleurs</p>	<p>La grande majorité de la population travaille dans le secteur informel, établie à son propre compte, faisant de petites transactions en tant qu'ouvriers, cultivateurs, etc.. Dans la majorité des pays africains, le secteur rural emploie à lui seul 80% ou même plus de la population (Marx, 1995).</p>
<p>Faible base d'imposition, non-respect des lois fiscales</p>	<p>En plus de ces éléments, il existe dans ces pays une faible base d'imposition, une faible capacité institutionnelle pour la collecte des impôts et le non-respect des lois fiscales. Le financement d'un système de soins de santé par la collecte d'impôts est difficile.</p>
<p>Mauvaise qualité des services à cause de la détérioration des services publics</p>	<p>Le sous-financement des services de soins de santé entraîne des salaires bas du personnel de la santé du service publique, des dépenses insuffisantes pour la maintenance, le renouvellement et le réapprovisionnement des stocks, du matériel et de l'équipement technique. La détérioration de la qualité des soins santé en est le résultat.</p>
1.3.1	Assurance Maladie dans le Secteur Formel
<p>Faible couverture de l'assurance du secteur formel</p>	<p>À l'heure actuelle, l'assurance dans le secteur formel en Afrique Sub-Saharienne couvre seulement une tranche de la population, généralement les fonctionnaires de l'Etat et quelques employés du secteur formel (moins de 1% en Éthiopie, 10% au Sénégal et 11% au Kenya).</p>

<p>Dysfonctionnement et banqueroute des structures d'assurance</p> <p>Gouvernements manquent de capacité gestionnaire et ne sont pas suffisamment crédibles</p> <p>Création d'une plus grande inéquité: Les groupes ayant des revenus plus élevés s'octroient la plus grande part des subventions</p>	<p>Les structures d'assurances existantes sont souvent dysfonctionnelles, elles sont proches de la banqueroute et connaissent des problèmes de corruption (MAE, 2000). Ces systèmes ce sont avérés incapables de servir de base pour l'extension de l'assurance sociale vers le secteur non organisé (Ginneken, 1997).</p> <p>La raison principale de cette situation est que la gestion d'un système de sécurité sociale est très complexe. Elle implique la tenue des livres comptables, la coopération des employeurs et des employés dans l'organisation effective et un contrôle régulier du système (Atim, 1998). Les gouvernements manquent de capacité administrative et de gestion requises pour créer et gérer des structures de sécurité sociale (Jütting, 1999). Un certain nombre de gouvernements africains manquent souvent de crédibilité populaire suffisante pour l'organisation et la gestion d'un système d'assurance sociale d'envergure nationale (Criel, 2000). Les assureurs et les prestataires de services de soins de santé ont besoins de compétences suffisantes en gestion, qui, elles, manquent le plus souvent.</p> <p>Assurer des employés des secteurs public et privé a conduit vers une plus grande inéquité. L'assurance bénéficie déjà une population privilégiée, elle augmente leur accès aux sources privées et publiques de soins. Lorsque les structures sanitaires du gouvernement sont fortement subventionnées, la consommation de leur services par les personnes assurées implique une double subvention. Par conséquent, les groupes ayant des revenus plus élevés se sont octroyés la plus grande part des subventions publiques des soins de santé (Kutzin, 1997).</p>
<p>1.3.2</p>	<p>L'Assurance Obligatoire pour les Pays à bas Revenus ?</p>
<p>L'assurance maladie obligatoire n'est pas recommandable</p> <p>Assurance maladie locale – solution pour le court et moyen terme</p>	<p>Après l'étude des possibilités d'extension obligatoire des systèmes de sécurité sociale dans les pays de la Zone Prioritaire Française, une étude conduite par le Ministère Français des Affaires Étrangères (MAE) a conclu que, pour la catégorie des pays pauvres (PNB moins de 1.000 US\$ par personne), il n'est pas recommandé d'introduire l'assurance maladie obligatoire dans les circonstances actuelles (MAE, 2000). Les principales raisons citées dans ce document sont l'absence de crédibilité des organisations de sécurité sociale, les problèmes de bonne gouvernance du gouvernement central, et l'absence de structures sanitaires pouvant offrir des soins de qualité. Pour les pays ayant un revenu intermédiaire, lorsque des conditions plus favorables sont réunies, l'étude a recommandé la possibilité de lier dans un programme obligatoire conjoint les assurances du secteur formel et celles du secteur informel.</p> <p>L'étude faite par le MAE a recommandé aux pays d'élaborer des projets qui intègrent dans leur approche la décentralisation, la cogestion des communautés et le partage des risques. Elle a également considéré que « l'assurance de proximité » a une meilleur chance d'atteindre ces objectifs dans le court et moyen terme. L'étude a conclu qu'actuellement, les systèmes de protection sociale ne pourraient jouer qu'un rôle complémentaire. Les structures d'une assurance locale sont proposées en tant qu' alternative provisoire jusqu'à ce que les conditions pour une assurance maladie obligatoire soient réunies.</p>
<p>1.3.3</p>	<p>Concepts Traditionnels de Solidarité</p>
<p>Solidarité pour les risques sociaux et économiques</p>	<p>La solidarité a toujours existé en Afrique (Gueye). Il existe déjà un certain nombre d'associations où les membres comptent sur la solidarité des uns et des autres ou partagent même les risques dans un groupe plus large. Ce sont des mécanismes conçus pour faire face aux risques individuels, souvent liés aux événements de la vie, tels que la naissance, le décès, mais également la maladie (événements positifs: mariage, baptême, circoncision et négatifs : funérailles, maladie). Les gens se ras-</p>

<p>Principe de la réciprocité équitable</p> <p>Réduire l'anxiété</p>	<p>semblent lorsque les membres ont des problèmes financiers pour des raisons sociales et économiques (construction d'une maison, démarrage d'un commerce, acquisition du matériel agricole, organisation des festivités de la communauté). Ceci contribue à la création et au renforcement des réseaux sociaux (Criel, 2000).</p> <p>Dans les sociétés traditionnelles, les individus attendent souvent un retour en échange de toute contribution effectuée. Les structures informelles, qui mettent en commun les risques, sont souvent basées sur une réciprocité équitable considérée comme la norme fair play. Tout «cadeau» doit être retourné à l'avenir (Platteau, 1997). L'assurance est différente, étant donné qu'elle implique le fait que les membres, qui bénéficieront dans un avenir proche des bénéfices de l'assurance, ne sont pas connus au moment de la cotisation. Par conséquent, la majorité des membres paient principalement pour leur protection sans aucune retombée immédiate ou perceptible.</p> <p>Criel/ITG - Le concept de la réciprocité n'est pas seulement valable pour les sociétés rurales traditionnelles. Dans les systèmes modernes d'assurance, les clients attendent également des retombées de leur investissement. Autrement, leur volonté de payer les cotisations est minée. Les retombées ne sont pas matérielles. Dans les sociétés occidentales, les gens donnent une valeur à l'assurance parce qu'elle réduit leur anxiété.</p>
<p style="text-align: right;">1.3.4</p>	<p>Prévoir les Risques Maladie</p>
<p>Prévoyance seulement à motif social, non pour les risques maladie</p> <p>Les personnes engagées dans des stratégies de survie ont d'autres priorités</p> <p>L'assurance maladie n'est pas un concept traditionnel africain</p> <p>Transformer la prévoyance pour les risques sociaux en prévoyance des maladies</p>	<p>Dans les sociétés Africaines, les risques sociaux sont pris en compte, mais les risques maladie ne le sont souvent pas. On épargne de l'argent pour payer la dote lorsqu'une jeune fille se marie ou des produits alimentaires sont stockés après la récolte. D'habitude les gens ne se protègent pas contre les maladies qui peuvent les atteindre à l'avenir. Ils ne contribuent pas régulièrement de l'argent pour un problème qui n'est pas visible (Villane). Les gens ne mettent pas de l'argent de côté pour les maladies imprévisibles, qui sont souvent considérées comme des tabous. Le simple fait de parler d'une maladie peut l'attirer (Bationo, 2001). La solidarité existe principalement pour les cas d'urgence (Koné), mais les gens attendent jusqu'à ce que la maladie surgisse (Gueye).</p> <p>L'absence de stratégies pour faire face aux risques maladie peut être partiellement expliquée par le fait que, lorsque les gens sont engagés dans des activités de survie, l'assurance maladie ne constitue pas la première priorité. D'autres priorités sont plus importantes, telles qu'organiser de la nourriture ou des frais scolaires pour les enfants. Cependant les gens préfèrent investir dans des activités productives. Ils pensent qu'il est mieux d'investir le peu d'argent qu'ils ont dans des petites activités lucratives que de payer chaque mois des cotisations pour l'assurance, qui, selon eux, ne leur donnent que des avantages limités (Evrard). Avec les bénéfices qu'ils tirent de leur commerce, ils peuvent être en mesure de payer directement les soins de qualité effectués dans les centres de santé de leur choix (public ou privé), ou chez le guérisseur traditionnel. Selon un proverbe Burkinabé : «Dans une assurance l'argent dort, mais dans une structure de crédit/épargne, il travaille pour son propriétaire».</p> <p>L'idée de l'assurance maladie n'est pas un concept traditionnel africain, mais a été introduite de l'extérieur. Les mutuelles ont été rarement créées de façon spontanée par les acteurs du secteur informel (Galland, 1998). La dynamique mutualiste est fortement animée et soutenue de l'extérieur (Criel, 2000).</p> <p>Le défi des promoteurs de l'assurance maladie en Afrique Sub-Saharienne est de transformer la prévoyance pour les risques sociaux en prévoyance des maladies (Koné). Gueye utilise l'argument suivant afin de convaincre les membres des com-</p>

	<p>munautés des bénéficiaires de l'assurance maladie : «Comme la nuit succède au jour, de même la maladie suit la santé. La santé et la maladie vont de pair. Au lieu d'attendre que le problème ne survienne, il est préférable d'élargir le cercle de ceux qui, en dehors des amis et de la famille, pourront apporter une assistance en cas de problème».</p>
1.3.5	Système Local d'Assurance Maladie (Mutuelles)
<p>Le système local d'assurance maladie proposé comme solution</p> <p>Termes comparables : Mutuelle de Santé, Assurance Maladie Communautaire, Micro-Assurance</p>	<p>Des systèmes d'assurance maladie développés sur le plan local sont souvent proposés comme solution aux conditions spécifiques des travailleurs du secteur informel et de leur famille. Ces systèmes ont bénéficié d'une attention croissante auprès des bailleurs et des gouvernements depuis le milieu des années 90. Ceci a donné lieu à l'émergence et à la croissance rapide des structures d'assurance maladie.</p> <p>Les termes similaires utilisés pour les systèmes d'assurance maladie locaux sont : Mutuelle de Santé, Assurance Maladie Communautaire (AMC), et Micro Assurance. Le terme mutuelle est largement utilisé en Afrique Occidentale et Centrale, alors qu'AMC est plus utilisé en Afrique Orientale. L'Organisation Internationale du Travail attribue au concept le titre de Micro Assurance. Il existe des nuances entre les trois termes.</p> <p>Les termes font généralement une distinction entre les prestataires ou l'assurance communautaire. Les caractéristiques de distinction se situent principalement au niveau des propriétaires qui prennent l'initiative et qui ont la responsabilité financière de la structure. Criel (2000) appelle ces deux extrêmes le modèle mutualiste ou participatif et le modèle géré par le prestataire ou technocratique.</p>
1.3.6	Modèles de Systèmes d'Assurance Maladie
<p>Modèle mutualiste ou participatif (mutuelle)</p> <p>Modèle géré par le prestataire des services de soins de santé</p>	<p>Atim définit une mutuelle comme une structure d'assurance volontaire, à but non lucratif, formée sur la base d'une assistance mutuelle, de la solidarité et du partage collectif des risques de maladie. Les membres participent de façon effective à la gestion et au fonctionnement de la mutuelle. Ces mutuelles sont souvent de petite taille et visent une population spécifique qui est liée par certaines caractéristiques de solidarité (Atim, 1998).</p> <p>Les communautés s'organisent pour créer des structures d'assurance maladie. Les priorités sont définies dans un processus de planning participatif de bas en haut et les décisions importantes, telles que les types de prestation de la structure, sont prises par les communautés. La mutuelle appartient aux bénéficiaires et ils en sont eux-mêmes les gérants, par conséquent ils supportent eux-mêmes les risques financiers. Un contrat est signé entre chaque individu et tous les autres. Ils rassemblent les cotisations pour couvrir les types de soins préalablement définis et fournissent par le prestataire contracté. L'assureur et le prestataire de services de soins de santé négocient les termes des services de soins. Des mutuelles qui fonctionnent bien peuvent jouer un grand rôle dans la défense des intérêts des ménages qu'elles représentent. Elles peuvent négocier pour une meilleure qualité, telles qu'une plus grande disponibilité des médicaments essentiels ou une amélioration du comportement du prestataire.</p> <p>Les mutuelles gérées par le prestataire sont souvent initiées par un hôpital, dont l'objectif est d'avoir une source de revenu stable dans un contexte où de nombreux patients sont incapables de payer les factures. Le prestataire des services de soins de santé est à la fois l'assureur et le gestionnaire de la mutuelle ; par conséquent il</p>

<p>Modèle de pré-paiement</p> <p>Lien entre les structures de crédit et l'assurance maladie</p>	<p>supporte les risques financiers. Il n'existe aucune structure intermédiaire entre celui qui apporte les fonds et le prestataire des services de soins de santé. Des priorités, telles que la définition des prestations, sont souvent fixées dans un processus de planning de haut en bas. La communauté joue un rôle négligeable dans le processus. Dans certains cas, le souci d'augmenter l'accès des populations aux soins de santé a constitué un motif primordial (Bwamanda/République Démocratique du Congo).</p> <p>La communauté considère souvent cette approche technocratique de la gestion de haut en bas comme défavorable. La non implication de la communauté peut créer une atmosphère de suspicion et de méfiance de la clientèle. Cette situation peut également provoquer un comportement de risque moral au sein de la communauté. Le manque de contact et d'échange avec les membres ne permet pas des ajustements nécessaires tels que la prise en compte des intérêts des consommateurs.</p> <p>Un autre aspect de l'assurance maladie gérée par le prestataire est celui lié à l'intention d'augmenter les revenus de l'hôpital. La conséquence en est que les patients seront amenés à préférer les services hospitaliers, tels que le service des consultations externes au lieu de les encourager à utiliser les services de soins de santé primaire pour les pathologies de base.</p> <p>Il existe un autre système pour couvrir les risques maladie; c'est celui du pré-paiement. Les structures de pré-paiement sont souvent organisées par les prestataires de soins de santé. Les risques ne sont pas partagés avec d'autres membres de la communauté, comme c'est le cas avec les structures d'assurance. Un certain montant d'argent est payé en avance au prestataire de soins de santé. A chaque consultation, le montant prépayé est progressivement défalqué, selon les frais de consultation jusqu'à l'épuisement total de la somme totale déposée. Ce système permet de financer les soins de santé dans les moments où les ménages ne disposent plus d'argent. Des frais plus élevés, tels que les frais d'hospitalisation, sont difficiles à financer au moyen de ce modèle.</p> <p>Grâce à ce lien, le micro-crédit joint à ses activités génératrices de revenus un service d'assurance maladie. En cas de maladie grave, l'assurance empêche l'abus des prêts pour payer les frais de soins de santé. Dans ce cas, le créancier ne pourra plus rembourser le crédit. Des exemples de cette structure sont le FAARF (Fonds d'Appui aux Activités Rémunératrices des Femmes), un projet OMS au Burkina Faso et la Banque Grameen au Bangladesh.</p>
<p>1.4</p>	<p>Évaluation des Mutuelles Existantes</p>
<p>Aperçu des conclusions des documents disponibles et des expériences faites</p> <p>Accès au soins de santé</p> <p>Efficacité</p>	<p>Dans une synthèse des études faites sur les mutuelles par Bennet (1998) et Atim (1998), les conclusions suivantes ont été tirées (MAE, 2000) :</p> <p>L'accès au soins de santé par les membres de la structure est bon, mais en raison du faible taux de couverture, il n'y a pas d'impact significatif sur la population cible. Le taux de couverture de la majorité des structures est de moins de 10%, cela complique la poursuite de l'objectif de viabilité qui ne peut être atteint qu'avec un nombre suffisant de membres.</p> <p>Lorsque les mutuelles ont la possibilité d'influencer l'efficacité dans le secteur de la santé, la majorité des structures n'utilisent pas l'éventail des instruments et des</p>

Mobilisation des ressources

mécanismes disponibles, tels que la référence mandataire, le co-paiement, les déductibles, le plafond des bénéfiques, la vérification stricte de l'identité des membres ou une politique de médicaments essentiels et génériques (Atim 1998). Plusieurs structures souffrent d'une mauvaise conception. La performance en matière de financement et de gestion est faible. Pour améliorer l'efficacité, les services gratuits de prévention et de promotion de la santé doivent être inclus. (MAE, 2000).

Les Mutuelles parviennent à attirer un grand nombre de membres qui payent effectivement leur cotisation, si elles prennent en compte les préoccupations et les préférences des consommateurs (choix, disponibilité des médicaments, transport, hospitalisation, etc.), signent des contrats avec les structures sanitaires qui ont une bonne renommée en matière de qualité des soins et synchronisent la collecte des cotisations avec des périodes de revenus.

Mais le plus souvent, les capacités de mobilisation des ressources sont modestes et limitées par le faible taux de cotisation, le faible taux de recouvrement des frais, le faible taux de couverture et une faible capacité de marketing. Selon les études de faisabilité menées, les gens sont souvent intéressés et ont la volonté de payer un taux de cotisation défini, mais lorsqu'il s'agit de collecter ces cotisations, nombreuses sont les personnes qui ne paient pas ou en retard.

Equité

Les cotisations sont des montants fixes. Ils ne sont pas proportionnels au revenu ; car dans ce cas ils sont difficiles à gérer. Les mutuelles ne constituent pas une solution au problème d'indigence. La majorité des structures ont peu de possibilité pour couvrir les plus pauvres de la société. Les mutuelles peuvent seulement canaliser la demande à partir des capacités existantes de contribution. Les programmes d'assistance sociale du gouvernement sont nécessaires pour la tranche de la population qui n'est pas en mesure de payer les cotisations (Galland, 1998/Carrin, 2000).

Gouvernance démocratique, qualité de soins de santé

Peu de structures constituent un contre-poids réel pour le système sanitaire. Souvent les gérants mutualistes n'ont pas la compétence technique requise, ainsi les structures ne fonctionnent pas de façon efficace. Certaines structures abordent la question de la qualité des soins lorsqu'elles signent les contrats avec les prestataires. L'étude menée par Atim a démontré que beaucoup de structures d'assurance ne vérifient ni les prescriptions des prestataires, ni la qualité des soins administrés à leurs membres. Pour les gérants mutualistes, il est difficile de faire respecter les dispositions en terme de qualité stipulées dans le contrat, quand les prestataires ne respectent pas leurs engagements. Mais les structures peuvent initier un dialogue entre les utilisateurs et les prestataires des services de soins de santé (Criel, 1999/Huber, 2000).

Durabilité

Atim a découvert que plusieurs aspects des mutuelles affectent directement ou indirectement leur viabilité en tant qu'institution. Il a conclu que, alors que les mutuelles possèdent certaines compétences de gestion et d'administratives, il existe beaucoup de problèmes dans le domaine du développement institutionnel et des compétences nécessaires pour les tâches spécifiques des mutuelles. Ces tâches sont entre autres : fixer le taux de cotisation, déterminer le paquet-bénéfices, le marketing et de communication, l'utilisation du Système de Gestion de l'Information (SGI), déterminer la rationalité et l'adéquation- des soins administrés et leur tarification, conclure des contrats avec les prestataires, la comptabilité et la tenue des livres comptables, le suivi et l'évaluation et la collecte des cotisations.

Conclusion

Sur le plan théorique, les mutuelles semblent être une solution intéressante avec une grande potentialité pour améliorer l'accès aux soins de santé de qualité, pour mobiliser les fonds, pour améliorer l'efficacité dans le secteur de la santé, pour encourager le dialogue et la gouvernance démocratique dans le secteur de la santé,

Solution intéressante sur le plan théorique, grande potentialité

Concept utile, mais difficile à mettre en application

et ainsi pour contribuer au développement social et institutionnel de la société.

En prenant les résultats de 10 ans de développement des mutuelles, il semble que les communautés comprennent l'idée avec beaucoup de difficulté (Criel). Mais en dépit de nombreux problèmes liés à la mise en application, la majorité des promoteurs interviewés est toujours convaincue que le concept est utile et qu'il n'existe aucune alternative.

Assurance maladie plus équitable que les frais pour les services

Les gouvernements ne sont pas en mesure de financer les systèmes de santé uniquement par les impôts. Les mutuelles peuvent redresser certains effets négatifs de l'accessibilité aux soins de santé, causés par l'introduction des frais. L'assurance maladie permet la participation de la communauté aux frais santé de manière plus égale que celle du paiement à l'acte (de Roodenbeke/MAE).

Grande possibilité pour améliorer la performance du système sanitaire

Mais pour Bennet (1998), l'assurance maladie ne doit pas être considérée comme une source de financement dans des communautés pauvres peu monétarisées. Le taux de recouvrement des coûts sera limité pour les mutuelles rurales. Bennet affirme que les structures bien conçues ont même une plus grande possibilité dans l'amélioration des performances du système sanitaire, en particulier de la qualité des soins et de l'efficacité, que dans la mobilisation des fonds supplémentaires.

Assurance en tant que stratégie d'appui, pas comme une alternative de financement exclusif

Les structures d'assurance doivent être considérées comme une stratégie supplémentaire, pas comme une alternative de financement exclusif. Comme les frais pour les services, elles doivent être considérées comme un moyen pour compléter le financement qui provient du budget public (Bennet, 1998).

Guides et instruments pour le développement des mutuelles

Au cours des deux dernières années, plusieurs organisations ont publié un certain nombre de guides et de matériel d'information intéressants sur les mutuelles.

La GTZ, par exemple, a développé un logiciel InfoSure comme instrument de consultation en matière d'information sur les assurances maladie. InfoSure permet à l'utilisateur de faire une analyse détaillée et bien structurée des approches mutualistes y compris du cadre institutionnel. InfoSure rend les données sur les études de cas accessibles sur le net (www.InfoSure.org).

Des guides et des manuels imprimés sur les questions techniques sont principalement produits par le BIT et l'USAID/PHR. Grâce à l'action concertée des différents promoteurs des mutuelles en Afrique Occidentale, des informations sur ces produits sont publiées sur le net (www.concertation.org).

2. Les six Approches Principales pour la Promotion de Mutuelles

Les auteurs classent six approches pour la promotion de mutuelles comme suit:

1. **Modèle de Projet Pilote**
2. **Modèle d'Agence Gouvernementale**
3. **Coordination Régionale - Modèle Thiès**
4. **Agence de Développement - Modèle UTM**
5. **Modèle de Co-Développement Prestataire - Acquéreur**

La GTZ est en train de développer une nouvelle approche:

6. **Approche Entrepreneurale - Modèle CHIC**

Les approches mentionnées ci-dessous peuvent recouper plusieurs caractéristiques. Certains de ces modèles peuvent co-exister dans un même contexte. Ces six approches facilitent l'extension des systèmes d'assurance maladie à une échelle plus large. Le texte suivant offre une description générale de chaque approche à l'aide d'exemples et de commentaires.

2.1 Modèle de Projet Pilote

2.1.1 Projet Limité Commissionné par un Bailleur Externe

Projet pilote scientifiquement épaulé par une agence de développement

Les agences de développement ont concentré jusqu'à peu de temps leurs activités dans l'amélioration des systèmes de santé en investissant dans l'infrastructure, dans la formation et le support de gestion au niveau régional et préfectorale. Elles ont pris conscience des limites de la simple amélioration du niveau des soins de santé offerts. En évaluant l'impact de leurs activités, l'extension de l'exclusion de vastes groupes de la population et la perception de la population de la faible qualité des soins offerts devinrent alors transparentes. L'importance du développement du financement des mécanismes, qui rendrait possible un accès plus équitable aux structures de soins de santé, fut reconnue comme telle. Les projets pilotes furent lancés pour tester modèles.

Les projets pilotes sont d'habitude très coûteux, parce que leur objectif est de fournir une base scientifique qui constituera la base pour un futur système mutualiste plus large. Un personnel expatrié est souvent exigé pour la réalisation des projets et une caractéristique principale est une phase de préparation intensive relativement longue. Des études approfondies de faisabilité sont menées. Le processus de recherche est souvent bien documenté et fournit de connaissances en matière de succès et d'échecs. Le concept théorique offre l'opportunité d'une réflexion et d'une évaluation.

2.1.2 Exemples

a) **Projet "PRIMA", Guinée**

En 1996 le Projet de Santé Rurale (PSR) de l'Agence allemande de Coopération Technique (GTZ) lança le projet de recherche intitulé "Projet de Recherche sur le Partage des Risques maladies: PRIMA" en coopération avec le Ministère de la Santé de Guinée, dans la préfecture de Kissidougou, en vue d'étudier la faisabilité et le potentiel de systèmes d'assurance maladie locaux. L'équipe de recherche technique consistait en un sociologue expatrié comme coordinateur, un partenaire guinéen, un physicien de santé publique, un comptable et 3 animateurs. La ONG Medicus Mundi Belgique (MMB) garantit le suivi technique et scientifique. Le con-

MUCAS (Mutuelle Communautaire d'Aire de Santé) Maliando et Diompilo

cept d'une mutuelle de santé fut développé et nommé MUCAS (Mutuelle Communautaire d'Aire de Santé). Les objectifs du projet PRIMA furent de développer un concept et de tester ce modèle d'organisation du partage de risques communautaire, dans le but de :

- Réduire le phénomène de l'exclusion financière, en renforçant les mécanismes de solidarité.
- Développer des formes de participation de la communauté plus effectives dans la gestion et l'approvisionnement des services santé basés sur les préfectures.
- Créer une source stable de revenus pour les services santé.
- Créer un contre-poids incitant les services de santé à améliorer la qualité des soins de santé.
- Créer la base pour une capacité (locale et nationale) durable pour la promotion des systèmes d'assurance communautaires (Criel, 1999).

Deux projets MUCAS virent le jour en 1998 et 1999. Les mutuelles Maliando et Diompilo ciblerent deux Centres de Santé (CS) et couvrirent le traitement médical au niveau des Soins de Santé Primaire (SSP) et au niveau secondaire (hôpitaux préfectoraux) des conditions chirurgicales (par ex. césarienne, l'hernie incarcerated etc.) et les soins pédiatriques à deux hôpitaux conventionnés, les factures de transport incluses. Les mutualistes versent une cotisation annuelle selon la taille de la famille, qui fournit une couverture à tous les épisodes de maladie vécus par les membres au traitement subit au CS, médicaments inclus. De plus un co-paiement doit être versé afin de réduire l'abus (Sylla, 1998). Après deux années de mise en place, la MUCAS "Maliando" subit des difficultés dues au déclin des membres. La perte fut de 1352 à 1014 membres. En été 2000, moins de 600 personnes furent réinscrites. Cela exigea des efforts particuliers et une pression dut être exercée par les autorités locales et des administrations de santé à persuader les gens de renouveler leur adhésion ou d'y adhérer. Une incursion rebelle qui engendra une destruction importante de l'infrastructure du secteur santé et une situation politique instable mirent en danger la survie des mutuelles.

b) Projet N'nha-Côte d'Ivoire

La GTZ soutient un projet d'assurance maladie à Man, en Côte d'Ivoire, en coopération avec l'institution ivoirienne de recherche CEPRASS (Centre d'Études Prospectives et Appliquées sur les Politiques Sociales et les Systèmes de Sécurité Sociale). CEPRASS agit en tant que promoteur local, par l'intermédiaire d'un expert national stationné à Man en permanence. Le projet poursuit l'objectif de court terme d'améliorer l'accessibilité financière des habitants de Man aux soins de santé de qualité, en créant et en développant une mutuelle. L'objectif de moyen et long terme fut de développer un modèle pour la mise en place et la méthodologie de réplcation et d'extension de mutuelles fondées sur les expériences tirées de Man. Deux représentants de la communauté de la région de Man furent recrutés et impliqués dans toutes les étapes du processus de mise en place, dans le but de former des ressources humaines locales qui puissent perpétuer le processus.

Etude de faisabilité et outils de calcul des cotisations

Le projet conduisit une large étude de faisabilité à faire un diagnostic de l'approvisionnement et de la demande de soins de santé. Les données financières et statistiques relatives à l'assurance furent utilisées pour développer un produit software apte à calculer les cotisations, en tenant compte des variables importantes.

Comité de pilotage "Forum de Man" créé à partir de délégations d'associations existantes

Le projet encouragea la mise en place et le fonctionnement du comité de pilotage "Forum de Man" en vue de l'introduction de mutuelles dans la ville de Man. Il eut pour tâche de planifier l'implantation de mutuelles et ensuite de se retirer une fois les mutuelles mises en place. Des associations en place prirent en charge la sensibilisation et le processus de mobilisation sociale. Le forum fut constitué uniquement

	<p>de personnes qui étaient déjà des représentants de la communauté. L'idée principale fut d'impliquer des personnes qui avaient déjà fait preuve de leur intérêt personnel pour l'activité sociale et qui étaient des représentants légitimes.</p>
<p>2.1.3</p>	<p>Commentaires</p>
<p>Exposer les problèmes du système santé guinéenne: Faible qualité de soins perçue, surtarification</p> <p>PRIMA: Projet de recherche pour le développement d'un modèle</p> <p>Manque d'autonomie des dirigeants mutualistes, faible couverture</p> <p>Accent mis sur des groupes socio-professionnels dans le cadre du projet N'nha</p>	<p>a) Projet "PRIMA", Guinée</p> <p>La réussite du projet PRIMA fut d'exposer les problèmes du système santé guinéen et de les rapporter au gouvernement guinéen. En réponse à cela, le Ministère de la Santé (MdS) donna son accord pour expérimenter de nouvelles formes relatives à l'offre de soins plus acceptables. Avant l'existence du projet, les problèmes de la faible qualité des soins perçue par la population, la pénurie de médicaments essentiels, la surtarification fréquente de la part du personnel de la santé et autres irrégularités et contraintes du système santé guinéen, ne furent ni reconnus ni adressés par l'administration.</p> <p>L'équipe de recherche et les conseillers scientifiques de Medicus Mundi Belgique considérèrent le projet PRIMA et ses deux projets MUCAS Maliando et Diompilo d'abord et avant tout comme un projet de recherche. Leur objectif principal fut de générer un savoir-faire et pas de mettre en place une multitude de mutuelles. Le bailleur GTZ ne fut pas toujours de cet avis et attendit des résultats plus concrets.</p> <p>L'évaluation faite par Hohmann (1999) trouva des faiblesses dans la capacité de gestion des mutuelles Maliando et Diompilo. Une des critiques majeures fut que le comité de gestion n'eut pas assez de formation pour se rendre indépendant du promoteur PRIMA et en conséquence fut incapable de négocier à égalité avec les prestataires. Les dirigeants de l'assurance se plaignirent du fait qu'ils n'eurent pas été responsabilisés dans la gestion de leur mutuelle.</p> <p>Le projet ne parvint pas à des résultats significatifs en terme de couverture. La question se pose s'il est pertinent d'investir des sommes importantes dans un projet pilote qui a pour but la diffusion et l'application du modèle résultant du processus scientifique à d'autres régions. Les critiques disent que les projets conçus de manière concrète représentent des modèles plus réalistes. Chaque projet aura des circonstances différentes auxquelles une méthodologie devra être adaptée.</p> <p>Le projet aboutit à la conclusion qu'il est nécessaire d'investir en même temps dans la qualité. L'existence d'une assurance seule est insuffisante pour exercer une pression sur les prestataires (Criel).</p> <p>b) Projet N'nha-Côte d'Ivoire</p> <p>Les groupes socioprofessionnels furent considérés comme base très forte et crédible pour l'assurance maladie. La stratégie suivie fut de prendre contact avec des artisans organisés (Groupements à Vocation Coopérative: GVC) par l'intermédiaire de la chambre régionale des artisans (Organisations professionnelles départementales: OPD). Ces OPD furent considérées comme très utiles parce qu'elles avaient beaucoup d'adhérents, les gens étaient déjà organisés, accoutumés à travailler ensemble et avaient très peu de revenus. Les membres OPD exprimèrent souvent leur mécontentement à l'égard des services fournis et réclamèrent des services supplémentaires dans les secteurs de l'éducation, des finances, des crédits et de la santé. Après de nombreuses tentatives pour persuader la Chambre Régionale des</p>

<p>Décision de se concentrer dans des secteurs urbains</p>	<p>Artisans, on réalisa que l'idée était un échec. Il n'y eut jamais assez de motivation à intégrer l'assurance maladie aux activités. Les gens n'étaient pas préparés à gérer un service à but non-lucratif.</p> <p>Lors de la rencontre pour l'évaluation avec les représentants de PRIMA, la décision stratégique fut prise d'abandonner la localisation du projet dans un village, dans le but de concentrer le projet dans une ville. PRIMA recommanda fortement de conserver un contact étroit avec l'administration décentralisée et les autorités sanitaires pendant le processus. Ceci fut nécessaire pour éviter les problèmes de dialogue et de coopération institutionnelle, en particulier au niveau central.</p> <p>L'implantation de la mutuelle à Man fut ralentie à cause d'un putsch militaire. Même sans facteurs externes, CEPRASS sous-estima la durée nécessaire pour la sensibilisation et la mise en place de système d'assurance maladie. La mutuelle N'nha lança ses premières opérations en septembre 2001.</p> <p>Synthèse</p> <p>Dans le passé, le "Modèle de Projet Pilote" connut une grande popularité auprès des bailleurs. D'autres exemples qui appartiennent à cette catégorie sont les projets de l'organisation française CIDR, implanté au Bénin (commissionné par la Coopération Suisse), en Guinée (Union Européenne) et en Tanzanie (Service Protestant Allemand de Développement EED).</p> <p>En général, tous les projets pilotes se heurtent à trois menaces majeures:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ils sont très coûteux par rapport à la couverture qu'ils offrent. 2. Ils exigent une phase préparatoire longue et intensive ainsi qu'un soutien financier du bailleur externe pour plusieurs années. 3. Leur expansion vers un système plus régional ou national est incertaine due à la situation unique et exceptionnelle des circonstances pilotes.
<p>2.2</p>	<p>Modèle d'Agence Gouvernementale</p>
<p>2.2.1</p>	<p>Agence Gouvernementale pour le Développement de Mutuelles</p>
<p>Objectifs</p>	<p>Carrin (OMS, 2000) donna une description du modèle d'une agence gouvernementale. L'état prend en charge le développement de mutuelles de manière active et crée une agence spéciale en vue de stimuler leur création. Le rôle de l'agence gouvernementale est de fournir un environnement approprié à la promotion de mutuelles et de réguler et de superviser le secteur. Un minimum de régulations du statut mutualiste est considéré comme nécessaire, afin de protéger les mutualistes d'un système mal conçu et de l'abus frauduleux des cotisations versées, par les dirigeants mutualistes.</p> <p>L'agence gouvernementale doit accomplir quatre fonctions principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promouvoir l'assurance maladie. 2. Superviser et contrôler les activités des mutuelles. 3. Activités de formation. 4. Cofinancer les opérations de l'assurance maladie (assistance sociale).

<p>1. Promouvoir l'assurance maladie</p> <p>2. Superviser et contrôler les activités des mutuelles</p> <p>3. Activités de formation</p> <p>4. Cofinancer les opérations de l'assurance maladie (assistance sociale)</p>	<p>Les aspects importants des ces fonctions principales sont détaillés comme suit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer et sensibiliser les acteurs tels que les ministères concernés, les gouvernements régionaux et locaux, les prestataires de santé, les organisations de la société civile et la population générale. • Développer la législation en vue de rendre les mutuelles capables d'acquérir un statut légal ou corporatif (cadre légal). • Faire prendre conscience aux politiciens de la nécessité d'une décentralisation et d'obtenir une autonomie des institutions de santé afin de permettre des relations contractuelles. • Avertir le Ministère de la Santé (MdS) des principes fondamentaux d'une organisation de services santé qui sont cruciales pour le développement d'une assurance maladie (par ex. soins de santé rationnels, qualité et l'accès aux soins, l'utilisation adéquate, limitations des coûts etc.) • Informer et former le personnel de la santé sur les principes fondamentaux mutualistes et promouvoir l'importance de la qualité de soins de santé. <ul style="list-style-type: none"> • Fournir un système de suivi et de contrôle approprié aux activités des mutuelles afin d'aider les systèmes à ajuster leur performance. • Assister les mutuelles dans la mise en place d'un Système de Gestion de l'Information (MIS). • Développer des standards pour la gestion financière et l'administration. • Établir des règles pour l'accréditation de nouvelles mutuelles. • Lancer des statuts modèles et des régulations en consultation avec des mutuelles existantes desquelles les organisations peuvent adopter ou adapter leur propre situation. • Formuler des recommandations au sujet de la composition des paquets-bénéfices, des méthodes de collecte de revenus, de la gestion du risque et des relations contractuelles. <p>En offrant des modules de formation qui portent sur l'introduction et l'implantation de mutuelles, par exemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de systèmes mutualistes. • Marketing et administration des membres. • Méthodes de participation et amélioration des connaissances en matière de communication. • Gestion et administration financière. <p>Le gouvernement pourrait jouer un rôle substantiel, en rendant possible, grâce à l'assurance maladie, l'accès des groupes à faibles revenus aux services santé. Au niveau d'une mutuelle, par exemple, le gouvernement pourrait subventionner - de manière partielle ou totale - les cotisations d'assurance maladie des plus pauvres. Ces subventions pourraient être financées par l'impôt sur le revenu. Le gouvernement pourrait également parvenir à un accord avec les bailleurs, qui leur permettrait de convertir une partie de leurs fonds en subventions (Carrin, 2000).</p>
<p>2.2.2</p>	<p>Exemples</p>
	<p>a) Le Programme de Soutien Gouvernemental pour les Mutuelles au Sénégal (PAMS et CAMICS)</p> <p>En 1996 le gouvernement sénégalais lança le programme PAMS (Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé) et en 1998, le programme CAMICS (Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé aux IPM et aux Comités de Santé). Ces agences eurent comme tâche de promouvoir le développement des mutuelles au Sénégal.</p>

Création d'une multitude de projets sans suivi approprié

PAMS/CAMICS créèrent une multitude de projets à l'aide de sessions de formation menées à large échelle, en particulier dans une région, celle de Kaolack, sans suivi approprié. Jusqu'en mai 2001, seule une des 14 mutuelles était en fonction. L'agence ne stimula pas suffisamment une demande de la population à l'aide d'activités de sensibilisation bien conçues. Le résultat fut que les personnes pensèrent que c'était le devoir du gouvernement d'organiser et de payer les mutuelles et non à eux d'assumer la responsabilité du processus.

Interférence excessive de l'état, attitude directrice

L'état créa des barrières au développement de mutuelles en interférant de manière excessive, au lieu de se limiter à un cadre législatif et fiscal. Un cadre spécifique législatif pour les mutuelles est en cours d'étude depuis 1997 et n'est toujours pas mis en place à l'heure actuelle. On suspecta que le statut légal fut bloqué en vue de conserver un contrôle direct du mouvement (Letourmy). PAMS/CAMICS adoptèrent une approche très directrice et interventionniste, qui négligea également les expériences disponibles dans le secteur (1996-1999).

Attitude de défiance, non-coopération des mutuelles

Le mouvement mutualiste existant vit l'objectif de l'agence comme celui de les contrôler et eut une perception négative des PAMS/CAMICS. Une attitude de non-acceptation et de défiance en fut la conséquence et les mutuelles optèrent pour la non-coopération. Le rôle du législateur et celui de l'instance de contrôle furent difficiles à réconcilier avec celui d'un promoteur. Quand le nouveau gouvernement vint au pouvoir en l'an 2000, les agences furent contraintes à redéfinir leur rôle et reconquirent la responsabilité de la population dans le processus. Aujourd'hui elles coopèrent mieux avec d'autres structures existantes.

Vision d'une Assurance Maladie Universelle

b) Planification d'une Assurance Maladie Universelle - Côte d'Ivoire

Vers la moitié de l'année 2001, le gouvernement actuel de la Côte d'Ivoire constitua une commission d'experts nationale et lui attribua la tâche de systématiser un système d'assurance maladie universelle qui couvrirait la population entière. Ce fut la première fois qu'un tel système fut mis à l'essai en Afrique de l'Ouest. Seulement quelques mois plus tard, le 9 octobre 2001, le parlement proclama la nouvelle loi de l'assurance maladie.

Un large système d'assurance maladie est prévu qui tenterait de protéger la population entière des risques de maladie et de grossesse. De manière générale, il consiste en une combinaison de deux sous-systèmes différents, complétés par une autorité régulatrice. Le gouvernement propose de confier la gestion de ces sous-systèmes au Fond National d'Assurance Maladie (CNAM) et le Fond Social Agricole (CSA), de même que l'Autorité Nationale de Régulation (NRA) se voit attribuer la responsabilité de tout le système (cf. table 1). Les deux fonds d'assurance doivent être gérés selon les principes du secteur privé.

Table 1:

	Sous-système	Gestion proposée
1	Système combiné pour ouvriers salariés des secteurs public et privé et du secteur informel	Fonds National d'Assurance Maladie (CNAM)
2	Système pour le secteur agricole	Fonds Social Agricole (CSA)
3	Collecte de cotisations, gestion administrative et allocation des budgets	Autorité Nationale de Régulation (NRA)

Organisation du système d'assurance maladie universelle planifié/ Côte d'Ivoire

En vue du financement de ce nouveau système, le gouvernement proposa différents concepts pour les secteurs formel, informel et économique-agricole. Tandis que le secteur formel devrait recueillir des cotisations de la part de ses employés et de

Montant des cotisations estimé à 15 % du revenu moyen annuel des menages

ses employeurs en fonction de leur salaire, la source de financement proposée aux secteurs informel et agricole reposa sur les revenus tirés des ventes.

Selon l'étude faite par la Banque Mondiale en été 2001, le nouveau système d'assurance devra acquérir une contribution mensuelle d'au moins 2000 F CFA (soit 3 Euros) par personne. Pour la moyenne d'un ménage de sept personnes, ceci correspondra à environ 15 % du revenu disponible. Le budget nécessaire à la mise en place d'une structure d'assurance est estimé à 30 billions de F CFA (soit 45,7 millions d'Euros), avec un chiffre d'affaire d'environ 397 billions de F CFA (soit 605 millions d'Euros). Le nouveau fonds d'assurance maladie est censé être opérationnel en 2003. Les assurés, en assumant qu'ils seront en mesure de financer leur cotisations, auront à attendre une période de six mois avant de profiter de leurs bénéfices.

La réforme aura un impact énorme sur l'économie et la politique de sécurité sociale de la Côte d'Ivoire. Les systèmes d'immatriculation, d'impôt, des services santé et l'infrastructure sociale entière auront besoin d'être (re)structurés et d'être (ré)organisés.

Malheureusement à l'heure actuelle, le gouvernement de la Côte d'Ivoire ne tient pas compte suffisamment des expériences tirées de la participation communautaire et culturelle des organisations mutuelles existantes et du savoir-faire financier du marché d'assurance maladie privée. Les deux types (mutuelle, assurance privée) ne peuvent plus qu'agir sur le marché d'assurance supplémentaire.

Le programme de réforme proposé fait face à de grands défis: conventions et contrats spécifiant les niveaux de services et la qualité des standards devront être établis et négociés avec toutes les institutions de santé du pays. L'acceptation du nouveau système d'assurance maladie de la part des récepteurs dépendra de sa faculté de s'adapter à la vie, aux conditions et aux mentalités des divers bénéficiaires.

Scepticisme de la communauté internationale

En dépit de leur scepticisme à l'égard du système, la communauté internationale a été appelée à soutenir le gouvernement de la Côte d'Ivoire. Le système possède un potentiel économique et social important et un résultat positif aurait une portée sur les pays voisins.

Assurance maladie basée sur le district

c) Equipe Préfectorale Pour la Promotion des Mutuelles (EPPM) - Guinée

Le projet PRIMA chercha à inclure les caractéristiques du concept de l'Assurance Maladie basé sur le district (préfecture), une idée à l'origine lancée par Criel (Criel, 1998) et reprise par Dror/Jacquier (1999) de l'ILO et Foiry/CREDES (2000). L'approche assigne à l'administration de santé préfectorale un rôle dans la planification, la conception et la gestion de systèmes d'assurance maladie locaux. L'implication de managers de la santé publique devrait avoir les avantages suivants: un système d'assurance maladie peut être conçu pour tout une préfecture et un meilleur compromis est possible entre la prise de décision technique et la participation de la communauté.

Créer la capacité au niveau d'une administration de santé préfectorale

Le projet PRIMA encouragea l'implication de l'administration de santé préfectorale et des prestataires et déboucha sur la mise en place d'une organisation promotrice EPPM (Équipe Préfectorale pour la Promotion des Mutuelles de Santé) à ces niveaux. Maintenir un dialogue avec les autorités fut considéré comme vital pendant le processus afin d'éviter des problèmes. Les EPPM servirent de corps conseillers en vue de fournir des inputs médicaux et gestionnaires au processus de décision. L'objectif fut d'impliquer les EPPM dans les étapes principales du projet et en conséquence de transférer les compétences du processus de la promotion de mutuelles et de créer une capacité locale de durabilité. L'objectif à long terme fut que

	<p>l'administration santé intégrerait le système mutuel à leur stratégies de développement et à leur planning annuel.</p>
<p>2.2.3</p>	<p>Commentaires</p>
<p>Intervention excessive de l'état dans les coopératives des pays africains indépendants</p>	<p>L'importance du rôle du gouvernement de fournir un environnement approprié au développement de mutuelles est reconnue. Mais les fonctions régulatrices et l'implication du gouvernement dans le processus de mise en place sont sérieusement remises en question. L'"appui" du gouvernement peut être une bénédiction à « double tranchant ». Il peut réellement compromettre l'autonomie et l'indépendance des mutuelles.</p>
<p>Faiblesse de l'administration publique</p>	<p>L'expérience tirée des coopératives des pays africains indépendants démontra que les gouvernements essayèrent de les contrôler en interférant directement dans la planification, la budgétisation et la prise de décisions des coopératives, sans respecter leur statut indépendant. Ceci conduisit souvent à la création de structures qui ne furent ni appropriées ni effectives. L'expérience fut que les structures, telles que les fédérations mises en place par le gouvernement et qui ne furent pas développées directement par les organisations, ne devinrent pas fonctionnelles. Les personnes coopérèrent tant qu'ils bénéficièrent des fonds, mais abandonnèrent le programme avec l'émergence de problèmes (Marcadent).</p>
<p>Dominance de l'administration de santé préfectorale</p>	<p>Dans la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest, l'administration publique est faible et connaît des difficultés à imposer les réglementations établies. De plus il existe souvent de nombreux problèmes de gouvernance. La société civile est souvent sous-développée pour agir en tant que contre-poids aux bureaucraties.</p> <p>Criel, qui fut partisan et initiateur de l'idée de l'Assurance Maladie basée sur le district, n'est pas convaincu que l'administration de santé préfectorale devrait prendre l'initiative et développer des mutuelles dans leur region. Il justifie son argumentation en disant qu'une assurance maladie locale fera basculer la relation d'inégalité entre les prestataires (dont les l'administration de santé fait partie) et les consommateurs. On pourrait difficilement s'attendre à ce que l'administration santé crée des institutions qui défieraient leur propre dominance. L'initiative pour les mutuelles devrait provenir d'autres institutions (ONG, institutions externes, mouvements associatifs) susceptibles d'agir en tant que liaison entre la communauté et le prestataire santé.</p>
<p>Impact de l'EPPM</p>	<p>L'EPPM fut créée en tant que partie de l'administration de la santé préfectorale. Dans l'évaluation du projet PRIMA (Hohmann, 2000), on considéra l'idée de créer une organisation promotrice au niveau de l'administration de santé comme positive. Mais l'équipe d'évaluation souligna que la composition du corps n'était pas censée être représentative du partenariat triangulaire (Système d'assurance - prestataires - administration de santé) qui caractérise le système mutualiste. L'EPPM n'inclut point de représentants de mutuelles et en conséquence ne fut considérée comme étant en position de défendre leurs intérêts. Le seul prestataire représentatif fut également un membre de l'administration du district, ce qui aboutit à un conflit des intérêts. On observa que, bien qu'ils aient reçu un input de formation considérable, les membres de l'EPPM vinrent à manquer de dynamisme et qu'ils ne jouèrent pas le rôle attendu. Ils n'eurent aucune motivation personnelle à dédier le temps et l'effort nécessaires à la promotion de mutuelles. Les contacts avec les mutualistes furent superficiels.</p>

<p>Institution innovative: L'Hôpital Catholique St. Jean de Dieu</p>	<p>Le mouvement bénéficia de circonstances exceptionnelles dues à sa relation avec l'Hôpital Catholique privé à but non-lucratif St. Jean de Dieu, qui offrait une réduction de frais de l'hôpital jusqu'à 50 % pour le traitement des mutualistes. Par conséquent la majorité des systèmes couvrait des risques catastrophiques tels que l'hospitalisation. Les mutuelles furent encouragées seulement récemment à inclure les Soins de Santé Primaires (SSP) dans leur paquet -bénéfices (Wade, 2001).</p>
<p>Développement d'une structure de soutien technique et coordination régionale</p>	<p>Les mutuelles existantes ressentirent le besoin de créer leur propre structure de soutien technique. GRAIM (Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes) fut fondé en 1994 et fut complété plus tard, en 1997, par une structure de coordination régionale (Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès: CRMST). L'objectif des deux structures est de soutenir le mouvement mutualiste. La CRMST devint la structure fédérale. Elle représente toutes les mutuelles de la région de Thiès. Elle est la plate-forme de communication des représentants des systèmes de mutuelles locaux et offre une aide et un soutien politique à ses membres. GRAIM devint une ONG et se spécialisa en une structure de soutien gestionnaire. Il offre une expertise technique et une expertise de formation pour la mise en place de nouvelles mutuelles, de même que pour l'amélioration des procédures administratives dans la gestion quotidienne des mutuelles existantes. De par son statut d'ONG, GRAIM peut également offrir une consultation à des bailleurs externes.</p>
<p>Suivi de 15 mutuelles : 25.000 bénéficiaires</p>	<p>Depuis 1997, diverses sources (ENDA-GRAF, ANMC/PROMUSAF, ILO/ACOPAM, PHR, GTZ, etc.) ont appuyé cette dynamique. En l'an 2000, GRAIM et CRMST soutinrent 15 mutuelles, opérant dans les régions rurales et urbaines de la région de Thiès, couvrant ainsi 25.000 bénéficiaires (6.200 mutualistes) d'une population comptant 46.000 personnes. La taille moyenne d'un système de mutuelle est de 490 membres, la plus grande mutuelle comprenant 3.500 membres.</p>
<p>PROMUSAF (Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique)</p>	<p>b) Coopération avec des Initiatives Locales: l'Approche Belge pour le Soutien des Mutuelles de Santé en Afrique de l'Ouest (PROMUSAF)</p> <p>Depuis 1995, Alliance National Mutuelles Chrétiennes (ANMC) en coopération avec l'ONG Solidarité Mondiale Belge (WSM) développa le programme d'appui PROMUSAF (Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique) destiné aux systèmes mutualistes en Afrique de l'Ouest.</p>
<p>ANMC rend disponible son expertise</p>	<p>Une demande du soutien provint d'organisations africaines qui cherchent à établir des mécanismes de solidarité entre les membres, afin de partager les risques de maladie. Peu de structures eurent les connaissances nécessaires et les capacités institutionnelles de créer un système opérationnel d'assurance maladie. ANMC rendit disponible son expertise à la gestion d'une assurance maladie.</p> <p>En 1996, elle développa le "Guide Pratique pour mutuelles en Afrique" en coopération avec l'OIT, ainsi qu'un manuel de formation de formateurs. Une formation continue fut lancée qui prit appui sur ce manuel.</p>
<p>Réseau PROMUSAF au Sénégal, au Burkina Faso et au Bénin</p>	<p>ANMC identifia la nécessité d'un soutien étroit et intense sur place comme prioritaire. ANMC recruta des coordinateurs de programmes nationaux au Sénégal, au Burkina Faso et au Bénin et créa le réseau PROMUSAF.</p>
<p>Soutien durable des initiatives locales</p>	<p>Les priorités de PROMUSAF mènent vers un développement durable des initiatives locales. La stratégie consiste à fournir un soutien individualisé et étroit à des partenaires locaux dans un processus d'auto-promotion. L'objectif est de seconder les structures soutenues, tout en visant une autonomie véritable. L'accent est mis en particulier sur l'expérience du capital existante tirée de la mise en place du</p>

	réseau et de l'échange d'informations au niveau régional et international (Evrard, 1998). PROMUSAF développe des partenariats stratégiques avec des organisations du terrain (par exemple GRAIM). ANMC cherche à établir des partenariats pratiques entre les organisations de Belgique et celles des pays africains (branches régionales jumelles de l'ANMC belge). La GTZ soutient PROMUSAF au Sénégal.
2.3.3	Commentaires
Circonstances exceptionnelles à Thies : services de santé subsidies	L'expérience faite à Thiès est exceptionnelle. Elle fait partie des quelques exemples où les mutuelles ont développé une structure de coordination régionale sans interférence importante de l'extérieur et avec peu de soutien au début. GRAIM et la CRSMT ont gagné un savoir-faire considérable sur dix années d'expérience. Afin de promouvoir le développement de systèmes d'assurance maladie dans la région de Thiès, l'hôpital St. Jean de Dieu offrit des services subventionnés aux membres de l'assurance. L'hôpital annonça récemment son intention de réduire les subventions et ceci pourrait changer considérablement les conditions (amenant à l'augmentation des cotisations) des mutuelles associées.
Approche de bas en haut en tant que valeur importante	Les exemples démontrent que l'approche de bas en haut est plus apte à attirer le groupe cible. Elle exige des connaissances extensives sur les origines culturelles du terrain en question. La valeur de l'approche de bas en haut semble être sous-estimée par les organisations internationales. Cependant sans petites et moyennes mutuelles existantes, toute la consultation internationale pour développer de concepts nationaux, menée en vue de la promotion d'assurance maladie, restera un exercice théorique.
2.4	Agence de Développement – Modèle UTM
2.4.1	Agence de Développement pour le Mouvement Mutualiste (Union Technique Malienne)
Autonomie vis-à-vis du gouvernement, produit de la société civile	Le concept de l' "Agence Mutuelle Technique" provient de la supposition que le mouvement mutualiste devrait venir d'une dynamique de la société civile. L'autonomie vis-à-vis du gouvernement est considérée comme indispensable afin d'être en mesure de représenter l'intérêt des mutuelles existantes et de la société civile. L'agence ne défend pas l'idée d'une séparation totale de l'état, mais offre une interface indépendante. Elle joue un rôle de conseiller technique pour la société civile (Letourmy). Cette approche d'une coopération décentralisée de projets, qui maintient une certaine distance à l'égard de l'état, s'applique au contexte de gouvernements faibles à administration publique non effective.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser le gouvernement et la société civile aux potentiels d'assurance maladie. • Mettre en place des ressources humaines et organiser des séminaires. • Organiser un soutien technique de consultation pour les mutuelles. • Élaborer des documents techniques et aider à mener des études de faisabilités. • Appuyer la mise en place de mutuelles. • Étudier les conditions de fonds de réassurance. • Soutenir le gouvernement dans le raffinement de l'environnement législatif pour l'assurance maladie.

2.4.2 Exemple

Agence de développement pour le mouvement mutualiste

En 1997, la coopération française initia le projet d'une "agence de développement pour le mouvement mutualiste" en coopération avec la Fédération Française de Mutualité (FNMF) et le Ministère malien de la Santé (MdS), l' Union Technique Malienne (UTM). A l'origine le projet était prévu pour une durée de 4 années (Letourmy, 1998).

Force politique sous le mouvement

UTM fut conçue pour être une agence technique en vue de promouvoir le développement indépendant du mouvement mutualiste au Mali. L'agence sert de soutien aux projets concrets de mutuelles ainsi qu'à constituer une force politique derrière le mouvement mutualiste. UTM est obligé d'assister tous les groupes mutualistes qui demandent un soutien technique. L'adhésion à l'UTM est volontaire.

Le programme a deux composantes:

1. Soutien du gouvernement pour guider le processus de mise en place d'un système mutualiste (stewardship)
2. Soutien de la société civile en vue du développement du mouvement mutualiste au Mali.

Développement d'un cadre législatif (1997)

Au niveau central, l'UTM a 5 employés techniques (coordinateur de la formation, responsable de la communication, spécialiste de l'information, comptable, responsable commercial). Un expatrié français est à la tête du projet FAC. En 1999 l'UTM développa des branches régionales. Le Mali est le seul pays d'Afrique de l'Ouest à avoir développé un cadre législatif. Ce dernier fut décrété en 1997.

Gestion des garanties de Santé (GS)

En 1999 l'UTM développa son propre produit d'assurance, appelé Garanties Santé (GS). Les GS offrent quatre types de paquets-bénéfices à la population:

Les 4 différents paquets-bénéfices offerts par l'UTM

Table 2:

	Produit assurance	Paquet-bénéfices	Prix par mois
1	Risques simple	60 % des coûts des soins PHC et les médicaments essentiels dans les centres de santé publics sont couverts	270 F CFA
2	Risques	75 % des coûts de l'hospitalisation sont couverts	210 F CFA
3	Combinaison de risques minimales et catastrophiques	Paquet-bénéfices 1 et 2	440 F CFA
4	Assurance privée	Accès aux cliniques privées et aux hôpitaux privés pour des soins	5.000 F CFA

Jusqu'à présent, les produits "Garanties Santé" sont seulement offerts à Bamako et dans quelques villes régionales. L'UTM négocie les accords des services (qui incluraient les exigences de qualité) directement avec les prestataires de santé, les centres de santé et les hôpitaux. L'administration entière des GS est menée par l'UTM au niveau central, qui inclue la collecte des primes, le marketing, la gestion financière etc. L'UTM a lancé un plan marketing qui cible les entreprises de Bamako, en ayant recours à des techniques de « marketing sociale ». L'UTM a également développé un système de software spécifique pour l'administration des GS.

2.4.3 Commentaires

Une évaluation interne de la coopération française sur l'impact de l'UTM aboutit aux conclusions suivantes (Brouillet, 2000):

- Le projet a achevé son objectif de transformer le mouvement mutualiste en un acteur institutionnel indépendant. L'UTM devint l'acteur fondamental du développement du mouvement mutualiste et s'imposa elle-même en tant que partenaire obligatoire du gouvernement, des agences de coopération internationale et des bailleurs impliqués dans le soutien mutualiste. Un bon niveau de compétence, de connaissances et de sensibilisation s'est développé au niveau d'acteurs importants et dans la société en général (Brouillet).
- Les résultats en termes quantitatifs en vue du nombre de mutuelles fonctionnelles et des bénéficiaires ne furent que modestes, mais en termes de qualité du cadre, ils sont prometteurs.
- Les résultats concernant l'introduction des GS furent insatisfaisants. Seules 2.400 personnes furent couvertes par les GS en avril 2001, après une année 1/4 d'entrée en fonction.
- La part du budget destinée au développement de l'UTM et ses coûts de fonctionnement sont trop importants par rapport au fonds dont pourraient bénéficier directement les mutuelles.
- Les outils techniques conçus et utilisés par l'UTM sont trop développés par rapport aux exigences.

Force dans les activités de communication

En général l'UTM est forte dans ses activités de communication et a un bon contact avec la presse. Elle publie tous les mois un bulletin d'informations, produit des bandes dessinées et des vidéo-clips qui sont traduits en plusieurs langues locales. Elle organise de nombreux événements pour la promotion du mouvement mutualiste, par exemple "le mois et la semaine de la mutualité".

Impact mesurable minimale à l'heure actuelle mais à potentiel émergent

L'impact mesurable de l'UTM est minimale à l'heure actuelle. Le potentiel pourrait être démontré par les projections de bénéficiaires des projets en phase de conception.

Garanties de Santé (GS) pas vraiment accessibles pour le secteur informel, membres non-responsabilisés

Les critiques du programme disent que la somme de 440 F CFA par personne et par mois cible surtout les employés du secteur formel et n'est pas vraiment accessible à la population du secteur informel. Un autre problème constitue le produit assurance préfabriqué qui ne responsabilise pas l'assuré. L'UTM réalise que les charges administratives relatives à l'administration des GS sont trop élevées et une partie de l'administration doit être remise aux mutuelles (Ardouin).

Dépendance d'un soutien externe

Les coûts opérationnels de l'UTM sont trop élevés et sont dépendants d'un soutien externe. Les bailleurs français notèrent que la mise en place financière actuelle ne peut être maintenue à long terme (Brouillet, 2000). Ainsi l'agence technique UTM nécessite-elle diverses sources de fonds. Ardouin suggéra des relations contractuelles internes et externes en tant que stratégie, afin de pouvoir planifier des budgets, avant d'exécuter des programmes en tant que moyen qui permettrait au personnel de prendre plus conscience des coûts.

Une autre alternative serait d'envisager une structure de financement endogène. Le gouvernement Malien pourrait prendre en charge quelques services de l'UTM. La faiblesse du modèle UTM est justement sa dépendance du soutien financier externe.

	<p>2.5 Modèle de Co-Développement Prestataire - Acquéreur</p>
	<p>Introduire une assurance maladie locale dans le cadre d'un projet d'amélioration des systèmes de services santé.</p>
	<p>2.5.1 Développement Simultané du Prestataire et de l'Acquéreur</p>
<p>Objectifs</p>	<p>La stratégie débute avec l'idée que l'offre d'une bonne qualité des soins de santé est une condition nécessaire pour l'introduction de l'assurance maladie. Les expériences tirées des mutuelles existantes ont démontré que celles qui connaissent un succès sont souvent localisées près des prestataires de réputation. En général, pour rendre les prestataires publics attrayants pour les mutuelles, les principes associés à la qualité des soins doivent faire partie du plan d'implantation.</p> <p>Une agence de développement combine les activités en vue d'améliorer le système santé, avec l'introduction d'une assurance maladie locale. Cette stratégie jumelle consiste à organiser la communauté, à la sensibiliser pour préparer l'introduction d'une assurance maladie, tout en influençant la qualité des soins dispensée par les institutions santé conventionnées (offre de soins de santé).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'infrastructure des institutions de santé (hôpitaux, CS). • Organiser l'approvisionnement de soins médicaux de bonne qualité des institutions santé dans le périmètre du projet (disponibilité de médicaments essentiels et de l'équipement, formation en-service mettant l'accent sur les connaissances cliniques et gestionnaire, etc.). • Promouvoir et fournir un soutien pour le processus de mise en place de systèmes d'assurance maladie (sensibilisation des dirigeants de la communauté et de la population, soutien aux études de faisabilité et la formation).
	<p>2.5.2 Exemples</p>
<p>Le comité de pilotage en tant qu'acteur principal de la stratégie</p>	<p>Projet de Coopération Sénégalaise-Allemande pour la Réhabilitation de l'Hôpital Régional de Diourbel (HRD) dirigé par GTZ/EPOS</p> <p>L'entreprise allemande de consultation EPOS est en train de mettre en place ce projet GTZ, en vue de réhabiliter l'hôpital régional de Diourbel au Sénégal. L'hôpital fut construit en 1966 sous la direction de la coopération allemande. Le soutien aboutit à sa fin en 1972 et fut renouvelé en 1999. Le projet HRD contient deux objectifs principaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendre le HRD apte à accomplir son rôle de soutien de la structure de référence pour le système de santé régional. • Définir un système de financement durable de l'hôpital, en appuyant la mise en place de systèmes d'assurance maladie locaux (assurance en tant que composante parmi d'autres). <p>En janvier 2000 le projet dirigea plusieurs meetings publics d'information et de sensibilisation afin de planifier les activités du projet HRD. Un séminaire pour la promotion de mutuelles dans la région de Diourbel fut organisé avec la participation d'acteurs importants. En conséquence le comité de pilotage pour la promotion de mutuelles dans la région de Diourbel fut mis en place et devint l'acteur principal de la stratégie. Un plan régional pour la promotion de mutuelles (PRDMS) fut lancé, soutenu par les agences gouvernementales PAMS et CAMICS. Le projet coopère et se réfère aux autres expériences GTZ et PROMUSAF faites dans la région.</p>

Etude approfondie de faisabilité, approche multi-sectorielle, décentralisée et participative

Une étude approfondie de faisabilité fut menée, afin d'obtenir des données fiables et de sensibiliser la population de la région de Diourbel (HRD, 2001). L'étude et les activités de sensibilisation qui suivirent furent menées, afin de favoriser la prise de conscience et l'intérêt pour une assurance maladie. Le projet HRD n'était pas destiné à créer des mutuelles. Il fut considéré comme nécessaire que les populations se familiarisent graduellement avec l'idée de mutuelles. Proverbe : "Quand une personne accompagne une autre personne, celle-ci ne devrait pas la précéder". Afin d'accomplir ces résultats, le projet eut recours à une approche multi-sectorielle, décentralisée et participative pour la mise en place de mutuelles dans la région de Diourbel. Les groupes qui résultèrent du processus de sensibilisation et qui exprimèrent un intérêt profond, se virent attribuer une aide technique et de fonds tirés du projet HRD et de PROMUSAF. En conséquence six groupes émergèrent, qui montrèrent un intérêt d'initier des mutuelles, parmi lesquelles quatre purent avancer dans leur projet. Ces quatre mutuelles sont en train de collecter des cotisations d'environ 1200 bénéficiaires. Trois mutuelles sont en période d'attente et une mutuelle a commencé à prendre en charge des prestations.

Le paquet-bénéfices RAGAD

Le paquet-bénéfices élaboré par RAGAD (Réseau d'Appui des Groupes d'Action au Développement) pour une cotisation de 300 F CFA/mois par personne, fournit les services suivants: trois consultations prénatales gratuites, accouchements normaux à 80 %, césarienne et autres interventions obstétriques (100%), intervention chirurgicale (75%), diagnostics (examens en laboratoire, radiographies, échographies (75%), hospitalisation (75%), médicaments essentiels (50 %). Une consultation directe au département de patients externes sans référence préalable est prise en charge uniquement en cas d'urgence. Les arrangements d'origine, qui permirent alors aux membres de ne pas passer par les soins primaires avant d'accéder une consultation, furent corrigés à cause des dangers évidents que les membres passent directement par le département des patients externes et qui se virent prescrire des examens para-cliniques très chers.

Approvisionnement de soins de santé attractifs

L'aspect principal du projet est que, fournissant des services santé de qualité bonne et fiable, prenant conscience des besoins de la population cible et des aspects techniques et relatifs à la santé publique, l'attention des membres de la communauté peut être captée pour le concept de l'assurance. La mise en place et le soutien technique fournit par le projet devrait éviter les erreurs communes et les pièges tirés de la mise en place des mutuelles. Des exemples concrets d'approvisionnement de soins de santé satisfaisant constituent un argument très convaincant. La population voit les avantages de l'assurance maladie, ce qui rend le concept attractif (Niechzial).

2.5.3

Commentaires

Fiable du point de vue technique mais durable dans le long terme?

La promotion de mutuelles, initiée et poursuivie par le projet hôpital, devrait avoir comme objectif l'organisation d'une source stable de revenus pour le financement des services de l'hôpital. Mais ce qui est bénéfique pour l'hôpital ne l'est pas forcément pour les mutuelles. Le défi est d'éviter aux systèmes de trop s'orienter vers les prestataires.

Situation artificielle pendant la durée du projet: Capital externe considérable et contrôle relatif de l'offre des soins de santé

La question doit être posée: les arrangements conclus lors de la durée limitée du projet seront-ils durables, dès que les fonds externes de l'offre de soins de santé seront retirés? Ceci est particulièrement important pour le mouvement mutualiste, où le processus mené par la société civile ne peut subir une déception que pourrait résulter d'un changement de circonstances dramatique.

Un autre risque est que la coopération privilégiée de l'hôpital avec les institutions qui ont conclu des contrats avec des mutuelles (CS, pharmacies), les favorise au dépens d'autres institutions.

<p>Garantir « la performance du business » des mutuelles</p>	<p>une capitale ou dans une région où les mutuelles furent les premières à s'y développer.</p> <p>Le centre CHIC a trois clients principaux ; les mutuelles existantes et potentielles et le personnel du gouvernement des agences régulatrices et des institutions des soins de santé. Son objectif principal est de garantir « la performance du business » des mutuelles. Il accomplit ceci de manière directe et indirecte. De manière directe, en accomplissant certaines tâches administratives comme soutien des mutuelles, et de manière indirecte, en formant les acteurs locaux à gérer leur « business » de façon autonome. Une des ses autres fonctions est de chercher à aider le personnel des mutuelles à apprécier le processus de développement.</p>
<p>Favoriser l'autonomie administrative</p>	<p>L'objectif devrait consister à maintenir la délégation des tâches administratives des mutuelles à CHIC au minimum, pour conserver son autonomie et favoriser son expansion graduelle.</p> <p>Le défi consiste à :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimiser les coûts directs de l'intervention de CHIC. 2. Minimiser les coûts de transaction de l'assurance maladie. 3. Améliorer « la performance de business » des mutuelles associées. <p>Ceci exigera des accords antérieurs avec d'autres institutions (par exemple les fédérations) afin de s'assurer qu'il y'a un soutien complémentaire disponible pour le succès des mutuelles.</p>
<p>Contenu du paquet "soutien mutuelle"</p>	<p>Le contenu du paquet "soutien mutuelle" est essentiellement constitué des systèmes organisationnels et administratifs standardisés ainsi qu'une structure de base d'une variété de produits assurance. De plus un processus de mise en place de mutuelles standardisé y est proposé. Une des caractéristiques principales des modèles standards est qu'ils peuvent s'adapter aux conditions locales.</p> <p>Contenu du paquet "soutien mutuelle"</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHIC – outil de calcul • Système d'administration de l'adhésion à différents niveaux de complexité • Système de comptabilité • Système de statistiques • Système de monitoring permettant de suivre les indicateurs importants pour le fonctionnement financier et institutionnel • Modules de formation: mise en place de mutuelle, formation dans la comptabilité et l'administration, communication adéquate • Soutien pour les relations contractuelles • Méthodologie de l'étude participative de faisabilité
<p>Responsabilité d'une mutuelle</p>	<p>En échange de la formation, de la gestion et du soutien organisationnel offerts, la mutuelle est obligée d'accepter les standards de base pour son administration, les procédures de comptabilité et de documentation. Un pourcentage des revenus des mutuelles doit être versé à CHIC pour la délégation technique.</p> <p>Au début, la majeure partie de l'investissement destiné à la création du centre CHIC - le personnel technique inclus - exige des soutiens importants de la part de bailleurs.</p>
<p>Responsabilité de CHIC</p>	<p>CHIC évalue les rapports des mutuelles, suit la tendance des indicateurs techniques à l'aide d'un système d'information (software) et fournit aux managers mutualistes les «feedback » nécessaires.</p>
<p>Protocole de l'interférence</p>	<p>Si les indicateurs techniques se détériorent et si la viabilité du système d'assurance est menacée, CHIC prévient les dirigeants mutualistes des problèmes qui surgissent, afin de leur donner l'opportunité de réajuster leur système. Mais le rôle de CHIC se limite aux avertissements. Il peut y avoir une seule conséquence directe, si CHIC exprime son mécontentement à l'égard de la gestion et retire son soutien.</p>

Soutien à la contractualisation

Une autre tâche de CHIC est, à l'origine, de soutenir les managers mutualistes dans leurs négociations avec des prestataires conventionnés. Le rôle de CHIC est d'avertir et de mener au début les négociations, en ce qui concerne les aspects de la qualité des soins, comme par exemple la manière dont les prestataires observent les protocoles conventionnés sur l'utilisation des médicaments essentiels et d'autres standards de traitement.

Monitoring des indicateurs financiers et gestionnaires

CHIC soutient le monitoring des indicateurs financiers et gestionnaires et de la consommation des médicaments, informe l'administration de santé préfectorale des déviations de standards cliniques qui surgissent dans les statistiques (par exemple le nombre de prescriptions par patient, le haut pourcentage de prescriptions d'injectables).

Il existe cinq facteurs principaux qui sont d'une grande importance lors du passage à l'autonomie:

- « Apprendre sur le tas ».
- Accorder un espace et une durée adéquats au processus.
- Créer un environnement favorable au changement.
- Rester sensible à la culture du groupe cible.
- Développer une compétence technique pour la gestion des mutuelles.

Stimuler un comportement entrepreneur

La motivation, les compétences et le comportement peuvent être acquis. Le meilleur moyen de les acquérir est de les apprendre sur le tas, lors du fonctionnement et de la stimulation du business des mutuelles, afin de stimuler un comportement entrepreneur. Une tâche principale de CHIC est de soutenir ce passage au comportement entrepreneur, de le stimuler et de le renforcer.

En établissant une relation de cause à effet entre le changement de la motivation et de l'activité, la motivation doit ressortir d'un esprit d'auto-découverte et le personnel des mutuelles doit sentir sa propriété du processus (ownership), afin de s'assurer que la prochaine étape de l'activité administrative peut réussir.

Lors de la participation au changement, un comportement entrepreneur est alors encouragé et exercé. Des nouvelles connaissances devraient renforcer la motivation, afin que le changement reste durable (CEFE, 2000).

CHIC - flexible et entrepreneur

L'idéal serait que CHIC soit le plus proche possible des mutuelles ciblées. Il s'agit ici de la proximité en termes de caractère. CHIC devrait être de la manière suivante: relativement de petite taille, flexible, consciente de son propre rôle et de ses limites, donner une bonne image et être elle-même entrepreneuse.

Méthodes de business adaptées aux normes culturelles du groupe cible

Toutes les méthodes de business doivent être adaptées aux normes culturelles du groupe cible. Les normes culturelles doivent être identifiées et associées et si possible secondées d'un comportement entrepreneur. Il est parfois socialement inacceptable d'être insistant, en manière de business, ou même d'exprimer ouvertement son opinion. Mais presque toutes les cultures, même si elles appartiennent à la catégorie d'au-dessus, ont leur propre manière de faire du business.

La qualité ne peut qu'être durable si ceux qui fournissent le soutien sont suffisamment expérimentés. C'est pour cette raison qu'il faut mettre l'accent sur les formateurs qualifiés et sur un autre personnel de soutien. La clé variable de la durabilité du système est le monitoring et l'évaluation continue des résultats des mutuelles autogérées. Ceci implique une collecte de données et une analyse de l'information, afin d'établir des conclusions sur l'amélioration des indicateurs de la performance du business. Le projet sectoriel de la GTZ "Élaboration et introduction de systèmes d'assurance maladie sociaux dans les pays en voie de développement" a introduit un outil de suivi et d'évaluation de systèmes assurance maladies intitulé InfoSure (www.infosure.org).

3. Mutuelles - Problèmes Fréquents et Solutions Proposées

<p>Prière d'un mutualiste</p>	<p>«Je m'engage à payer régulièrement mes cotisations, car la cotisation est la source de revenu de ma mutuelle. Je souhaite ne jamais avoir à demander l'assistance de la mutuelle pour moi même, ou pour les membres de ma famille. Mes cotisations doivent contribuer à financer les soins de santé des mutualistes qui sont dans le besoin» (Gueye/GRAIM).</p> <p>Le présent chapitre traite des importants problèmes liés à la mise en place des mutuelles et des polémiques. Les idées émises, les solutions proposées par les personnes interviewées et les informations nécessaires tirées des documents disponibles y sont présentées.</p>
<p>3.1</p>	<p>Faible Capacité Financière due à une Faiblesse Gestionnaire</p>
<p>Conflit entre simplicité et complexité</p>	<p>Une critique qui revient souvent à propos des mutuelles est que leur création coûte cher. Elles exigent une préparation intensive et un grand apport en matière de formation pour l'étape initiale. Il est difficile de trouver la main d'œuvre qualifiée nécessaire pour les tâches de gestion sur une base de bénévolat, en particulier dans les zones rurales. Il existe un conflit entre simplicité et complexité. Une mutuelle doit être conçue de la façon la plus simple possible pour permettre à la population de bien la maîtriser et de bien la gérer. Mais en vue de contrôler les risques moraux et pour être en mesure de réagir rapidement face à une situation de détérioration de la balance financière, le système a besoin d'être suivi (contrôle) ; par conséquent il devient complexe. Lorsque le système est plus complexe, sa gestion nécessite des gérants compétents. Il s'est avéré que les gérants mutualistes peuvent seulement être formés jusqu'à un certain niveau et ne peuvent consacrer qu'un temps limité aux activités des mutuelles. Voilà décrits les limites du travail bénévole, mais le problème qui se pose est de savoir comment financer le professionnalisme?</p>
<p>3.1.1</p>	<p>Quelle est la Cause de la Faiblesse Gestionnaire?</p>
<p>Faiblesse institutionnelle: bénévolat contre technicité</p> <p>Problèmes du travail bénévole</p> <p>Non rentabilité des apports en formation</p>	<p>Marcadent/BIT croit que le problème fondamental des mutuelles est leur faiblesse institutionnelle. A cause de la faible disponibilité du capital humain dans les zones rurales et des limites du travail bénévole, il n'existe pas suffisamment de compétences en gestion pour gérer efficacement les structures d'assurances. Dans le concept mutualiste, le système est développé de manière à ce que la gestion de l'assurance se trouve au niveau d'une multitude de communautés. Il existe des limites à la possibilité de renforcer les capacités de gestion de chaque communauté.</p> <p>Gueye/GRAIM – Actuellement, les mutuelles connaissent un problème qui les contraint d'utiliser les services des gérants élus, qui travaillent bénévolement et qui souvent ne sont ni suffisamment qualifiés ni préparés pour le travail. Même avec une formation adéquate, il existe des limites au niveau de la formation. Il est impossible de concevoir que tous les groupes peuvent être formés sur tous les aspects de la gestion de l'assurance maladie.</p> <p>Marcadent donne comme exemple une petite mutuelle, où le montant total des cotisations à gérer pendant une année peut être de 1.500 \$US. Chaque gérant est responsable de seulement 300 \$US. Beaucoup d'apports en terme de temps et d'argent seront nécessaires pour la gestion de cette petite somme d'argent.</p>

<p>Gestion simplifiée</p> <p>Tâches administratives simples</p> <p>Procédures administratives compliquées et le suivi des indices</p>	<p>membres, la promotion de l'assurance, la collecte des cotisations, la gestion des membres, la comptabilité, la tenu des livres comptables, le budget et la gestion des fonds. Cependant la gestion peut devenir très complexe. Par exemple : fixer les taux de cotisation, déterminer le paquet-bénéfices, négocier les accords avec les prestataires, faire des prévisions de coûts et de budgets, évaluer l'appropriété des soins administrés et leur tarification, suivre l'utilisation rationnelle des bénéfiques, suivre les indices de la performance financière, entreprendre des activités de marketing et de communication. (Atim, 1998)¹</p> <p>STEP/Dakar a abordé la question, il a mis en place des instruments, développé des guides pour une gestion simplifiée et conçu des séminaires.²</p> <p>Letourmy/MAE (2000) a aussi fait la différence entre les deux différents types de tâches administratives au niveau technique. Les administrateurs bénévoles élus des mutuelles peuvent collecter les cotisations, payer les prestataires, déposer et retirer de l'argent à la banque. Ces tâches exigent du temps, mais elles ne sont pas urgentes et peuvent être exécutées lorsque l'administrateur en a le temps.</p> <p>Contrairement aux tâches ci-dessus décrites, l'analyse financière, les procédures administratives compliquées, le calcul des taux de cotisation et le suivi des indices financiers pour s'assurer de l'efficacité et de la viabilité de la structure sont des tâches à déléguer aux techniciens. Ces tâches exigent une compétence technique spéciale et beaucoup plus de temps pour leur exécution.</p>
<p>3.1.4</p>	<p>Limites de la Délégation</p>
<p>La délégation des tâches augmente les frais administratifs</p> <p>Confiance, condition déterminante pour la délégation des tâches</p> <p>Les tâches fondamentales telles que la gestion des risques ne peuvent pas être déléguées</p>	<p>Weber/Allemagne - Le fait d'employer le personnel technique externe a pour inconvénient l'augmentation des frais administratifs et compromet la viabilité financière de la structure. Il est alors nécessaire de recourir à plus de subventions. Weber a estimé que pour une mutuelle au Cambodge, un minimum de 10 à 20.000 membres cotisants est nécessaire pour payer les frais du personnel technique.</p> <p>Pour Evrard/ANMC, le facteur contraignant dans la délégation des tâches est que, pour que le système de mutuelle évolue normalement, les populations ont besoin d'avoir confiance. Les membres n'auront confiance que s'ils gèrent les fonds eux-mêmes au niveau local, et s'il prennent eux-mêmes les décisions essentielles.</p> <p>Pour Galland/CIDR, la condition essentielle est que le risque soit géré au niveau de la mutuelle. La délégation des tâches technico-administratives plus complexes soulève les questions de gouvernance, mais il est possible de déléguer et de garder en même temps pour soi la responsabilité de la gouvernance. Une délégation possible de tâches ne doit pas changer la règle fondamentale selon laquelle la responsabilité financière vis-à-vis des prestataires et des bénéficiaires doit rester entre ses mains.³</p> <p>Letourmy/MAE - Il est nécessaire de donner aux responsables mutualistes les moyens et les ressources de contrôle de gestion, mais ceci ne signifie pas qu'ils doivent le faire eux mêmes.</p> <p>¹ PHR publié en 2000, «Guide pour la Conception et la Gestion des Structures de Mutuelles de Santé en Afrique Orientale et Australe» conçu comme un document ressource pour les professionnels ayant une expérience moyenne dans les concepts et activités de financement des soins de santé</p> <p>² BIT-STEP (2001) Guide en gestion administrative et financière des mutuelles de santé</p> <p>³ BIT-STEP / CIDR 2001, le Guide de Suivi et d'Evaluation des systèmes de micro-assurance santé</p>

3.1.5

Les Études de Faisabilité Approfondies sont-elles Nécessaires ?

Les études de faisabilité coûteuses peuvent constituer des obstacles financiers

Les études de faisabilité coûteuses peuvent constituer un obstacle financier très important pour la mise en place des mutuelles. Pour mener une telle étude, il faut mobiliser des fonds et bien la préparer. Des études compétentes sur le plan technique sont souvent considérées comme des conditions nécessaires et suffisantes pour le succès des mutuelles. Hoffmann-Kuehnel/EED pense que de telles études sont nécessaires pour éviter « l'approche d'essai et des erreurs », qui comporte le risque de briser la confiance des populations (Hoffman-Kuehnel, 1999).

La capacité de prévision des études de faisabilité est faible

Plusieurs personnes interviewées ont mis en cause l'importance des études de faisabilité coûteuses et très détaillées. Criel/ITG - La capacité de prévision des études de faisabilité est faible. Les membres d'une communauté diront aujourd'hui qu'ils sont intéressés et sont prêts à payer des cotisations, mais il n'est pas certain qu'ils le feront réellement.

Des données de base pourront être obtenues par d'autres études réalisées dans le même pays ou la même sous région. La valeur ajoutée dans l'obtention des données spécifiques sur une région particulière comparée aux coûts est souvent très minime.

Les études socio-anthropologiques et politiques sont plus importantes

Brouillet considère que les études socio-anthropologiques et politiques sont plus nécessaires que les études socio-économiques. Il est important de connaître les formes traditionnelles de solidarité et les perceptions communes des populations sur la santé. La croyance culturelle sur la façon dont les maladies peuvent être prévenues et le type de prévisions acceptables est utile pour développer une argumentation et des stratégies puissantes afin de contrecarrer les aversions à l'égard de l'assurance.

Les taux d'utilisation changeront après l'introduction de l'assurance

Pour Galland/CIDR, de nombreuses données techniques sur le taux d'utilisation sont uniquement des estimations et changeront, en particulier après l'introduction de l'assurance maladie. Les premiers chiffres ne sont pas importants, mais la capacité de détecter et d'analyser les changements et d'adapter la mutuelle aux changements est importante.

Etude de faisabilité participative

STEP Afrique a développé une méthodologie de « l'étude de faisabilité participative ». STEP considère que de nombreuses études comportent souvent des informations inutiles. La méthodologie stipule qu'il faudra chercher seulement les informations pratiques et utiles. C'est le comité de pilotage de la création de la mutuelle qui élabore et conduit l'étude (STEP Afrique, 2000).

Les études de faisabilité participatives sont importantes pour le processus de sensibilisation

Pour Villane/STEP, les études de faisabilité ne servent pas seulement à collecter les informations techniques, mais constituent également une étape nécessaire dans le processus de création d'une mutuelle en augmentant la sensibilisation des populations et des membres potentiels d'une communauté. Les participants ont découvert, pendant les enquêtes ménages, que les membres des familles tombent souvent malade et ont besoin de soins de santé. Ils ont découvert eux-mêmes les coûts des soins de santé, ce qui leur a permis d'accepter plus facilement les résultats (coûts de traitement dans les CS, les hôpitaux ou chez le guérisseur traditionnel, les prix des médicaments à la pharmacie ou chez le vendeur ambulante).

Les promoteurs et les gérants doivent être dignes de confiance

Criel/ITG - L'un des éléments encore plus importants, comparé aux études de faisabilité, est que les promoteurs soient honnêtes, dévoués avec des compétences techniques. Les populations ont été à plusieurs reprises dupées et trichées. Il est fondamental que ceux qui gèrent la structure soient crédibles et gagnent la confiance des communautés locales.

3.1.6 Faut-il Créer les Mutuelles dans des Circonstances Favorables ?

Mise en place des mutuelles autour des prestataires connue pour leur qualité de soins

Atim (1997) souligne que les structures sont plus viables lorsqu'elles sont créées dans des zones où il existe déjà un prestataire qui a une bonne réputation en matière du temps d'attente des patients, du comportement du personnel vis-à-vis des patients et de la disponibilité des médicaments. Criel (1999) déclare que les principaux éléments qui font augmenter les taux de souscription sont la performance générale de la structure sanitaire ainsi que la qualité de ses relations avec la communauté.

Les gens doivent être en mesure de générer suffisamment des ressources pour payer les cotisations

L'expérience de Bwamanda en République Démocratique du Congo est un exemple où les mutuelles sont créées dans une zone où une ONG religieuse a initialement démarré des projets de développement agricole et communautaire. Le pouvoir d'achat élevé des populations leur a permis d'avoir suffisamment d'argent pour payer les cotisations de l'assurance maladie (Criel, 1998).

Mettre en place des mutuelles dans les zones urbaines?

La mutuelle à Nongon/Mali a été mise en place dans des communautés situées dans une large zone de production cotonnière. Plusieurs interviewés pensent qu'il faut combiner l'introduction d'une mutuelle à un projet générateur de revenus (exemple : projet agricole, structure crédit/épargne pour permettre des investissements productifs).

De Roodenbeke/ MAE dit que les mutuelles doivent être créées dans des conditions favorables pour leur développement, telles que dans les zones urbaines où la densité de la population est élevée. L'économie rurale n'est pas souvent monétarisée. Il est rare de trouver un bon système de soins de santé, parce que les frais de maintenance d'un système de santé rural sont élevés. Il est difficile de garder un personnel de la santé adéquat et motivé dans les zones rurales. Cette vision des choses est contraire à la notion d'équité, mais il considère qu'elle est plus réaliste et plus rationnelle. L'économie a des règles endogènes, elle n'est pas morale ou humaine. Les services de santé doivent offrir dans les zones rurales des soins de santé primaire subventionnés et à des coûts bas, mais ils ne doivent pas introduire des mutuelles.

La distance est un obstacle à la collaboration et la coordination

Hohmann/Etté (GTZ/CEPRASS) ont décidé de ne pas inclure dans leur programme un projet qui a pour cible les populations de la zone rurale, afin d'éviter des problèmes avec la distance et avoir de meilleurs chances de réussite avec un projet de mutuelle implanté dans la zone urbaine. Ils étaient principalement préoccupés par le fait que, pour un projet pilote il serait difficile d'avoir les contacts nécessaires et la collaboration étroite requise avec les autorités sanitaires, lorsque le projet se situe dans une zone rurale isolée.

3.2 Risque Moral et Prescription Irrationnelle

3.2.1 Comment éviter des malentendus à l'égard des assurances ?

Croissance des attentes

Le malentendu qu'il y a entre la population et les assurances est très répandu lorsque les attentes ne correspondent pas à ce que la mutuelle peut offrir réellement. La conséquence est que les gens sont déçus et perdent l'intérêt.

Les mutuelles prédisposent les populations à des attentes croissantes, principalement lorsque les structures sont subventionnées par des bailleurs.

Ndiaye (Diourbel) - Les populations commencent à penser que les mutuelles peuvent résoudre tous leurs problèmes. Les attentes s'accroissent pour des traitements préférentiels, l'accès aux médicaments préférentiels et aux examens para-cliniques. Souvent les mutuelles en développement demandent la création de leur propre structures sanitaire, l'emploi direct du personnel de la santé et l'ouverture de leur propre pharmacie.

<p>Difficile d'amener les populations à comprendre les limites des mutuelles</p> <p>Evitation des malentendus et des malinformations</p> <p>Information appropriée - meilleure prévention contre les malentendus</p> <p>Il est difficile de financer les examens complémentaires</p>	<p>Villane (Dakar) - Il est difficile d'amener les populations à comprendre et à accepter les limites de la mutuelle. Ce n'est pas parce que la mutuelle existe que les frais de soins de santé vont diminuer.</p> <p>Parfois les responsables mutualistes restent vagues et évitent de donner des informations sur les prestations qui ne sont pas inclus dans le paquet-bénéfices. Ils ne veulent pas manquer d'arguments et rendre les assurances moins attractives. Mais, même si ceci est bien fait, les populations ont tendance à oublier ou même à ignorer certains aspects qui sont contraires à leurs attentes.</p> <p>Koné (Bamako) - Il faut, dès le départ, éviter des attentes irréalistes de la part des mutualistes, en mettant les choses au point. Dès le départ, les responsabilités doivent être bien claires et il faut amener les membres à accepter les règlements.</p> <p>Koné (Bamako) - Il faut donner aux membres des informations exactes sur la nature des bénéfices, expliquer les fondements des décisions médicales en ce qui concerne les traitements alternatifs (par ex. les comprimés/sirop au lieu des injections), afin d'anticiper les malentendus de la part des patients.</p> <p>Faye (Dakar) - Pour éviter les complications, il faut éviter par tous les moyens que de façon indirecte ou inconsciente, les membres gardent espoir que la mutuelle pendra en charge des services qui ne sont pas inclus dans le paquet-bénéfices. L'information doit être relayée et comprise à tous les niveaux.</p> <p>Ardouin/UTM - Même après avoir reçu suffisamment d'information, les gens n'arrivent pas à comprendre ou à se souvenir des informations importantes. Les promoteurs pensent que leur message a été compris. Il faut constamment répéter les messages importants pour faciliter la compréhension ; des exemples pratiques et concrets doivent être donnés. La tâche la plus difficile est d'expliquer le lien entre les bénéfices et les cotisations.</p> <p>Les membres qui ont souscrit à une assurance doivent accepter que, actuellement, les mutuelles, de par le faible taux de cotisation, ne peuvent pas payer pour un grand nombre d'exams para-cliniques, en particulier la radioscopie. Ces frais sont au-delà des capacités financières de la mutuelle. Il faut faire comprendre aux membres que ces examens ne pourront être faits que dans des cas exceptionnels, lorsque les professionnels de la santé le jugent vraiment nécessaire.</p>
<p>3.2.2</p>	<p>Rôle des Arrangements de Pré-Paiements et d'Épargnes Organisées</p> <p>Le CIDR au Bénin, en Ouganda et en Guinée n'ont pas exclusivement fondé leur système sur l'assurance, mais également sur le système de pré-paiement individuel sans partage de risque. L'idée de l'assurance maladie est progressivement introduite. Dans le cadre du projet de la Guinée, les groupements ont commencé avec l'épargne pour les frais de santé et ce n'est que seulement dans une étape secondaire que l'assurance a été introduite. (CIDR, 1997).</p> <p>Hofmann-Kuehnel/EED - En Ouganda, les communautés ont opté pour le système de pré-paiement. Les populations se sont réinstallées après la guerre et on a senti très peu de sentiment de solidarité entre les populations et les villages.</p> <p>Dans la structures financée par la Mutualité Société Agricole Française (MSA) au Bénin, pour des raisons de culture, les gens n'ont pas voulu cotiser pour un fonds de solidarité non remboursable tel que l'assurance. Par conséquent, MSA a organisé des épargnes pour les petits risques de santé. Les fonds de solidarité ne sont acceptés que pour l'évacuation vers l'hôpital.</p>

3.2.3

Paquet-Bénéfices Approprié

Un sujet controversé est mené sur le thème, à savoir si les mutuelles doivent donner priorité dans leur paquet-bénéfices aux risques/ maladies catastrophiques (hospitalisation) ou au Soins de la Santé Primaire (SSP).

Arguments en faveur des risques catastrophiques comme priorité

Brouillet/AFD pense que le risque/ maladie catastrophique est la priorité, car elle implique des conséquences financières énormes. Un traitement précoce est essentiel dans ces cas souvent urgents. On ne peut pas perdre de temps pour chercher de l'argent.

Pour Letourmy et Weber, assurer uniquement le risque/ maladie catastrophique est la réponse technique la plus appropriée aux problèmes. Les taux de cotisation peuvent être fixés plus bas, étant donné que les cotisations élevées constituent le principal élément de dissuasion à côté de la faible qualité des soins. Le risque moral dans les arrangements d'assurance, qui couvrent les SSP, est très difficile à contrôler. Sa gestion nécessite un grand nombre de personnel technique, médical et administratif. Les coûts de gestion des SSP augmentent en une courbe linéaire avec le nombre d'assurés. Le risque/ maladie catastrophique est plus facile à administrer.

Weber fait une distinction entre les besoins médicaux et financiers. La réponse aux besoins médicaux est l'offre des services SSP. Mais pour les besoins financiers, c'est la prise en charge des risques/ maladies catastrophiques par les mutuelles. Les mutuelles sont trop souvent organisées dans une perspective de SSP ; elles ne sont pas suffisamment organisées dans la perspective des besoins financiers et administratifs. L'expérience qu'il a fait en Ouganda montre qu'après avoir interrogé les bénéficiaires potentiels de la structure d'assurance, ils ont reconnu que la grande menace qui pèse sur leur existence vient des risques/ maladies catastrophiques. Ils ont estimé que le besoin pour une assurance contre les risques/ maladie catastrophiques est plus élevé que pour les SSP. Même les populations les plus pauvres sont en mesure de payer les frais de service des soins de santé primaire.

Les désavantages d'assurer uniquement le risque/ maladie catastrophique

Le problème réel de l'assurance exclusive du risque/ maladie catastrophique est le manque de visibilité des bénéficiaires à en tirer. Les maladies à assurer sont très rares ou ne surviennent jamais (2 à 6%).

Un an après que les membres aient souscrit à l'assurance, il n'y a peut être personne dans le voisinage immédiat qui ait bénéficié des avantages de cette assurance. Les gens auront rapidement l'impression que la mutuelle ne leur apporte aucun avantage.

En vue de contrecarrer cet inconvénient, il faut entreprendre des activités efficaces de marketing et de communication pour amener la communauté à surmonter l'aversión à l'égard du paiement d'avance des cotisations.

Pour évaluer la protection de la structure, les populations ont besoin de savoir que, même si elles ne bénéficient pas directement de la structure, parce qu'elles n'ont réclamé aucun bénéfice, elles ont au moins bénéficié de l'avantage de vivre pendant une année sans aucune crainte des conséquences des risques/ maladies catastrophiques pour elles mêmes et pour leurs familles assurées.

Assurer le risque/ maladie catastrophique est la réponse technique la plus appropriée

Les besoins médicaux et financiers

Manque de visibilité

Nécessité de véritable compétence en communication

Le concept d'assurance pour la sécurité de la famille toute l'année

<p>Avec l'assurance, l'argent est payé pour la sécurité</p> <p>Accroître le taux de visibilité</p> <p>Assurer le risque/ maladie catastrophique donne priorité au traitement hospitalier</p> <p>Prévention des maladies qui dégénèrent</p>	<p>Letourmy mentionne que le CIDR est arrivé à amener les populations de Borgou/Bénin à comprendre qu'avec l'assurance, le montant verse à la mutuelle offre la sécurité.</p> <p>Galland/CIDR - De façon générale, le CIDR essaie de donner priorité aux risques/ maladies catastrophiques dans le paquet-bénéfices, mais il revient à la population de faire son choix. Au Bénin, la population choisit d'inclure en plus que le risque/ maladie catastrophique les bénéfices suivants : traitement des morsures de serpent, petite chirurgie, hospitalisation à court terme au niveau des CS (paludisme et infection respiratoire sévère) et l'accouchement. Ceci à l'avantage d'augmenter le taux de visibilité à 15%, un facteur important pour que les populations acceptent la mutuelle.</p> <p>Les avantages de l'assurance des Soins de Santé Primaire (SSP)</p> <p>L'inconvénient d'assurer le risque/ maladie catastrophique est que la priorité est donnée au traitement en hôpital, alors que le concept de SSP encourage un traitement précoce au niveau du CS.</p> <p>Ndaye (Diourbel) croit qu'il est important de commencer une structure en y incluant les SSP pour satisfaire les besoins les plus pressant, mais dans le long terme, encourager la prise en charge des risques/ maladies catastrophiques.</p> <p>Kohn/STEP Afrique - Il y a le risque que le patient ne soit pas allé au centre de santé, car le traitement de sa maladie n'est pas couvert par l'assurance.</p> <p>Gueye/GRAIM - Lorsque certaines maladies ne sont pas traitées à un stade préliminaire, il y a un risque que les dépenses qui seront faites plus tard seront très élevées au cas où une intervention chirurgicale devient nécessaire à l'hôpital. Pour cette raison, la coordination régionale de la région de Thiès au Sénégal (CRMST) recommande maintenant que les services de soins de santé primaire soient inclus dans l'avantages aux bénéficiaires.</p> <p>Combinaison d'assurer les petits et grands risques</p> <p>Letourmy déclare que pour amener les populations à s'intéresser aux structures d'assurance et retenir leur attention, il est nécessaire de réunir dans un paquet-bénéfices les petits et les grands risques. « Un produit d'appel » du paquet de bénéfices de petits risques est nécessaire.</p> <p>Une combinaison de la prise en charge des petits et les grands risques pourra augmenter l'intérêt des populations dans les mutuelles parce qu'elle met ensemble les avantages et les inconvénients des différents bénéfices décrits ci-dessus.</p> <p>Cependant, toute solution est imparfaite parce que l'exclusion de certains bénéfices aussi bien en hôpital qu'en CS est inévitable. Par conséquent, les membres qui souffrent d'une maladie dont le traitement est exclu seront insatisfaits de l'assurance.</p>
<p>3.2.4</p>	<p>Comment Rendre le Paquet-Bénéfices plus Attractif ?</p>
	<p>L'autre option souvent étudiée dans un effort pour rendre les assurances maladie locales plus attrayantes est de prendre plus en compte les choix des consommateurs. Les mutuelles ont été critiqués pour le fait qu'ils ne prennent pas suffisamment en compte les conceptions de l'équité et de l'acceptabilité perçues. On pourra offrir aux consommateurs un choix entre les bénéfices SSP et risques/ maladies ca-</p>

<p>Impact géographique sur l'équité et l'acceptabilité</p> <p>Cotisations graduelles selon la situation géographique</p> <p>Membres vivant éloignés ne souscrivent qu'aux risques catastrophiques</p> <p>Frais de transport pour l'évacuation sanitaire</p> <p>L'individualisation de arrangements d'assurance est plus complexe à gérer</p>	<p>tastrophiques. Des bénéfices flexibles qui prennent en compte la distance peuvent être étudiés. Les événements de faible fréquence, de coûts élevés pris en charge par l'assurance pourront être combinés avec un système de pré-paiement pour SSP.</p> <p>Dans une étude faite au Ghana (Yi, 1998), il a été observé que les villageois des communautés rurales reculées du Ghana considèrent le transport comme étant le plus grand obstacle à la création des structures d'assurance maladie dans ces zones. Noterman (1995) a observé au Zaïre (Congo) que le paiement des mêmes frais de souscription pour les ménages vivant loin de l'hôpital, comparés aux populations vivant dans les environs de l'hôpital, pénalise les premiers. Les ménages éloignés ne voient aucun intérêt en s'affiliant à la mutuelle, étant donné qu'ils vont rarement à la clinique, même s'ils sont malades.</p> <p>Notermann (1995) propose l'introduction des cotisations graduelles selon la localisation géographique des ménages en vue d'augmenter l'acceptabilité de l'assurance maladie par la population.</p> <p>Les populations vivant dans les zones éloignées du CS, doivent théoriquement payer des cotisations plus basses, étant donné qu'elles n'utilisent pas beaucoup les services de l'assurance maladie. L'exemple du projet PRIMA a montré que les membres assurés vivant dans un rayon de 10 à 15 km n'utilisent que la moitié des services utilisés, comparés à ceux qui vivent dans un rayon de 5 km du CS (Huber, 2000). La prise en charge uniquement des risques/ maladies catastrophiques pourra être une option beaucoup plus intéressante pour ces populations que la prise en charge des SSP, qu'elles utilisent de façon rare.</p> <p>Galland/CIDR - La prise en charge des risques/maladies catastrophiques nécessite l'inclusion du transport du patient à l'hôpital, ce que peut revenir plus cher que les frais d'hospitalisation. Pour cette raison, la mutuelle «Maliando» soutenue par PRIMA a signé un accord avec l'association locale des chauffeurs pour organiser et payer le transport en urgence des patients.</p> <p>Marcadent/ILO croit que l'individualisation d'arrangements d'assurance est un problème de complexité qui n'est pas facile à gérer. Il a émis des réserves en ce sens, car la majorité des gérants mutualistes ne sont pas capables de gérer, même des arrangements d'assurance simples. Des systèmes plus complexes tels que la prise en compte de la distance ou des bénéfices variables feront que la gestion de la structure sera encore plus difficile. Ce n'est qu'en utilisant les services d'un personnel technique assisté d'un ordinateur pour gérer le système que ceci devient possible.</p> <p>Dans certaines petites communautés, seul un paquet-bénéfices est approprié, car il n'est pas socialement acceptable que les membres de la même communauté choisissent différentes options en fonction de leur capacité financière.</p>
<p align="right">3.2.5</p>	<p align="center">Comment Éviter les Fraudes et les Abus ?</p>
<p>Identification des membres</p>	<p>Gueye/Graim - Il est important de vérifier l'identité des membres et s'ils sont à jour avec leurs cotisations. Il est nécessaire d'avoir des cartes de membres avec la photo de chaque membre de la famille. Si ceci n'est pas le cas, le chef de famille de huit enfants par exemple, quatre filles, quatre garçons, assurera seulement quatre enfants en tout. Lorsque les autres tombent malades, ils utiliseront la carte de ceux qui sont assurés.</p>

<p>Les groupements, unité de collecte des cotisations</p> <p>Motivation contre la sélection adverse</p>	<p>Au Bénin/Sud Borgou, dans une structure CIDR, l'unité de base pour la collecte des cotisations n'est pas l'individu mais le groupement. Au moins quatre familles sont nécessaires pour constituer un groupement. Cette unité partage la responsabilité de la collecte du montant totale des cotisations à payer.</p> <p>Gueye/GRAIM - La collecte mensuelle des cotisations surcharge le gérant, par conséquent, la collecte trimestrielle est préférable.</p> <p>Au Bénin, le CIDR motive les populations à souscrire en famille pour contrecarrer la sélection adverse. Ils offrent la possibilité de payer des cotisations graduelles selon la taille de la famille. Plus les membres de la famille souscrivent, plus le taux par individu de la cotisation est bas. Le chef de famille tire un avantage cotisant pour le plus de membres possibles de sa famille, car le montant de cotisation baisse avec le nombre de membres assurés.</p>
<p style="text-align: right;">3.3</p>	<p>Qualité Technique et Qualité des Soins Perçue</p>
<p style="text-align: right;">3.3.1</p>	<p>Rôle de la Qualité des Soins dans le Développement des Mutuelles</p>
<p>Le plus grand obstacle au développement des mutuelles : La faible qualité des soins</p>	<p>Toutes les personnes interviewées sont d'avis que le plus grand obstacle au développement des mutuelles est la faible qualité des soins fournis par les prestataires de soins de santé. Lorsque la qualité des soins donnés est considérée faible, la population ne trouve aucun avantage à joindre une mutuelle, parce que, lorsqu'elle tombe malade, elle n'aura pas des soins adéquats. La qualité et la confiance sont alors les éléments importants pour attirer les populations.</p>
<p style="text-align: right;">3.3.2</p>	<p>Comment la Population Perçoit-elle la Qualité ?</p>
<p>Qualités interpersonnelles</p> <p>Qualités Techniques</p>	<p>Les structures mutualistes qui sont bien acceptées par les populations (région de Thiès, Bwamanda, CIDR/Bénin, ANMC/RDC) coopèrent souvent avec les prestataires privés. Dans plusieurs cas, ces prestataires sont des organisations à but non lucratif (église, etc.).</p> <p>Qualités interpersonnelles et compétence technique</p> <p>La compréhension que les populations ont de la bonne qualité va au-delà de la simple notion clinique/médicale. Ce que la population comprend comme bonne qualité ne correspond pas nécessairement à la perception technique. La première qualité que les personnes interviewées dans des villages du Zaïre ont mentionnée sont les relations interpersonnelles de l'infirmier : respect, patience, courtoisie, bienveillance, honnêteté, franchise, simplicité (Haddad, 1998).</p> <p>Les qualités techniques sont citées en second lieu après les relations interpersonnelles. Ces qualités sont entre autres : bon diagnostic, bon traitement, ponctualité. La disponibilité des médicaments et la guérison sont également citées comme des priorités (Haddad, 1995). Les utilisateurs semblent être très sensibles aux relations interpersonnelles. Ils mettent très peu d'accent sur les services de prévention. Plus le client est satisfait plus son comportement est en conformité avec ce que le personnel de la santé a prescrit (compliance), ce qui augmente les possibilités de réussite du traitement (Winefield, 1995).</p> <p>Les raisons et solutions possibles au problème de la faible qualité des soins peuvent être situées à trois niveaux : gouvernement/bailleur, prestataire de soins de santé et consommateur.</p>

3.3.3

Qualité et le Rôle du Gouvernement et des Bailleurs

Organisation d'un système de soins efficace au niveau des préfectures

Il revient au gouvernement de garantir la qualité structurelle adéquate du système de soins de santé : en mettant en place une structure de soins de santé suffisamment et adéquatement équipée, en recrutant le personnel médical qualifié conformément à la taille de la population et des structures en place, et en organisant des régulations qui permettent la collaboration inter institutionnelle.

Respecter la pyramide des soins de santé

Le gouvernement doit maintenir un système de soins de santé efficace au niveau des préfectures en vue de fournir des services efficaces à la population. L'accent doit être mis sur les Soins de Santé Primaire (SSP) avec services intégrés y compris des activités de prévention (Information, Education, Communication, Vaccination, etc.). La pyramide des soins de santé doit être respectée. Ce qui implique un système fonctionnel de référence en commençant par le niveau des SSP.

Les prestataires ont besoin d'une autonomie pour négocier des accords avec les mutuelles

L'un des obstacles dans les systèmes centralisés est que les prestataires locaux ne sont pas des personnes morales et ne peuvent pas signer des accords. Ils n'ont aucun pouvoir de décision pour conduire et conclure les négociations avec les mutuelles sans autorisation venant du niveau supérieur. L'état doit élaborer une politique active pour encourager les prestataires à entrer en négociation avec les mutuelles. Une autorisation claire donnée aux prestataires évite une situation d'excuse pour ne pas s'impliquer dans des négociations avec les mutuelles.

L'autonomie exige des marges de manoeuvre

Les structures mutualistes ont besoin d'une marge de manoeuvre pour négocier les arrangements dans lesquels les demandes des consommateurs seront prises en compte. Ceci nécessite des dérogations du Ministère de la Santé (Criel).

Les mutuelles peuvent-elles exercer des pressions sur les prestataires pour améliorer la qualité des soins ?

Limitation des activités d'amélioration de la qualité

Les agences de développement ont trouvé une solution à ces problèmes de qualité en intégrant des activités d'amélioration de la qualité dans leurs programmes. Cette approche a ses limites, parce que le personnel de la santé n'est pas suffisamment motivé pour s'engager dans des activités supplémentaires de cycle de qualité qui prennent beaucoup de temps. Ils ont peur que certains résultats pourraient compromettre leurs propres intérêts ou réduire les revenus supplémentaires personnels.

3.3.4

Qualité et le Role du Prestataires de Soins de Santé ?

Manque de compétence en matière de consultation

Criel/ITG croit que le principal problème de la faiblesse de qualité des soins administrés aux populations est le manque de compétence en matière de consultation par le personnel de la santé. La majorité du personnel de la santé en Afrique n'écoute pas leurs patients, ne donne pas suffisamment d'explication sur le diagnostic et les traitements et en général traite les patients de façon rude, avec condescendance et sans respect. Les perceptions et les demandes des populations sont souvent négligées ou sont considérées comme irrationnelles du point de vue de l'expert.

Climat de méfiance

Dans un climat de méfiance où il existe de sérieux problèmes de communication, les services rendus par les prestataires n'inspirent pas confiance. Les demandes souvent irréalistes des populations ne peuvent pas être traitées par de simples explications adéquates. Les patients quittent le centre de santé déçus par l'assurance maladie qui, à priori, leur a promis des soins de meilleure qualité en échange du paiement de leur cotisation.

<p>Contrôle social pour éviter les abus</p> <p>Exclure les bénéfiques lorsque les services de prévention ne sont pas utilisés</p> <p>Co-paiement en tant que méthode standard pour éviter les abus</p> <p>Système de référence obligatoire (gatekeeper system)</p>	<p>Certaines mutuelles, par exemple UMASIDA en Tanzanie, demande à ses membres de voir en premier un responsable de l'assurance pour vérifier leur identité pour éviter l'abus des services (Ginneken, 1999).</p> <p>Koné (Bamako) - Dans la mutuelle de Nongon, un accouchement est payé seulement si la femme enceinte a suivi au moins 3 consultations prénatales. Pour bénéficier des services gratuits de planification familiale, les femmes qui ont accouché doivent suivre des consultations postnatales et amener leurs enfants pour les vaccinations nécessaires et le suivi pendant les 9 premiers mois.</p> <p>En plus des cotisations, il est demandé aux patients de payer de leur propre poche un montant déterminé à l'avance (co-paiement) pour les frais de traitement. Cette méthode répandue à pour objectif de réduire la demande des traitements inutiles et éviter les abus.</p> <p>La facture des malades hospitaliers ne sont remboursées que lorsqu'elles sont référées par un praticien SSP.</p>
<p style="text-align: right;">3.2.6</p>	<p>Stratégies pour Contrecarrer les Faibles Taux de Collecte des Cotisations</p>
<p>Trouver la périodicité adéquate de paiement des cotisations</p> <p>Les collecteurs d'ordures ménagers (GEU) comme relaie et collecteurs de cotisations</p> <p>Relations entre l'épargne et l'assurance maladie</p> <p>L'Association des vendeurs ambulants, responsable de la collecte des cotisations</p>	<p>Selon les documents disponibles, il est très important pour les mutuelles d'identifier la fréquence adéquate de paiement des cotisations, en particulier de prendre en compte les variations saisonnières des revenus. Les cotisations doivent être collectées au moment de la disponibilité de l'argent, par exemple les moments des récoltes (Atim, 1998). Selon le groupe cible, il serait préférable de collecter les cotisation une fois par an (exemple : les cultivateurs), chaque trimestre ou une fois par mois ou même dans une périodicité plus courte (exemple : chauffeurs de taxi, femmes du marché).</p> <p>L'UTM (Mali) est en train d'essayer un nouveau système de collecte de cotisation dans la capitale régionale de Kaye et dans la capitale à Bamako. Les collecteurs d'ordures ménagères collectent les cotisations. Ce groupe agit comme «relais» pour informer la population et collecter les cotisations en petite tranche, une fois que l'argent est disponible. Présentement, un système de paiement basé sur le nombre de contacts avec la population cible est en voie de conception pour fournir des primes.</p> <p>Ardouin/UTM - Les cotisations doivent être collectées dans des endroits les plus proches possibles des points où les revenus sont générés. Dans certaines circonstances, il est plus approprié de collecter les cotisations quotidiennement.</p> <p>Hohmann déclare qu'il est important de donner aux membres la possibilité d'épargner continuellement dans une structure de crédit/épargne (COOPEC en Côte d'Ivoire) de l'argent pour payer leur cotisation et pour être sûr de la disponibilité de l'argent au moment du paiement de la cotisation.</p> <p>Une autre approche testée par UTM est celle de l'association des vendeurs ambulants. L'association a été chargée de la collecte des cotisations chaque semaine et de payer le montant total à la fin du mois à la mutuelle. Ardouin croit qu'il est utile de travailler avec les structures existantes dans le secteur informel en utilisant leur mécanismes internes d'organisation.</p> <p>Aux Philippines, les gérants des assurances chargés de la collecte des cotisations perçoivent des pourcentages sur le montant collecté. Au Mali, la législation sur les mutuelles interdit de percevoir des pourcentages.</p>

Formation adéquate des prestataires pour fournir des soins « centrés sur le patient »

Criel/ITG propose une formation des professionnels de la santé sur les « soins centrés sur le patient » (patient centered care) pour améliorer les compétences en communication et la qualité technique et relationnelle des consultations. Des apports méthodologiques spécifiques sont nécessaires pour corriger les comportements négatifs. Les patients peuvent avoir des attentes irréalistes, mais il est important de commencer à partir de leurs perceptions. Les gens ne pourront revoir leurs demandes (demande pour injections, refus de médicaments essentiels) que dans un climat de confiance et de respect (prise de décisions informées).

Formation des agents de santé en médecine communautaire

Koné (Bamako) pense que la formation des médecins en médecine communautaire et familiale est nécessaire pour préparer les prestataires de soins à faire de façon adéquate leur travail dans les zones rurales. Les médecins sont souvent orientés vers la médecine des centres hospitaliers universitaires. Il pense que les professionnels de santé peuvent rendre leurs services plus attractifs en donnant aux patients des conseils de meilleure qualité. Lorsque l'agent de santé est en mesure de pénétrer l'esprit du patient et d'essayer de comprendre ses motivations et ses craintes, ceci contribue déjà à résoudre de moitié le problème.

Prendre en compte la situation socio-économique du patient

Pour mieux traiter les malades dans les centres de santé primaire, l'agent de santé doit prendre en compte la situation socio-économique du patient. Il/elle doit respecter les capacités financières du patient pour lui administrer les soins médicaux adéquats et abordables. Koné pense que la viabilité de la mutuelle dépend de ses relations avec le prestataire qui, lorsqu'il fait une prescription inutile, crée des coûts évitables et supplémentaires que la mutuelle doit prendre en charge.

Utilisation judicieuse des tests complémentaires

Les algorithmes et les guides de diagnostic et de traitement existent pour aider à utiliser les tests complémentaires de diagnostic seulement dans des cas appropriés. Le prestataire qui prescrit des médicaments ou demande des tests, ne doit pas oublier qu'il utilise l'argent des populations pauvres, qu'il doit alors faire de façon judicieuse.

Compétition par des relations contractuelles

Galland/CIDR a été surpris de la réaction des infirmiers dans les centres de santé publiques au Bénin, qui se sont plaints du fait que les membres des mutuelles ne viennent pas consulter chez eux, mais qu'ils vont directement à l'hôpital. Galland pense que la concurrence entre les prestataires peut aboutir à l'amélioration de la qualité des services rendus.

Assurance de qualité et suivi

Le suivi et l'évaluation continu du système d'information sanitaire de routine et les feedbacks des consommateurs sont nécessaires pour évaluer la qualité des services et la satisfaction du consommateur. Les mutuelles doivent inclure des normes standards de qualité, tels que le temps d'attente ou le comportement du personnel vis-à-vis des patients dans les négociations avec les prestataires. Atim a proposé des évaluations indépendantes de la qualité ou des audits de qualité et la vérification des prescriptions des prestataires et du traitement offert (Atim, 1998). La vérification des registres médicaux pourra permettre d'identifier les abus, les pratiques médicales inutiles (Bennet, 1997).

Jusqu'à présent, seule une minorité des mutuelles a été en mesure de suivre la qualité et le caractère approprié des soins offerts à leurs membres (Atim, 1998).

Les mutuelles ne peuvent pas améliorer à elles seules la qualité des soins de façon durable.

3.3.5

Qualité et le Rôle de la Population ?

Les malentendus et les attentes irréalistes des consommateurs engendrent une faible acceptation des mutuelles

Dans le projet PRIMA (GTZ/MMB), il a été observé qu'il existe une grande différence entre ce que les populations perçoivent en terme de qualité de soins de santé et ce que les services de santé sont en mesure de fournir selon la norme standard de qualité (Huber, 2000).

Refus des traitements standards

Les populations ne donnent pas une valeur aux services complets offerts au Centres de Santé (CS). Les injections sont considérées comme des traitements de grande qualité ou «une médecine forte», et les médicaments standards tels que l'Aspirine, la Chloroquine et le Cotrimoxazol ne sont pas appréciés parce qu'ils sont trop fréquemment prescrits. Les populations considèrent la variété des médicaments offerts au centre de santé comme trop limitée. L'acte médicale est considéré comme une distribution de médicaments et les populations comparent la qualité des médicaments et le prix qu'elles paient au centre de santé aux prix des mêmes médicaments lorsqu'ils sont achetés directement chez le vendeur ambulancier. La quantité des médicaments reçus détermine si le traitement est bon ou non (Huber, 2000).

Incompréhension entre l'offre et la demande

La différence entre l'offre et la demande des soins est traduite en méfiance, suspicion et incompréhension réciproque. Une observation similaire est faite au sein des mutuelles soutenues par CIDR où les patients n'ont pas cru en l'efficacité des médicaments génériques et ont préféré les injections aux comprimés. De tels comportements de la part des consommateurs et le comportement des prestataires créent des frais supplémentaires considérables (CIDR, 1997).

Croyances irréalistes dans la radioscopie et les tests complémentaires

Dans les zones urbaines comme Dakar ou les capitales régionales, il existe une forte croyance dans l'importance de la radioscopie et d'autres tests complémentaires. L'échographie de femmes enceintes pour voir la position du fœtus ou d'autres examens de laboratoire demandés par le prestataire sont la preuve de la compétence du médecin, de l'infirmier, de la sage femme ou de l'institution. L'échographie ou les examens de laboratoire sont surévalués et considérés comme une forme de traitement. Dans un contexte de manque de ressources, de nombreux tests complémentaires coûteux sont superflus. Un traitement/examen basé sur des diagnostics différentiels est plus approprié pour un patient qui ne pourra payer que pour les frais de traitement. Les croyances irréalistes des membres de l'assurance peuvent augmenter de façon significative les coûts des soins pour les mutuelles ; il faut à tout prix éviter ces croyances.

Dans la mutuelle de Khalil Bobo à Dakar, la sage femme de service envoie systématiquement les femmes pour faire une échographie de routine. Les frais (25.000 FCFA) ne sont pas couverts par la mutuelle. Mais cette pratique exerce une pression sur la mutuelle pour que celle-ci acquiert une échographie afin d'attirer plus de patients.

Conférences médicales : programme d'éducation pour les soins de santé curatifs et préventifs

Programme d'éducation pour les soins de santé curatifs et préventifs

Pour résoudre ce problème, le CIDR dans son projet en Guinée à Nzérékoré a étudié la possibilité d'incorporer un programme d'éducation pour les soins de santé curatifs et préventifs. L'objectif est de rationaliser le comportement des mutualistes par une meilleure compréhension de l'offre. Des sessions de formation sont programmées sur les médicaments essentiels, les injectables et l'accouchement supervisé. En plus, certaines activités de prévention telles que l'utilisation de la moustiquaire imprégnée, la vaccination et la fourniture d'eau potable sont incluses (CIDR, 1997).

Conférences Médicales

Au Sénégal, des conférences médicales sont régulièrement organisées dans les mutuelles pour familiariser les consommateurs à ce qu'ils doivent attendre des mutuelles et du système de santé. Ces conférences sont considérées comme importantes pour éviter les malentendus qui engendrent une augmentation des coûts (mutuelle des volontaires d'éducation, GRAIM).

Villane (Dakar) - Au cours des réunions des membres de ces mutuelles, ce n'est pas seulement les questions administratives qui sont discutées. Les réunions sont également utilisées pour les activités d'Information, d'Education et de Communication (IEC). Par exemple, le responsable médical de la préfecture est invité pour faire un exposé sur la prévention du paludisme ou expliquer la physiologie par laquelle les médicaments entrent dans le système humain. Ceci pour expliquer l'action des médicaments essentiels et des injectables. Au cours de ces conférences, il faudra rappeler à la population ses responsabilités et les limites de la mutuelle. A la fin de ces conférences, peut-être seule une minorité de patients ne sera pas satisfaite en recevant uniquement les médicaments ou en ne faisant pas l'objet d'aucun test de radioscopie demandé par l'infirmier.

La mutuelle pourra rendre les activités de prévention plus attrayantes aux membres si elles constituent une condition requise pour d'autres bénéfices couverts par la mutuelle.

3.4 Soutien Non-Effectif des Mutuelles

Comment rendre les activités des promoteurs plus efficaces pour aboutir à de bons résultats ?

La mise en place des mutuelles n'a pas, jusqu'aujourd'hui, connu beaucoup de succès et il faudra reconnaître qu'il existe des problèmes à différents niveaux. Les agences n'ont pas utilisé suffisamment l'expertise locale existante ou ne l'ont pas développée à un niveau acceptable. Parfois, les promoteurs ne sont pas bien préparés pour le rôle et luttent avec la technicité du processus. Une critique qui revient souvent est que la culture de formation domine sans que cette connaissance ait été mise en application par la suite.

www.concertation.org

Souvent les promoteurs locaux ne poursuivent pas l'objectif de développer les mutuelles pour qu'elles fonctionnent comme des organes autonomes et dans la majorité des cas, leur dépendance a été maintenue. La collaboration entre les promoteurs internationaux n'est pas toujours optimale, des documents techniques et les instruments de gestion ne sont pas souvent échangés et les partenaires ne sont pas informés de l'expérience des autres. Les mutuelles ont des difficultés d'accès au matériel existant. Pour venir à bout de ces difficultés, les principaux promoteurs internationaux (WSM/ANMC, BIT/STEP, GTZ, PHR et AIM) ont créé une structure conjointe, l'action concertée basée à Dakar (www.concertation.org) dont l'un des objectifs est d'aider à améliorer la coopération entre les promoteurs.

Evrard/ANMC - La mise en place d'une mutuelle est un travail complexe, il est plus difficile à mettre en place que d'autres projets de développement. Les mutuelles sont situées à l'intersection de trois systèmes déjà complexes :

1. Financier
2. Social
3. Services de soins de santé.

Pour réussir à mettre en place une mutuelle, ces trois systèmes doivent être pris en

	<p>compte. Lorsque l'un de ces éléments n'est pas suffisamment considéré, le succès du projet est menacé.</p>
3.4.1	Obstacles au Niveau des Promoteurs
<p>Manque d'autonomie des gérants mutualistes</p>	<p>Des obstacles sont observés aussi bien au niveau des organisations de promotion. Le manque d'autonomie des gérants mutualistes a été critiqué dans l'évaluation de la mutuelle Maliando soutenu par PRIMA (Hohmann, 1999). Les gérants ne maîtrisent pas le processus de calcul des cotisations et se réfèrent au promoteurs pour la plupart des tâches sur le fonctionnement de la structure. Hohmann a critiqué le fait que les sessions de formation sur le développement de l'assurance maladie ont été organisées pour les administrateurs et les promoteurs régionaux et préfectoraux, et que les responsables mutualistes en ont moins bénéficié. Ceci accroît la disparité et la dépendance de la mutuelle Maliando envers l'administration de la santé et des promoteurs.</p>
<p>Intégration du concept d'auto promotion dans l'approche</p>	<p>Letourmy a décrit le projet CIDR au Sud Borgou comme un exemple où le concept d'auto promotion est explicitement intégré à l'approche. L'équipe technique composée d'un expatrié et de deux experts locaux prend les initiatives et assure la faisabilité technique et financière. Au même moment, ils sont conscient d'impliquer les populations concernées au processus et dans la prise des décisions.</p> <p>Atim (1998) a maintenu que les promoteurs doivent utiliser une approche vraiment participative pour permettre aux mutuelles de se responsabiliser dès le départ, avec un accent particulier mis sur les aspects organisationnels. Il est souhaitable que les structures acquièrent la capacité de résoudre eux-mêmes leur propres problèmes au lieu que ce soit d'autres qui les résolvent à leur place.</p>
3.4.2	Créer une Capacité Locale
<p>Compétences existantes doivent être identifiées et renforcées</p>	<p>Pour Sow/PROMUSAF, pour atteindre des résultats durables, il est essentiel que les compétences locales soient développées et utilisées. Déjà, il est nécessaire d'identifier et de renforcer les compétences existantes par le renforcement des capacités en vue de mettre le savoir faire à la disposition des personnes ressources et des populations concernées. Les personnes ressources formées seront alors utilisées comme multiplicateurs pour faire le travail. A titre d'exemple, PROMUSAF a soutenu la formation continue des responsables de GRAIM et de CRMST (Sénégal). Ces groupes animent maintenant la formation des promoteurs des mutuelles et donnent des consultations à toutes les mutuelles dans la région de Thiès.</p> <p>Atim (PHR) considère que les délégués mutualistes existants ont un important rôle à jouer dans la coordination régionale (exemple : GRAIM/CRMST). Ces délégués doivent être formés comme personnes ressources techniques pour animer les sessions de formation, évaluer, faire le suivi et s'occuper d'autres tâches techniques. Ces représentants font parti du mouvement mutualiste et ils s'identifient à ces objectifs et principes et ne travailleront pas comme des individus exécutant un contrat de travail.</p>
3.4.3	Information, Education et Communication (IEC)
<p>Activités de sensibilisation</p>	<p>Sow/PROMUSAF - Le principal pilier du succès dans la mise en place des mutuelles est la sensibilisation des populations. Il n'est pas possible de mettre en place</p>

<p>Plaidoyer/ argumentaire insuffisant</p> <p>Renforcement des compétences en communication</p> <p>Media et méthodes de sensibilisation adaptés à la population cible</p>	<p>une assurance maladie si les populations ne sont pas convaincues de son utilité. L'Information, l'Education et la Communication (IEC) et la sensibilisation est un processus continue. Le concept d'assurance maladie est un nouveau concept et a besoin d'être bien expliqué.</p> <p>L'expérience de la Guinée (PRIMA) a démontré que les responsables mutualistes ne maîtrisaient pas suffisamment le domaine de l'assurance maladie et ne livraient qu'une faible « plaidoyer/ argumentaire » peu convaincant. C'est seulement lorsque qu'ils auront suffisamment d'arguments sur les avantages de la mutuelle qu'ils pourront convaincre les autres. Les représentants des assurances font augmenter parfois les attentes des membres par des publicités erronées en vue d'accroître l'adhésion (Huber, 2000).</p> <p>Letourmy/MAE (1999) considère que le travail de communication et de sensibilisation des responsables des mutuelles est très important et veut renforcer ces compétences par une formation spécifique.</p> <p>Le média choisi pour la sensibilisation de la population doit être adapté aux conditions spécifiques de la population cible. La majorité de la population des groupes cibles en Afrique de l'Ouest - le secteur informel - est illettrée et ne comprend pas le Français. Les médias de masse, tels que les journaux ou les programmes à la radio en Français, ne pourront pas atteindre les populations. Très peu de gens ont accès à la télévision, mais un grand nombre de postes-radio est disponible dans les zones rurales. Pour la majorité de la population cible, les formes interpersonnelles et d'autres formes traditionnelles de communication (animation de groupe, théâtre) ou des messages radiophoniques dans les langues locales sont les seuls moyens possibles de communication. Il faudra développer les instruments et les programmes dans cette optique en utilisant des expressions simples et des exemples concrets.</p>
<p>3.4.4</p>	<p>Activités de Formation et leurs Resultats Durables</p>
<p>Formation au niveau des mutuelles</p> <p>Les perdiems brisent le dynamisme des programmes de développement</p>	<p>Evard/ANMC - Autant que possible, les gens dans les projets ANMC sont formés au niveau des mutuelles. Ce faisant, il est possible de former un grand nombre de personnes. L'expérience a montré que si ce sont toujours les mêmes personnes qui sont formées, les relations au sein du groupe devenaient inégalitaires avec des effets néfastes sur la démocratie et le fonctionnement interne. Une distance est alors créée entre ceux qui connaissent et ceux qui ne connaissent pas. L'inconvénient de cette méthode est que l'effet multiplicateur n'existe plus.</p> <p>Les mutualistes qui ont une longue expérience pratique, dont la connaissance a été renforcée, sont les plus capables et sérieux dans la formation et la création des mutuelles. Ils parlent les langues locales et leur expérience de la vie quotidienne des mutuelles et leur maîtrise des thèmes rendent la formation plus crédible. Les consultants formés dans des sessions de courtes durée de Formation des Formateurs (FdF) n'ont pas souvent suffisamment d'expertise pour travailler comme personnes de ressources (Evrard/ANMC).</p> <p>Evrard/ANMC - Les perdiems ont brisé le dynamisme des programmes de développement. ANMC est vraiment contre le fait de payer des perdiems aux participants à des programmes de formation. Evrard préfère avoir une session de formation pour peu de participants qui sont vraiment intéressés et qui après pourront appliquer les connaissances acquises, que de former une multitude de personnes qui ne sont présentés à la session de formation que pour les avantages pécuniers.</p>

<p>Le choix des participants à la formation</p> <p>Respect du déroulement temporel, formation sur le terrain</p> <p>Créer des occasions pour mettre en pratique les connaissances</p> <p>Capacite d'appliquer les connaissances</p>	<p>Ce problème de perdiems est répandu dans les programmes de développement, aucune solution facile n'est envisageable. Dans des situations où les salaires sont généralement bas dans la fonction publique, les perdiems sont considérés comme une compensation. La réalité est que si les promoteurs ne payent pas des perdiems les gens souvent ne participent pas à la formation. Alors les agences sont contraintes de payer les perdiems pour les motiver.</p> <p>Evrard pense qu'il est important que l'agence qui organise la formation ait un regard dans le choix des participants à la formation, étant donné que le plus souvent des personnes non concernées participent aux sessions. La formation est souvent organisée sans que les organisateurs aient exigés un feed-back de la part des organisations qui envoient les participants. Ceux qui sont formés doivent normalement venir des structures existantes et doivent s'identifier au mouvement. Lorsqu'un programme conjoint ANMC, STEP/ACOPAM et WSM a organisé des sessions de formation en Afrique de l'Ouest en 1997-1998, les personnes ressources formées ont utilisé les compétences acquises pour constituer un réseau de consultants sans honorer leur engagement de former en retour d'autres personnels nationaux. Ils sous-traitent leurs services pour des honoraires établis.</p> <p>Le message de ANMC est que la mutualité est «votre affaire». Ceux qui veulent commencer quelque chose doivent s'organiser, mais il n'y a pas d'argent pour les individus.</p> <p>Letourmy (1999) pense qu'il est important de respecter le déroulement temporel pour les activités de formation. Il n'est pas judicieux de former les gérants mutualistes en administration et comptabilité s'ils ne se sont pas encore confrontés à des problèmes de gestion dans leurs mutuelles. Il considère que la formation sera mieux animée sur le terrain, en utilisant le matériel disponible, en donnant des explications et en trouvant des solutions aux problèmes lorsqu'ils se posent. Une formation générale pourra être organisée plus tard, quand les gérants auront une meilleure maîtrise de la mutuelle.</p> <p>Après la formation, il est nécessaire de créer des occasions pour mettre en pratique les connaissances. C'est seulement par une pratique régulière que les compétences seront maîtrisées. Autrement le savoir faire acquis sera rapidement oublié.</p> <p>Atim (1998) pense qu'il faudra s'assurer que les personnes formées soient en mesure de maîtriser les nouvelles connaissances. Les promoteurs doivent faire la distinction entre former les personnes pour de nouvelles compétences et traduire ces compétences en activités productives.</p>
<p>3.4.5</p>	<p>Comment Améliorer la Coordination entre les Promoteurs?</p>
<p>Manque de coordination entre les organisations de promotion</p>	<p>Au cours d'un inventaire des mutuelles et promoteurs en Afrique de l'Ouest, les mutualistes du Sénégal se sont plaints du manque de coordination entre les promoteurs. Ils ne comprennent pas les raisons pour lesquelles des initiatives sont lancées avec peu d'activités de suivi. Les mêmes types d'activités de formation sont organisées l'une après l'autre par des organisations différentes. Dans d'autres régions, aucune activité n'est organisée. Il y a un manque de synergie et de plan d'action commun. L'accent est plus mis sur la formation theorique que sur l'exemple de situations concrètes relatives à la mutuelle. Les documents techniques et de</p>

<p>Eviter la duplication: Partage des modules de formation communs et du matériel de gestion</p>	<p>formation ne sont pas souvent disponibles que pour les mutuelles qui bénéficient de l'assistance d'une organisation (Concertation, 2000).</p> <p>Atim/PHR - Il faut une meilleur coordination, principalement dans la production et la distribution des instruments communs de travail. Beaucoup de publications sont faites et des instruments produits, mais ils ne sont pas disponibles. Il est plus facile de copier chez celui qui a déjà développé un instrument ou un manuel pour l'adapter aux circonstances spécifiques que d'essayer de réinventer la roue.</p> <p>Les instruments de gestion et les manuels de formation doivent être plus disponibles aux mutuelles existantes, de même qu'à celles qui bénéficient de l'assistance d'autres organisation.</p> <p>Weber - Dans plusieurs pays, plusieurs promoteurs opèrent de façon indépendante dans le domaine de l'assurance maladie et sont peu disposés à collaborer. La coordination des efforts pourra créer des effets de synergie et aura des avantages significatifs : unités conjointes de formation par des spécialistes, disponibilité des instruments, achat en gros ou réassurance.</p>
<p>3.4.6</p>	<p>Comment Améliorer les Relations entre les Mutuelles et les Prestataires?</p>
<p>La relation entre l'offre et la demande constitue un grand obstacle</p> <p>Principe de séparation entre l'offre des soins de santé et les mutuelles</p> <p>Faire une meilleure utilisation des synergies et des intérêts communs</p> <p>Partage des intérêts communs</p>	<p>Coopération entre les mutuelles et les prestataires</p> <p>Marcadent a déclaré que la relation entre l'offre et la demande constitue un grand obstacle dans le développement des mutuelles. La majorité des autres personnes interviewées partagent les mêmes idées. Il n'est pas recommandé de séparer les questions de l'assurance maladie de la conception du système de santé. La conception du système sanitaire vient en premier lieu (Carrin/OMS).</p> <p>L'accent est souvent mis sur la séparation entre l'offre de soins de santé et l'assurance. De cette manière les consommateurs semblent pouvoir constituer un contre-pouvoir aux prestataires. Dans les contrats, l'on pourra négocier de meilleurs normes standards de soins. Mais les mutuelles ont besoin de la collaboration des prestataires pour réussir. Il est important d'éviter une attitude de confrontation de la part des professionnels de santé.</p> <p>Les prestataires et les mutuelles, tout en gardant leur indépendance l'un vis-à-vis de l'autre, pourront mieux utiliser les synergies et les intérêts communs qu'ils partagent et améliorer ainsi leur collaboration. Pour Brouillet/AFD, il est important de mieux articuler l'offre et la demande.</p> <p>Les intérêts suivants peuvent être partagés:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins offerts. • Amélioration de l'accès aux soins de santé qui se traduit en une utilisation adéquate des soins. • Générer des revenus pour les hôpitaux et la promotion des services préventifs. <p>Un prestataire qui a un mauvais comportement à l'égard de ses patients et qui ne respecte pas les normes standard de qualité de prescription des médicaments (utilisation rationnelle de médicaments) conduira la mutuelle à des conséquences désastreuses sur le plan financier.</p>

Impliquer le personnel de la santé dans les mutuelles	<p>Galland/CIDR - Il est important d'impliquer dès le départ, le personnel des structures de santé conventionnées dans le développement d'une mutuelle de santé. Le personnel doit comprendre ce qu'est une mutuelle. Il a besoin de connaître leur rôle dans la relation triangulaire en ce qui concerne l'offre de soins, procédures de paiement, le système de co-paiement, les exigences de documentation. Le but est de familiariser le personnel avec les tâches supplémentaires engendrées par les relations contractuelles.</p>
Echanges entre les responsables mutualistes et les professionnels de santé	<p>Programmes pour améliorer les relations entre les mutuelles et les professionnels de santé</p> <p>Le CIDR promeut un programme spécial pour des contacts réguliers entre les responsables mutualistes et les professionnels de santé. Dans ce programme, les professionnels de santé (2 jours) et les mutualistes (5 jours) sont sensibilisés sur les aspects généraux de l'assurance maladie et sur d'autres aspects du système de santé. Ils sont principalement informés sur les problèmes de chacun. A la fin du programme les représentants des deux groupes se rencontrent pour échanger leurs points de vue.</p>
Programme CAMICS dans la région de Diourbel	<p>Au Sénégal, dans la région de Diourbel, CAMICS, l'agence gouvernementale pour la promotion des mutuelles a organisé des sessions spéciales pour les prestataires et les cadres du personnel de la santé.</p>
Obstacles au niveau des prestataires de soins de santé	<p>Il a été observé que des obstacles existent dans le processus de développement des mutuelles. Après les activités de sensibilisation des communautés, le personnel de la santé dans les CS et les hôpitaux ont été rapprochés pour répondre à des questions. Ils n'ont pas été en mesure de répondre aux questions et n'ont pas voulu coopérer.</p>
Frustrations des prestataires, demande de compensation financière	<p>Au cours de la formation, les prestataires ont été mécontents du mouvement mutualiste. Ils ont eu peur de perdre une partie de leur autorité et ont été conscients du contre-pouvoir qu'ont pu constituer les mutuelles. L'exemple des comités de gestion des CS a été cité, ils ont perdu le contrôle sur le budget de la clinique. Ils ont demandé des compensations pour le travail supplémentaire qu'ils avaient à faire.</p>
Changement des conditions, auto financement	<p>Le message des formateurs fut que les conditions devaient être changées et que toutes les structures sanitaires devaient atteindre un degré d'auto financement pour lequel les assurances maladie sont vitales.</p>
Obliger les professionnels de santé à coopérer	<p>Il a été demandé aux professionnels de santé de changer leur comportement. Bien qu'il était connu des professionnels que les patients avaient des droits, ces droits étaient rarement respectés. L'argument des formateurs était que si le personnel de la santé ne changeait pas son comportement, l'administration de la santé ferait des pressions et la population irait ailleurs. Les professionnels de santé ont été encouragés à coopérer et à entrer en négociations avec les mutuelles.</p>
Relations contractuelles	<p>En ce qui concernait les compensations financières, il a été demandé aux professionnels de santé de les chercher eux-mêmes. Lorsqu'ils sont en mesure d'attirer plus de clients vers leurs structures, leur revenu augmentera. Dans les nouveaux arrangements les mutuelles gèreront leur propres ressources financières. Les professionnels de santé offrent des services qui sont achetés par la mutuelle. Si les mutuelles apprécient les services offerts par le CS, ils achèteront ces services ou le cas échéant, ils changeront de prestataire.</p>

4. Les Principes Fondamentaux de l'Assurance Maladie dans le Secteur Informel

	<p>Suite à nos discussions, six principes fondamentaux ont été retenus en matière de développement des Mutuelles de Santé. Ces principes sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indépendance des Mutuelles de Santé vis-à-vis du Gouvernement 2. Identité Géographique et Socioculturelle 3. Responsabilisation des Membres 4. Compromis Technique et Social 5. Les Subventions et ses Implications 6. Conception de Mutuelles permettant leur Développement et leur Extension.
4.1	Indépendance vis-à-vis du Gouvernement
<p>Gouvernements ne devraient pas créer et gérer des mutuelles</p>	<p>Des expériences de l'intervention excessive d'une agence gouvernementale (PAMS/CAMICS) au Sénégal et l'intervention de l'état dans le mouvement coopératif en Afrique après l'indépendance des pays en général ont prouvé l'existence du problème de l'interférence des gouvernements dans les mouvements de la société civile. Les auteurs du présent document sont d'avis que le gouvernement ne peut pas être le principal acteur dans la promotion des mutuelles. La législation, la régulation et l'assistance au mouvement mutualiste peuvent créer un conflit d'intérêts, étant donné que dans plusieurs pays, le gouvernement est en même temps le principal prestataire de soins de santé.</p>
<p>Donner la direction (stewardship)</p>	<p>Le rôle du gouvernement est de donner la direction, de créer un environnement favorable (exemple : une décentralisation effective, une régulation fiscale, une amélioration du système de soins de santé, etc..) et de mettre sur pied un cadre législatif adéquat. Le gouvernement ne doit ni créer ni gérer les mutuelles.</p>
4.2	Identité Géographique et Socioculturelle
	<p>Les populations sont plus solidaires et ont plus confiance en ceux qui vivent dans leur environnement immédiat, en leur famille, et en des personnes avec qui ils travaillent ou qui sont dans leur voisinage. Le concept de mutuelle de santé nécessite des systèmes de solidarité définis en tant qu'unités de base. Certaines mutuelles sont créées au sein d'une association socioprofessionnelle existante (exemple : chauffeurs de taxi, femmes du marché, membres d'un système de crédit/épargne). Mais les relations socioprofessionnelles ne représentent qu'un seul élément fondamental de la structure des mutuelles de santé.</p>
4.2.1	Environnement Géographique : Villages ou Quartiers d'une Ville
<p>Unité géographique: fondement d'une cohésion sociale</p>	<p>Les auteurs du présent document proposent qu'une unité d'assurance doit particulièrement prendre en compte l'environnement géographique. Etant donné que les mutuelles de santé sont largement fondées sur la confiance et la solidarité entre les membres en vue de minimiser les abus, il doit exister une relation de confiance entre les membres de la communauté. L'unité géographique est le fondement d'une cohésion sociale. Les membres d'une communauté vivant dans le même environnement géographique ont le plus souvent les mêmes traditions, les mêmes structures administratives et les mêmes prestataires.</p>

	<p>Selon Gueye/GRAIM les relations socioprofessionnelles ne créent pas un fondement suffisamment solide pour une structure de mutuelle de santé ; l'unité d'assurance doit être fondée sur l'environnement géographique.</p>
4.2.2	Association Socioculturelle ou Professionnelle
<p>Les associations existantes : Instruments pour la mobilisation et le contrôle social</p>	<p>Quel doit être le rôle des organisations socioculturelles et professionnelles existantes dans les mutuelles de santé ? Les associations existantes doivent-elles ajouter l'assurance maladie aux services qu'elles rendent ou aux activités qu'elles entreprennent ? Ou bien leur rôle doit-il se limiter uniquement au recrutement des membres, mais ne doit pas inclure la gestion du système ?</p> <p>Les associations existantes peuvent jouer divers rôles. Elles peuvent servir de point d'entrée pour le recrutement des membres dans le mouvement mutualiste et elle peuvent également assurer la gestion d'une partie de l'assurance maladie. Mais la prise de décision, la structure et la gestion des fonds doivent être la responsabilité des mutuelles de santé. L'association pourra aider à distribuer un produit de l'assurance régi par les règlements mutualistes et utiliser ses compétences et son système de dissémination. Elle ne doit ni gérer ni représenter la mutuelle.</p>
<p>Lien entre le concept d'épargne et l'assurance maladie</p>	<p>Le BIT/STEP propose l'introduction de l'assurance maladie par le biais des associations existantes. L'AFD nourrit beaucoup d'espoirs dans les relations entre les systèmes de crédit/épargne et les mutuelles d'assurance maladie. Cette approche semble être intéressante parce qu'elle permet d'utiliser la structure organisationnelle existante, les membres, et le savoir faire existant en gestion et administration financière. La structure de crédit/épargne est déjà gérée par un personnel qui dispose des compétences en administration et en gestion. Le projet GTZ/CEPRASS mutuelle de santé en Côte d'Ivoire a créé une relation avec une Coopérative de crédit et d'épargne d'envergure nationale, la «COOPEC» en vue de permettre aux membres qui ont souscrit à une assurance d'épargner de l'argent pour payer les cotisations d'assurance dans leur compte individuel. Le concept de l'épargne est lié à l'assurance maladie. Les crédits doivent être disponibles pour les dépenses en soins de santé qui ne sont pas prises en charge par la mutuelle de santé.</p>
<p>Les mutuelles de santé ont une dimension sociale</p>	<p>Les auteurs pensent que les mutuelles de santé ont une dimension sociale qui les différencie des autres associations et des structures de crédits et d'épargne qui ont été souvent créées dans le but d'en tirer des bénéfices. Les objectifs, le dynamisme social et les mandats sont différents.</p>
4.3	Responsabilisation des Membres
4.3.1	Aspects Spécifiques des Mutuelles
<p>Prévisions pour les maladies incertaines figurants en bas de la liste des priorités</p>	<p>Les mutuelles sont des organisations privées à but non lucratif qui visent principalement les populations du secteur informel. Elles fournissent une assurance aux populations qui vivent dans un contexte où les ressources sont rares en général. Les populations sont engagées dans des stratégies de survie journalier, où la santé constitue un problème parmi tant d'autres. Les prévisions pour les maladies incertaines figurent en bas de la liste des priorités. Le plus souvent, les revenus n'entrent pas dans le système bancaire.</p>
<p>La situation précaire des membres permet seulement un faible taux de cotisation</p>	<p>La situation précaire de la majorité des membres de la communauté fait que les mutuelles ne fonctionnent qu'avec des cotisations à un taux relativement faible. La mutuelle doit calculer ses coûts au niveau minimum pour atteindre des cotisations à</p>

<p>Difficile de maintenir la balance financière</p>	<p>taux faibles accessibles à la majorité de la population. La conséquence de cette situation est que, en réduisant les frais d'administration, la structure ne pourra pas recruter des gestionnaires professionnels et sera obligée de s'aider de bénévoles.</p> <p>Il est difficile de maintenir la balance financière. Même dans des conditions optimales d'administration, cette situation spéciale ne permet aucun comportement irrationnel ou abus des services de la part des assurés. La fraude et les abus déstabilisent rapidement la structure. L'impossibilité de retirer directement les cotisations sur les salaires via les comptes bancaires rend difficile la collection des cotisations, ce qui crée des retards fréquents ou des arrêts de paiement. L'autre problème rencontré est que la présence des bailleurs internationaux mène à des attentes trop élevées de la part des membres des mutuelles. Il est nécessaire de maîtriser les coûts dans tous les domaines. La combinaison de ces facteurs rend difficile la création d'une assurance dans le secteur informel.</p>
<p>4.3.2</p>	<p>Auto-Gouvernance</p>
<p>Responsabilité de la balance financière au niveau de la mutuelle</p>	<p>En vue de contrôler le comportement de risque moral des membres qui ont souscrit à l'assurance et celui du personnel de la santé, les membres doivent être responsabilisés. Représentés par les membres du conseil d'administration, ils doivent porter eux-mêmes le risque financier. La responsabilité de la balance financière de la mutuelle ne doit pas être placée ni sur une société d'assurance anonyme, ni sur le gouvernement ni sur un bailleur étranger. Lorsque les membres abusent des services ou lorsque les prestataires ont un comportement irresponsable et que le conseil d'administration de la mutuelle ne prend pas des mesures de correction, la structure fera faillite.</p> <p>Pour adhérer à une mutuelle, il est important de respecter ses principes. Les mutualistes doivent s'engager à respecter les règlements et doivent être conscients des responsabilités concernant leur comportement. Lorsqu'ils abusent du système, ils mettent en danger la viabilité de toute l'institution.</p>
<p>Avoir un bon fondement</p>	<p>Pour responsabiliser les membres, il est important d'avoir un bon fondement. Les membres doivent savoir que la mutuelle leur appartient et que leur participation dans la prise de décision déterminera si la mutuelle sera un succès ou un échec. Les promoteurs des mutuelles et les bailleurs fournissent seulement de l'assistance technique. La responsabilité de la mise en place et de la gestion de la mutuelle incombe au conseil d'administration et aux membres qu'ils représentent.</p>
<p>4.3.3</p>	<p>Appropriation des Concepts Mutualistes</p>
<p>Appropriation des concepts mutualistes</p>	<p>La décision finale des groupes communautaires et des individus en matière de création d'une mutuelle, et la prise de responsabilité pour le processus doit venir des populations elles-mêmes. Elles doivent sentir la nécessité d'avoir une mutuelle et prendre la décision de s'engager sérieusement, souvent bénévolement dans les activités, qui prendront leur temps et leur énergie. Les promoteurs pourront répandre l'idée de l'assurance maladie et par des activités de sensibilisation efficaces, susciter l'intérêt des populations cibles. Cependant, le développement des mutuelles ne peut être facilité que jusqu'à un certain niveau. Lorsqu'elle va trop loin, elle perd son dynamisme et sera contre-productive.</p>

<p>L'approche de bas en haut</p>	<p>La majorité des personnes interviewées pensent que l'approche de « bas en haut » est le seul moyen possible pour la mise en place des mutuelles de santé durables. L'approche de haut en bas a certains avantages, sa mise en place se fait vite et est efficace, mais sa durabilité constitue un problème dans le long terme. L'inconvénient de l'approche de bas en haut est que sa mise en place prend beaucoup de temps, par conséquent elle devient coûteuse. Les activités de sensibilisation prennent beaucoup de temps pour atteindre des résultats. Proverbes : «Vous ne pouvez coiffer quelqu'un en son absence», «Vous avez besoin de la présence du tailleur et du client pour qui la tenue sera confectionnée».</p>
<p>Les institutions créées doivent être fondées sur les besoins et les efforts des populations</p>	<p>Lorsque les populations ne sentent pas que la structure créée est basée sur leurs efforts et qu'elle constitue une réponse à leur besoins, les demandes pour une assistance étrangère sont plus importantes. Les expériences faites avec les coopératives indiquent qu'il faut beaucoup de temps pour que les populations s'approprient de nouvelles idées, par conséquent, les bailleurs ne doivent pas s'attendre à avoir des résultats dans l'immédiat. Ce n'est qu'à ces conditions que les mutuelles peuvent survivre.</p>
<p>Importance de la période d'attente</p>	<p>Dans la région de Thiès (Sénégal), les membres intéressés par la mise en place d'une nouvelle mutuelle ou ceux qui adhèrent à une structure qui existe déjà doivent prouver qu'ils sont vraiment intéressés et sérieux, en payant leur cotisation pendant 6 mois avant de bénéficier des avantages (Période d'attente). La coordination régionale CRMST pense qu'il est plus important d'avoir une période d'observation et d'avoir des gens vraiment engagés, afin d'éliminer ceux qui ne sont pas vraiment intéressés ou qui sont intéressés plutôt par l'argent que de progresser rapidement.</p>
<p>« Planter un arbre »</p>	<p>Selon un proverbe : « Lorsque vous plantez un arbre, vous ne pouvez pas immédiatement bénéficier de son ombrage ou de ses fruits. Il faut un temps pour l'arroser et en prendre soin ». L'organisation de promotion PROMUSAF offre une assistance technique complémentaire pour les nouvelles mutuelles dans ces conditions.</p>
<p>4.4 Compromis Technique et Social</p>	
<p>Equilibre entre les exigences économiques/techniques et les attentes de la communauté</p>	<p>La participation et la responsabilité des communautés dans les mutuelles est nécessaire pour le succès de l'assurance maladie dans le secteur informel. Lorsque la mutuelle satisfait seulement aux attentes de la population, il y a un risque pour qu'elle devienne dysfonctionnelle et inefficace. Par conséquent les soins de santé adéquats (evidence based health care) et les principes économiques doivent être intégrés dans la conception. Pour garantir une mutuelle économiquement stable, il faut arriver à un équilibre entre les attentes des membres et les exigences techniques de la mutuelle.</p>
<p>Assistance au processus</p>	<p>Les communautés ne devraient pas rester sans soutien pendant la phase de mise en place. Le contraire pourra signifier que les mêmes erreurs seront toujours répétées et les principes économiques essentiels ainsi que la perspective de santé publique seront perdus. Lorsque les associations expriment de véritables intérêts pour l'idée mutualiste et formulent des demandes d'assistance, il faudra mettre à leur disposition une sélection de mesures d'assistance technique adaptées aux conditions spécifiques d'une mutuelle.</p>

<p>Lien entre les cotisations et les bénéfices</p>	<p>Le concept le plus important à faire comprendre aux membres qui souscrivent à l'assurance est la relation qui existe entre les cotisations et les bénéfices. Dans un exercice public qui porte sur les coûts assurance, il faudra expliquer aux membres, la relation entre ce qu'ils contribuent à l'assurance et ce qu'ils auront comme bénéfices.</p>
<p>Scénario d'un exercice en direct sur les coûts assurance (comparaison dépenses - recettes)</p>	<p>Au cours d'un exercice en direct sur les coûts d'assurance, les membres doivent décider des services qu'ils aimeraient inclure dans leur paquet-bénéfices. Leur choix a des implications directes sur les cotisations et le niveau de co-paiement. S'ils veulent inclure plus de services dans l'assurance (exemple : soins de santé primaire, soins hospitaliers, transport d'urgence ou frais de médicaments), ils doivent payer plus de cotisations. Les gens doivent opérer des choix en toute liberté et en toute connaissance de cause. Lorsque tous les services sont inclus, les cotisations deviennent trop élevées. Les membres doivent apprendre à faire des choix et à avoir de priorités pour que les cotisations à payer soient accessibles. La communauté doit choisir entre les différentes options et être pleinement responsable des conséquences de sa décision.</p>
<p>Couscous: Avec une petite cuillère on ne peut servir qu'une petite quantité de nourriture</p>	<p>Villane (Dakar) utilise l'exemple suivant dans son argument :</p> <p>«Lorsque vous préparez du couscous, vous avez besoin d'une certaine quantité de grains et d'autres produits. Si vous voulez un petit plat de couscous, vous n'aurez besoin que d'une petite cuillère de couscous. Mais lorsque vous voulez manger du riz au poisson dans un grand plat, alors vous devez vous servir d'une grande cuillère avec les ingrédients nécessaires. Si vous voulez plus, alors vous donnez plus».</p> <p>Autres proverbes : «La mutualité est un équilibre entre ce que vous donnez et ce que vous prenez pour guérir les gens», «la mutualité est une boîte financière, vous devez savoir comment la gérer».</p>
<p>Conscience des limites financières</p>	<p>L'exercice permet aux membres d'être conscients des coûts, des conditions et en particulier des limites du système mutualiste. Il permet à tous les participants de ne pas s'attendre à des avantages venant des promoteurs et des bailleurs hormis ce qui a été accepté au niveau de l'assistance technique. Les fonds des bailleurs ne doivent pas intervenir dans le lien entre les cotisations et les bénéfices.</p>
<p>Paquet-bénéfices ou niveau de co-paiement aurait besoin d'être adapté</p>	<p>Les membres doivent être également informés du fait que les bénéfices accordés ne peuvent être garantis que si le comportement des adhérents ne change pas de façon radicale. Lorsque la fréquence des services rendus dépasse les prévisions, et lorsque les finances ne sont plus équilibrées, les bénéfices ou le niveau du co-paiement doivent être adaptés.</p>

4.5 Les Subventions et ses Implications

<p>Assistance Technique, mais pas de subvention des cotisations</p>	<p>La question des subventions comme moyens pour faciliter la mise en place du système des mutuelles d'assurance maladie est très pertinente. En Europe, des cotisations obligatoires pour le financement des systèmes d'assurance maladie des pauvres ou des chômeurs sont subventionnées ou directement payées par le gouvernement sous forme d'assistance sociale. L'état prend en charge la responsabilité de payer pour ceux qui ont peu de moyens ou qui ne sont pas en mesure de payer (Eisenblaetter, 2001).</p> <p>Dans le système mutualiste, les subventions sont accordées seulement sous forme d'assistance technique et non pas sous forme de subventions des cotisations. La question qui se pose est de savoir pourquoi les sociétés européennes riches sub-</p>
--	--

Faut-il organiser les mutuelles pour les pauvres?	<p>ventionnent les groupes défavorisés, alors que le système mutualiste conçu pour les pays pauvres ne permet pas de telles subventions?</p> <p>Marcadent est contre l'idée d'organiser des mutuelles basées uniquement sur les contributions des pauvres sous forme de «solidarité entre les pauvres». Il croit que les subventions sont nécessaires, même dans le long terme, parce que, les faibles revenus des groupes de populations cibles ne peuvent pas financer le fonctionnement d'un système d'assurance.</p>
Coûts de l'assistance technique sont élevés	<p>Les projets de mettre en place des mutuelles ont révélé que l'appui des bailleurs sous la forme d'assistance technique, de salaires pour le personnel technique, du financement des activités de formation, de la logistique, des infrastructures pourra facilement atteindre 70% et même plus du budget total des mutuelles. Les organisations de promotion et de financement avec un personnel expatrié absorbent une part encore plus grande du budget d'assistance (Projet GTZ : Projet de Recherche sur le Partage des Risques Maladies : PRIMA/Guinée, Centre International de Développement et de Recherche : CIDR/Guinée/Bénin).</p>
Techniciens coûtent excessivement cher comparé aux faibles revenus des populations	<p>Les subventions pour couvrir l'assistance technique sont absolument nécessaires étant donné le faible taux de revenus du groupe cible, comparé aux salaires des techniciens (comptables, formateurs, gestionnaires). Si les mutuelles devaient payer pour ces services sous la forme de consultants temporaires ou de personnel permanent, il n'y aurait plus suffisamment d'argent pour payer le paquet bénéfices (Weber).</p>
Consensus général sur la nécessité d'avoir des subventions	<p>Il existe un consensus général sur la nécessité d'avoir des subventions, mais les opinions sont différentes quant au niveau où la subvention doit intervenir.</p> <p>Le BIT en Argentine et la Banque Mondiale (BM) en Tanzanie utilisent le principe : «Nous allons ajouter à votre contribution l'équivalent du montant que vous contribuez.» Marcadent pense que les subventions peuvent encourager les populations à adhérer à la mutuelle. Lorsque les bailleurs doublent leur cotisation, les populations voient l'avantage immédiat et contribuent plus.</p>
Subvention des cotisations crée une démotivation	<p>L'expérience des subventions des cotisations telle que cela se passe au niveau du projet de la Banque Mondiale (BM) en Tanzanie s'est avérée décourageante (Atim). La multiplication par deux du montant payé par les membres, conçue pour être une motivation, a eu des effets négatifs. Les populations ont perçu la BM comme une organisation riche. Pourquoi n'a-t-elle pas payé la totalité des cotisations ? Bien qu'au départ la structure ait enregistré des succès considérables, elle a connu par la suite un taux élevé d'abandon.</p>
Il est dangereux de se fier aux subventions dans le système	<p>Il n'est pas prudent de subventionner les cotisations. Les mutuelles ne peuvent pas compter sur une assistance budgétaire considérable de la part des gouvernements de la sous-région. Il est par conséquent dangereux de se fier aux subventions dans le système. Les agences de promotion peuvent apporter l'assistance nécessaire dans la mise en place et le fonctionnement de la mutuelle, mais elle ne doit pas remplacer le paiement des cotisations des membres par le financement extérieur. Ceci retirera à la mutuelle l'élément important, la responsabilisation des membres.</p>
Les mutuelles ne constituent pas une solution aux problèmes de santé des pauvres	<p>Les mutuelles ont pour cible les populations du secteur informel qui ont des revenus. Le système n'est pas en mesure de prendre soin des pauvres. Lorsqu'un gouvernement poursuit l'objectif de soutenir des groupes défavorisés, il lui sera nécessaire de subventionner directement les cotisations (assistance sociale). Mais la forme de la subvention doit être bien conçue. Le fait d'attribuer beaucoup d'assistance sans aucune condition et sans une contribution des gens pourra créer une</p>

<p>Les capacités des populations doivent être utilisées avant l'apport des subventions</p>	<p>attitude de droit attiré chez les bénéficiaires et rendra difficile la collecte des cotisations chez les moins pauvres.</p> <p>Les capacités des populations doivent être utilisées avant l'apport des subventions Doyen Gueye (GRAIM) donna les recommandations suivantes aux bailleurs internationaux:</p> <p>«Des comportements selon lesquels les populations doivent attendre tout de l'extérieur doivent être systématiquement découragés. L'assistance externe doit être uniquement la continuation des efforts de la population locale. Les populations doivent clairement prouver qu'elles sont engagées à prendre en charge leur problèmes de santé. Lorsqu'elles arrivent à la limite de leurs moyens, en ce moment, les partenaires peuvent prendre le relai. Alors les partenaires peuvent leur offrir le peu que leur propres moyens ne leur à pas permis d'avoir»</p>
<p>4.6</p>	<p>Conception de Mutuelles Permettant leur Développement et leur Extension</p>
<p>4.6.1</p>	<p>Mise en Place de Mécanismes d'Adaptation Continue</p>
<p>Etre à la l'écoute des besoins des consommateurs, être ouvert à la clientèle</p>	<p>Il faut ajuster la conception d'une mutuelle pendant toute l'opération. Les prestations d'assurance (paquet – bénéfice) et le montant des co-paiements doivent être modifiés lorsqu'un déséquilibre financier survient. Des mécanismes de feed-back permettent une adaptation et un réglage continu. Il est nécessaire d'instaurer un dialogue régulier avec les membres. Des études réalisées sur les consommateurs peuvent produire de feed-back sur la performance.</p> <p>Pour garantir une viabilité financière, les structures doivent entreprendre des modifications importantes au niveau de la conception en vue de répondre de façon plus flexible aux besoins des membres. Des expériences ont prouvé que des structures, qui ont connu un succès, ont été conçues à travers un long processus de négociations (Bennet, 1998).</p>
<p>Activités continues de marketing et de communication</p>	<p>Des activités continues de marketing et de communication vers des communautés et des associations potentielles et vers les membres sont nécessaires pour maintenir l'intérêt dans l'utilité perçue des mutuelles et pour attirer de nouveaux membres.</p>
<p>4.6.2</p>	<p>Potentiels d'Extension</p>
	<p>Le système mutualiste n'est viable à long terme que si une large portion de la population peut en bénéficier. Les agences ne doivent pas mettre en place des mutuelles sans réfléchir à la possibilité d'étendre ses structures vers un plus grand système de solidarité. Des micro projets isolés avec des caractéristiques de conception uniques ont très peu de chance de servir comme fondement à un modèle qui pourra évoluer vers un réseau plus vaste de mutuelles. Il est alors nécessaire d'introduire un certain degré de standardisation des procédures financières et organisationnelles en vue de faciliter l'administration et d'avoir un fondement pour une extension facile.</p>
<p>4.6.3</p>	<p>Preparation à un Systeme de Sécurité Sociale Futur</p>
	<p>Les succès limités des mutuelles existantes ne doivent pas nous détourner de l'importance d'un système de sécurité sociale plus large à l'avenir.</p>

Sensibilisation, renforcement des capacités de gestion	L'étape des micro-expériences est nécessaire pour familiariser la population avec le concept d'assurance maladie. Les principes de l'assurance et ses implications sur le comportement personnel doivent être bien compris. La mise en place progressive d'un système mutualiste aide à renforcer les capacités de l'état dans l'organisation et la régulation du secteur. Les ressources humaines capables de gérer l'assurance sur le plan central, régional et local doivent être formées. Les mutuelles peuvent constituer le terrain favorable pour former le personnel technique, qui aura à gérer un système national de sécurité sociale plus tard. Il est nécessaire d'avoir un nombre suffisant de gestionnaires formés qui maîtrisent les problèmes et les pièges quotidiens dans la gestion du système assurance maladie. Du temps et des efforts sont nécessaires pour améliorer les conditions de soins de santé de qualité. Les mutuelles existantes peuvent fournir des expériences pratiques et préparer la société civile à prendre en charge le processus. À long terme l'introduction d'un système obligatoire d'assurance maladie est probablement nécessaire dans les 10 à 20 ans à venir.
4.7	Pertinence des Principes Fondamentaux pour les Approches Mutualistes

Table 3: Matrice

	Principes Fondamentaux	Modèle de Projet Pilote	Agence Gouvernementale	Coordination Régionale (CRMST)	Agence Technique (UTM)	Modèle de Co-Développement	Approche Entrepreneuriale (CHIC)
1.	Indépendance vis-à-vis-à-vis du Gouvernement	+	-	+++	++	++	++
2.	Identité géographique et socioculturelle	++	0	++	+	+	+
3.	Responsabilisation des membres	++	+	+++	+	+	++
4.	Compromis technique et social	+	+	+	++	+	++
5.	Subventions uniquement pour l'assistance technique	+	+	+	+	+	+
6.	Conception de mutuelles permettant leur développement et leur extension	-	0	+	++	+	+++

Barème d'évaluation :

- aucun lien, 0 indifférent, + lien, ++ d'avantage de lien, +++ lien élevé

5. Recommandations pour le Développement de Mutuelles

	<p>Les dépositions de cette étude furent comparées aux recommandations tirées des révisions des mutuelles existantes. Atim (1998) les nomma "les conceptions recommandées de mutuelles (recommended design features), Bennet et Creese (1998), "conception appropriée" (appropriate design). Bennet résuma le dilemme des recommandations en disant que de nombreux systèmes échoués commirent de erreurs prévisibles, qui devinrent évidentes par la suite, mais qui ne furent pas évidentes pour les personnes chargées de mise en place des mutuelles. Certaines conceptions recommandées devraient être clairement pris en compte afin de garantir un succès. Mais ceci ne signifie nullement qu'une formule standard puisse être appliquée partout, en raison des environnements sociaux différents, de la qualité du prestataire existant et des systèmes de santé.</p> <p>Diverses conceptions seront appropriées à différents contextes, se rapportant à différents problèmes. La réussite de la conception initiale est importante, mais l'adaptation, lorsqu'une situation change, est encore plus importante (Bennet, 1998). Les auteurs conclurent les recommandations suivantes concernant le processus de mise en place, la sensibilisation aux activités, la gestion et le système d'administration.</p>
5.1	Processus de Mise en Place
5.1.1	Conditions Primordiales Nécessaires/Souhaitables
<p>Taille minimum de la population</p> <p>Environnement économique conducteur</p> <p>Cohésion sociale et liens de solidarité</p> <p>Environnement socio-politique favorable</p>	<p>Cibler l'intervention dans des conditions plus favorables</p> <p>Une taille minimum de la population de la région ciblée devrait offrir la possibilité d'obtenir un nombre suffisant de membres qui puisse couvrir les coûts. Les régions isolées, peu peuplées et éloignées des institutions de santé et des centres administratifs rendent l'implantation de mutuelle plus difficile.</p> <p>Un environnement économique conducteur est nécessaire pour rendre les membres de la communauté en mesure de verser les primes régulièrement. Des programmes de développement économique de la communauté en place dans la région, offrant l'opportunité de générer des revenus (projets agricoles, artisanaux, de micro crédit) peuvent aider à assurer un minimum de contribution.</p> <p>Une cohésion sociale au sein de la communauté et des liens de solidarité existants entre membres du groupe cible sont des conditions primordiales, afin que les personnes acceptent le principe du partage des risques. Les bénéficiaires ultérieurs des mutuelles devront avoir confiance en chacun d'entre eux et vouloir apporter ensemble une solution au problème de l'accès aux soins de santé. Les communautés devront s'intéresser à l'assurance maladie. Les groupes sociaux et les organisations existantes facilitent la sensibilisation et le processus de mise en place (appropriation, accepter sa responsabilité dans le système).</p> <p>Le soutien politique de dirigeants de communauté, le soutien institutionnel des autorités politiques locales et de l'administration locale de santé sont d'une importance cruciale. Le gouvernement devrait mettre en place un cadre législatif afin de pouvoir réguler le développement des mutuelles, faisant référence aux expériences du pays. Un programme mené pour la promotion de mutuelles, qui serait organisé par le gouvernement, serait utile. Ce programme comprendrait la sensibilisation du personnel de la santé à l'égard de l'assurance maladie et renforcerait la compétence gestionnaire des prestataires. Le gouvernement doit établir des conditions essentielles aptes à améliorer la qualité des soins fournis par les institutions de santé gouvernementales, qui sont des partenaires potentiels pour des relations contractuelles avec les mutuelles.</p>

<p>Coopération avec les prestataires</p> <p>Système de soins de santé décentralisé en tant que condition primordiale</p> <p>Agences de promotion compétentes et fiables</p>	<p>Les institutions de santé conventionnées doivent avoir la confiance de la population. Les prestataires et les mutuelles doivent se considérer réciproquement comme partenaires de négociation. Les contrats devraient stipuler les aspects de la qualité des soins, qui, en cas de violation, peuvent entraîner des sanctions. Les prestataires doivent accepter leur rôle au sujet de la qualité des soins, en suivant les protocoles de traitement et en acceptant le droit de monitoring d'une tierce institution.</p> <p>Seulement un véritable système de soins de santé décentralisé peut offrir l'opportunité aux institutions de santé locales d'adapter leur gamme de services, la qualité des soins et la gestion aux besoins locaux.</p> <p>L'agence de promotion, qui guide et suit le processus, devrait jouir de la confiance de la population. Elle devrait avoir des leaders de renommée, à compétence technique confirmée dans les interventions déjà menées en faveur du développement de la communauté.</p>
<p>5.1.2</p>	<p>Activités de Prise de Conscience</p>
<p>Processus de consultation et de participation d 'acteurs</p> <p>Étude socioculturelle: développer une argumentation convaincante</p> <p>Eviter les malentendus ou la mauvais information</p> <p>Faire prendre conscience aux personnes des réalités et leur faire accepter les conséquences</p>	<p>Étude participative de faisabilité</p> <p>De vastes études coûteuses de faisabilité sont moins importantes pour obtenir des données techniques détaillées. Les données techniques spécifiques peuvent être tirées d'autres études menées dans des régions à contexte économique similaire. L'objectif principal des études de faisabilité, quand celles-ci sont nécessaires, est de trouver les acteurs principaux et d'informer et d'associer ces groupes importants au processus de prise de conscience et de promotion de mutuelles.</p> <p>Une étude socioculturelle serai utile, qui analyse la perception des problèmes de la santé par la population, des pratiques culturelles qui relèvent de la maladie et les tabous traditionnels et religieux (par exemple malheur à celui qui se protège de la maladie). Les connaissances des particularités socioculturelles est nécessaire pour développer un argumentaire approprié au processus de sensibilisation, en particulier apte à argumenter contre les pré-conceptions culturelles ressenties à l'égard de l'assurance maladie.</p> <p>Les consommateurs devraient être consultés au cours de la mise en place, afin de favoriser l'acceptation du système mutualiste et d'assurer que les mutuelles offrent des paquets-bénéfices qui couvrent les besoins de santé perçus et qui tiennent compte des valeurs culturelles de la population. Toute explication devrait être donnée, afin de se protéger de malentendus au sujet de l'assurance maladie. Les potentiels et les limites des mutuelles devraient être expliqués de manière réaliste.</p> <p>Appropriation/ rendre les membres responsables</p> <p>Le processus de participation du processus de sensibilisation est utile pour faire prendre conscience aux personnes des réalités et est un outil indispensable pour aider les communautés à accepter les conséquences résultantes du système mutualiste. Les communautés doivent acquérir la propriété du processus et être tenues pour responsables par le promoteur. Le lien entre les cotisations et le paquet-bénéfices, rend les mutualistes responsables de leur comportement.</p>

5.2	Participation des Membres à la Gestion
<p>Transparence/ responsabilité, participation démocratique au système d'assurance</p>	<p>La confiance est particulièrement importante pour le système mutualiste. Les membres accepteront plus facilement les décisions prises par les gérants d'une mutuelle, s'ils font confiance au système. Les mutuelles doivent maintenir des dialogues réguliers avec leurs membres et assurer une transparence de la gestion. La participation démocratique et la responsabilité doivent être des caractéristiques primordiales du système. Afin de maintenir la motivation et d'éviter les malentendus, des meetings réguliers devraient être organisés pour communiquer des résultats, suggérer des améliorations et renforcer les relations entre les membres. Des rapports financiers réguliers et précis devraient être distribués. Pour cela on devrait avoir recours à un langage non-technique pour les documents et les rapports de ces meetings, de sorte que tout membre puisse comprendre et participer aux discussions (Bennet, 1998).</p>
5.3	Système de Gestion et d'Administration
5.3.1	Système d'Administration Basé sur le Bénévolat
<p>Limites du bénévolat</p> <p>Responsabilité au niveau de la mutuelle</p> <p>La direction du système (gouvernance), le contrôle, la responsabilité du risque restent au niveau de la mutuelle</p>	<p>Malgré la connaissance des limites et des problèmes avec les gérants bénévoles, il n'existe aucune autre possibilité pour de petites mutuelles que d'avoir des dirigeants bénévoles. Des représentants élus, qui ont avant tout un rôle représentatif et décideur (membres de la commission de gestion) ne peuvent pas, par définition, être rémunérés pour leur travail effectué. Les gérants mutualistes doivent être en mesure d'administrer les membres et les prestations, gérer la comptabilité et le budget, faire du marketing et mener des activités de communication. Ces activités devraient être compensées, à court terme, par des motivations financières ou autres provisions et, à long terme, être reconnues financièrement, en établissant soit des salaires fixes soit payer d'autres provisions selon la charge de travail.</p> <p>L'expérience a montré que les managers bénévoles mutualistes ne peuvent pas toujours être formés d'une manière optimale. Ces managers sont souvent mal préparés à gérer la comptabilité de la mutuelle de manière saine et fiable et à être capable d'analyser la situation financière.</p> <p>Les managers mutualistes ne peuvent consacrer qu'une partie de leur temps au bénévolat. Les activités très techniques et qui prennent beaucoup de temps ne devraient pas faire partie du travail quotidien de managers élus. Les leaders et les gérants de mutuelles ne sont pas censés tout savoir, mais ils doivent être en position d'évaluer et de prendre en considération le travail du personnel technique dans leurs décisions. Les gérants mutualistes peuvent effectuer des activités de gestion simples, telles que la collecte des cotisations et l'administration, le contrôle social, le marketing et les activités de sensibilisation.</p> <p>La délégation potentielle des tâches administratives ne change pas le fait déterminant que chaque membre de l'assurance ou leurs représentants délégués doivent maintenir la responsabilité par rapport aux prestataires. La direction du système (gouvernance), le contrôle et la responsabilité du risque (la prise de décision) restent au niveau de la mutuelle. Les décisions de gestion importantes peuvent être prises uniquement par les gérants mutualistes élus. En conséquence, les dirigeants mutualistes doivent être préparés et formés pour contrôler la gestion. Grâce à leur rôle important, ils devraient avoir l'opportunité de créer un statut social afin de renforcer leur standing social au sein des membres du groupe cible.</p>

	<p>les mécanismes solidaires existants et la capacité de gestion existante au sein du groupe peuvent être utilisés. L'unité de base de l'assurance maladie devrait reposer sur l'identité géographique (le village ou le quartier citadin) ou socioculturelle/professionnelle.</p> <p>L'ONG française CIDR propose un groupement comme unité de base de souscription d'au moins 4 familles qui réunissent ensemble les cotisations.</p>
5.4.2	Fixation et Collecte de Cotisations
<p>Périodicité/fréquence du paiement des cotisations</p> <p>Collecte des cotisations</p> <p>Renforcement strict des règles</p> <p>Période d'inscription ouverte annuelle</p>	<p>Le niveau des cotisations et des bénéficiaires correspondants, que peuvent financer les cotisations versées par les membres, devrait être fixé au cours d'un exercice en direct sur les des coûts assurance. Les membres devraient être en mesure de payer et accepter le niveau des cotisations.</p> <p>La fréquence du paiement des cotisations devrait correspondre aux périodes de solvabilité en espèces, prenant compte des variations saisonnières du revenu.</p> <p>La collecte des cotisations devrait s'approcher le plus possible de l'endroit où sont distribués les revenus (par exemple coopérative agricole, association de chauffeurs de taxi, crédit-épargne). Il peut être très utile de s'appuyer sur des structures organisationnelles existantes, qui peuvent être rendues responsables de la collecte des cotisations de la totalité du groupe.</p> <p>Les membres devraient prendre conscience du fait qu'ils n'auront pas accès aux bénéficiaires de l'assurance maladie, si le paiement de leurs primes n'est pas à jour.</p> <p>Une période d'inscription ouverte annuelle à période d'attente définie est préférable à une période de collecte des primes fixe, qui limite l'adhésion au système pour la durée d'un an après le jour de fermeture. Il est important de ne pas surcharger le travail des managers mutualistes, qui sont responsables de la collecte des primes.</p>
5.4.3	Paquet-Bénéfices
<p>Les paquets-bénéfices devraient être pertinents et transparents pour les membres</p>	<p>Assurer les risques catastrophiques est, sur le plan technique, la réponse la mieux appropriée au problème vital de l'accès aux soins hospitaliers (besoin financier). L'hospitalisation des membres de famille et le coût du transport d'urgence sont souvent inaccessibles et représentent une menace réelle à l'équilibre financier des ménages. L'inconvénient des paquets-bénéfices qui donnent priorité aux risques catastrophiques est sa faible visibilité. Une communication efficace est nécessaire pour maintenir l'intérêt des membres.</p> <p>Il existe une solution intermédiaire dans le cas où les risques catastrophiques sont assurés. C'est d'ajouter plus de services fréquents tels que l'hospitalisation en centre de santé, les accouchements et d'autres services spécifiques considérés comme prioritaires par la population cible.</p> <p>Pour des raisons de santé publique, les Soins de Santé Primaire (SSP) devraient être inclus dans le paquet-bénéfices, afin d'éviter l'aggravation de la maladie et l'augmentation des coûts santé qui en résulte.</p>

Feuilles maladie

Dans certains cas, les feuilles maladie peuvent représenter un avantage. Les bénéficiaires pourraient faire signer leur feuille maladie par les représentants des mutuelles, avant d'avoir le droit d'accéder aux soins médicaux, afin de décourager l'abus.

Circulaires menées

Des circulaires menées par les prestataires et les patients, qui contiennent des informations sur les services rendus et les charges des services, devraient être identiques, avant que ne soit versé le paiement des prestataires. L'inconvénient d'une telle mesure est que cela exige une charge bureaucratique supplémentaire pour les patients et les administrateurs.

Contrôle social essentiel

La caractéristique principale du contrôle social au sein des mutuelles devrait être retenue. Tous les membres sont responsables du comportement des autres membres. L'abus de services d'un individu nuit aux autres.

Techniques de Gestion du Risque (Outils)

Les outils de gestion du risque suivants sont utiles aux trois termes suivants:

Sélection adverse

Pour éviter la sélection adverse, il faut impérativement introduire l'adhésion obligatoire de famille ou une adhésion de groupe.

Risque Moral

Le risque d'abus de recours aux services santé pourraient être minimisés par la référence obligatoire aux services au-delà des Services de Santé Primaire (SSP). Les membres devraient participer aux frais de santé par le biais des co-paiements (ticket modérateur). Plafonner les bénéficiaires couverts par l'assurance est une autre sauvegarde importante.

Augmentation des Coûts

Les décisions les plus importantes prises pour éviter une augmentation des coûts se font au cours de la conception du système.

Le mécanisme de paiement des prestataires est un des outils disponibles en vue de contrôler l'expansion des coûts dans le système mutualiste.

Le paiement forfaitaire (par capitation) est le mécanisme de paiement de prestataires recommandé. Les prestataires sont payés par assuré et par unité de temps, sans prendre en considération s'ils sollicitent ou non des soins médicaux. Sinon le système de paiement par épisode de maladie est préférable au paiement par l'acte.

Ces mécanismes réduisent la tendance des prestataires à augmenter les coûts. La politique de médicaments essentiels et génériques doit être intégrée aux accords convenus avec les prestataires. Ceci peut inclure l'utilisation des protocoles de traitement standards et de formulaires de médicaments. Une bonne supervision du personnel des institutions conventionnées par l'administration de santé est importante.

Système de contrôle et d'évaluation

Un système de gestion de l'information fonctionnel (MIS) est nécessaire pour suivre les statistiques sur l'utilisation et la performance financière. Des indicateurs offrent l'opportunité aux gérants mutualistes d'avoir une information permanente sur la viabilité financière du système.

Délégation des données saisies à un niveau supérieur

La collecte des données devrait être effectuée au niveau de la mutuelle, mais la combinaison et l'interprétation des différentes valeurs devraient être déléguées à un autre niveau supérieur qui bénéficierait de l'accès à un logiciel de statistiques et comptabilité. Il est particulièrement important de contrôler l'augmentation de la consommation, afin de garder le contrôle des dépenses et des coûts des prestations santé. C'est pour cela que les indicateurs financiers et relatifs à l'utilisation devraient

<p>Contrôler le caractère approprié des soins de santé</p>	<p>être mis à jour de manière quotidienne (et transmis à une agence de soutien). Les indicateurs de performance financière reflètent l'efficacité administrative et devraient être rendus publics à l'aide de comptes rendus et de rapports annuels financiers.</p> <p>Contrôle des Prestations Santé Adéquates</p> <p>Contrôler si les prestations santé ou les coûts du système sont adéquats, et la satisfaction des consommateurs est importante pour assurer que les soins conventionnés sont attractifs et pour garder le contrôle des coûts (Atim, 1998). Les mécanismes de contrôle et d'audit en vue de surveiller des prestations efficaces et la qualité des soins exigent une expertise médicale qui se situerait au-delà du niveau des systèmes mutualistes. Seul le personnel médical peut faire contrôler la qualité des prestations santé. Les gérants de l'assurance maladie ne sont pas qualifiés pour évaluer la qualité des soins fournis aux membres de l'assurance.</p>
<p>5.4.6</p>	<p>Administration Financière/Gestion du Fonds</p>
<p>Gestion du fonds d'investissement</p>	<p>En général, les systèmes devraient considérer les stratégies efficaces favorables à l'investissement de leur fonds, afin de se protéger de la perte de valeur (par exemple la haute inflation). Ceci pourrait offrir l'opportunité de générer des revenus supplémentaires. L'inconvénient de l'investissement, c'est qu'il contient le risque de sérieuses pertes financières (par exemple la mauvaise gestion ou la corruption du système bancaire).</p> <p>Des procédures de comptabilité et d'information et des réglementations pour procédures relatives à la gestion de fonds deviendront plus standardisées dans le concept entrepreneur proposé. L'administration financière plus compliquée pourra être déléguée au niveau supérieur du Centre de Compétence pour Assurance Maladie (CHIC), telle que les planifications budgétaires, le suivi des indicateurs financiers et la gestion financière.</p>

1. Action Concertation (2000). Inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du centre, Travaux de recherche dans onze pays d'Afrique de l'Ouest et du centre: Dakar. Concertation entre acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest (WSM/ANMC, BIT/STEP, GTZ Assurance maladie, PHR, AIM).
2. Atim C. (1998). The contribution of mutual health organizations to financing, delivery and access to health care: Synthesis of research in nine west african countries. Bethesda: Partnership for Health Reform project. Abt. Associates Inc.
3. Bationo F. (2001). Approche culturelle de la mutualité au Burkina Faso. In: ANMC Documentation. An International Partnership: From dream to reality? International Colloquium; June 21 – 22; Brussels
4. Bennet S, Creese A, Monasch R. (1998). Health Insurance Schemes for People outside Formal Sector Employment. Current Concerns Series Geneva: World Health Organisation.
5. BIT - STEP Afrique (2000). Etude de Faisabilité Participative. In Actes du Forum. Courrier de la Concertation. Special Forum 2000, Dakar, Sept 26 – 28. Dakar: Concertation entre les acteurs du développement de Mutuelles de Santé en Afrique de l'Ouest et du Centre
6. BIT - STEP Afrique (2001). Guide en gestion administrative et financière des mutuelles de santé, Dakar : ILO
7. BIT - STEP/ CIDR (2001). Guide de Suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé ; Genève: Bureau International de Travail/ Centre International de Développement et de Recherche.
8. Brouillet P, Letourmy A. (2000). Evaluation du Projet FAC: Appui au Développement de la Mutualité au Mali. Paris: Ministère des Affaires Etrangères. Direction Generale de la Co-operation Internationale et du Développement DCT/HS.
9. Carrin G, Desmet M, Basaza R. (2000). Social health insurance development in low-income developing countries: new roles for government and Non-profit health insurance organisations. Geneva: World Health Organisation
10. CEFE (2000). The Manual for Trainers, GTZ, Eschborn
11. CIDR (1997). Mise en Place de mutuelles de santé en Guinée Forestière; Programme de trois ans. Autrèche: Centre International de Développement et de Recherche. Unpublished Document.
12. Criel B. (1998). District-Based Health Insurance in Sub-Saharan Africa. Antwerpen: Institut voor Tropische Geneeskunde (ITG).
13. Criel B. (1999). Le projet PRIMA – a research project on the design and the development of mutual health organizations in Guinea-Conakry. In: Koecher, D. Nkumbe, H. editors, Minutes of the 10th Summer-Seminar of the GTZ Health Section; June 15-17; Eschborn.
14. Criel B. (2000). Local health insurance systems in developing countries: a policy research paper. Antwerpen: Institut voor Tropische Geneeskunde (ITG).
15. Cripps G, Edmond J. (2000). Guide to Designing and Managing Community – based Health Financing Schemes in East and Southern Africa, Partnership for Health Reform (PHR).
16. Eisenblaetter, Hohmann J, Weber A. (2001). Globalisierung und Soziale Gerechtigkeit. Eschborn: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit.
17. Galland B. (1998). Quelques questions relatives au développement des mutuelles de santé en Afrique. In: documentation Atelier CIDEF; Mai 1998. Unpublished Paper.
18. Gilson, L. (1997). The lesson of user fee experience. Review paper. Health Policy and Planning, Vol. 2, No. 4, pp. 273-285.
19. Haddad S., Fournier P., et al. (1998). What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea. Social Science and Medicine, Vol. 47, No. 3, pp. 381-394.
20. Hoffmann-Kuehn M. (1999). Community Based health Financing and Management. Summary report of a Regional Conference, Kampala/Uganda, November 1998. Bonn: Evangelischer Entwicklungsdienst (EED). Unpublished document.
21. Hohmann J., Diallo A., Reinhard K. (1999). Evaluation de PRIMA. Eschborn. Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ). Unpublished document.
22. Hohmann J., Weber A., Herzog C., Criel B. (2000). InfoSure: Evaluation Methodology and Information System. Eschborn: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)
23. Hôpital Regional de Diourbel/HRD (2001). Promotion des mutuelles de santé dans la région de Diourbel. Rapport de l'étude de faisabilité technique et financière. Diourbel/Dakar.
24. ILO. (1999). Health Micro-Insurance: The Abidjan Platform, Strategies to support mutual Health organisations in Africa. Geneva: International Labour Organisation.
25. Juetting J. (1999). Strengthening Social Security Systems in Rural Areas of Developing Countries. ZEF Discussion Papers On Development Policy. Bonn: Zentrum für Entwicklungsforschung.
26. Knippenberg R., Alihonou E. et al. (1997). Eight Years of Bamako Initiative Implementation. Children in the Tropics, No.229/230 pp.1-96.

27. Knippenberg R., Soucat A., et al (1997). The Bamako Initiative in Benin and Guinea. *International Journal of Health Planning and Management*, Vol 12., Suppl.1: 1-172
28. Kutzin J. (1997). Experience with organizational and financial reform of the health sector. Division of analysis, research and assessment. Current concerns. ARA paper number 8. Geneva: World Health Organisation.
29. Letourmy A. (2000). La demarche d'appui aux mutuelles de Santé: Retour d'expériences. Paris: Reseau RAMUS. In press.
30. MAE. (2000). Etude sur l'extension des assurances sociales obligatoires au risque maladie dans les pays de la zone de solidarité prioritaire. Paris: Ministère des Affaires Etrangères. Direction Générale de la Co-operation Internationale et du Développement DCT/HS. Credes.
31. Marx M. (1995), The health system, the national EPI/PHC/ED-Programme, The health District of Kissidougou, Heidelberg: Department of Tropical Hygiene and Public Health, MSc Course, Unpublished report.
32. McPake B., Asimwe D., Mwesigye F. et al. (1999). Informal economic activities of Public Health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. *Soc. Sci. Med.* Vol.49. pp. 849-865.
33. MSP (1997). Services Statistiques-Etudes Informations Sanitaires (SSEI) Annuaire des statistiques sanitaires, Conakry: Ministère de la Santé Publique Guinée. Unpublished report.
34. Notermann J.P., Criel B., Kegels G., Isu K. (1995). A prepayment scheme for hospital care in the Masisi district in Zaire: A critical evaluation. *Soc. Sci. Med.*, Vol. 40., No. 7., pp. 919-930.
35. Peters D., Kandola K., Elmendorf A.E., Chellaraj G. (1999). Health Expenditures, Services, and Outcomes in Africa: Basic Data and Cross-National Comparisons 1990 – 1996. Health, Nutrition and Publication Series. Washington: The World Bank Group.
36. Platteau J.-P. (1997). Mutual Insurance as an Elusive Concept in Traditional Rural communities. *The Journal of Development studies*, Vol.33, No.6., August 1997, pp.764-796.
37. Rocque M., Galland B. (1995). Le problème de l'équité et de l'accès à la santé pour tous: Etude sur l'identification et la prise en charge des situations de grande precarité en Guinée (Préfecture de Kissidougou). Autreche: Centre International de Développement et de la Recherche (CIDR), Unpublished report.
38. Roenen C., Ferrinho P., et al. (1997). How African Doctors make ends meet: an Exploration, *Tropical medicine and International Health*. Vol: 2, No.2.
39. Sylla B., Barry A. (1999). Rapport sur la Mise en Oeuvre des Tests du Modèle dans la Zone PSR (1998 – 1999). Kissidougou: Projet de Recherche sur le Partage des Risques maladies. Unpublished report.
40. Van Ginneken W. (1997). Social security for the informal sector: Issues, options and tasks ahead (working paper). Geneva: International Labour Organisation.
41. Van Ginneken W. (2000). Health Insurance for workers in the informal economy: Exploring the potential of Micro-Insurance Schemes. Geneva: International Labour Organisation.
42. Von Roenne F., Camara G. (2000). L'économie du CS Yende, GTZ/Projet Santé Rurale. Kissidougou: Unpublished report.
43. Yi, G. (1998). Peoples attitudes and perceptions of risk sharing and their attitudes towards the implementation of health insurance schemes. Master Thesis. Institute of Tropical Hygiene and Public Health. Heidelberg: University of Heidelberg.

Adhésion	Droit d'entrée donnant la qualité de membre de la mutuelle d'assurance maladie.
Assurance maladie d'État	Un système d'assurance maladie où les employés et leurs membres sont obligés par la loi de contribuer.
Assurance maladie et sécurité sociale	<p>Si un système est financé par des cotisations obligatoires mandatées par la loi et si les provisions du systèmes sont spécifiées par un statut légal, il s'agit alors d'un plan du gouvernement ou d'une assurance maladie sociale.</p> <p>Histoire: Le travail pionnier en matière de législation sociale fut initié dans les années 1880 en Allemagne, afin de couvrir l'assurance maladie et accident et les retraites des ouvriers et des employés, l'assurance minière, etc. De nos jours près de 90 pour cent de la population des pays européens est couverte par une assurance maladie obligatoire.</p>
Assurance maladie	Système de financement en avance des dépenses médicales à l'aide de cotisations ou de taxes versées, qui sont réunies dans un fonds commun en vue de payer tous les services ou une partie des services précisés par la police d'assurance ou par la loi (système mutualiste : le paquet-bénéfices décidé par l'assemble générale de la mutuelle). Les éléments -clés de l'assurance maladie sont les paiements en avance des cotisations ou des taxes, le pooling de fonds et l'éligibilité de prestations sur la base de cotisations ou d'un emploi sans revenu ou de tests de l'actif. L'assurance maladie fait appel à une gamme de soins médicaux limités ou vastes et fournit un paiement partiel ou complet des coûts engendrés par des soins particuliers. Les prestations sont constituées du droit à certains soins médicaux ou du remboursement de coûts médicaux spécifiques pour l'assuré.
Assurance obligatoire	La population ou les membres d'une entreprise sont obligés par la loi de devenir membres d'une assurance maladie.
Assurance	Mécanisme de prévoyance financière des risques, sous la forme d'un contrat, qui repose sur une cotisation donnant le droit à une protection contre le risque sélectionné.
Augmentation des coûts	Avec la collision de patients assurés, les prestataires sont souvent tentés de fournir un excès de services, sachant que le système payera la facture.
Bénéfice de l'assurance	Une prestation de santé prise en charge par l'assurance dans le cas de l'assurance maladie.
Capitation	Une méthode de remboursement qui donne au prestataire une somme fixe par personne, sans prise en compte de l'ampleur des prestations rendues.
Cotisation relative au revenu	Somme d'argent à verser en proportion au revenu.
Coopérative	Une organisation qui appartient à une société de personnes ou un groupe de personnes dont l'objectif n'est pas de faire profit mais d'offrir des services aux membres.
Co-paiement (Ticket modérateur)	Les membres de l'assurance sont contraints de payer eux-mêmes une petite part des charges de soins de santé, de sorte que l'abus des services soit découragé. La plus grande part des charges est couverte par l'assurance. Par exemple, pour chaque visite effectuée dans une institution de santé, un membre sera appelé à verser une certaine somme, sans prendre en considération les dépenses des services rendus. Ou encore, pour chaque prescription de médicaments et de traitements, le membre devra payer un montant.
Cotisation	Pour l'assurance, la somme versée par un membre afin de conserver l'assurance et ainsi de recevoir une protection continue de l'assurance.

Couverture	Le pourcentage de la population qui bénéficie de l'assurance maladie.
Dépenses couvertes	En matière d'assurance maladie, remboursement des dépenses médicalement nécessaires pour un assuré, comme définies dans le paquet bénéfiques (par exemple traitement au niveau d'un centre de santé, médicaments, hospitalisation dans certaines conditions, examens para-cliniques, etc.)
Équité	Avoir un accès juste (géographique et financier) aux institutions de santé et aux services existants.
Exclusion des services santé	Certaines parties de la population sont exclues des soins médicaux parce que les ménages ne sont pas en mesure de payer les soins médicaux (exclusion permanente). Tantôt un groupe peut subir une exclusion temporaire au cours d'une certaine période de l'année, si les ménages subissent une baisse du revenu importante (exclusion temporaire).
Exemption	L'exemption du paiement de primes d'assurance, soit de manière partielle soit de manière complète, généralement attribuée dans des cas particuliers de nature économique ou sociale tels que le faible revenu (membres de la pauvre communauté/indigents).
Fraude et abus	Des individus non-attribés aux services prennent l'identité des personnes attribées aux bénéfiques sans payer ses bénéfiques. Un système effectif d'identification devrait être mis en place afin d'éviter les risques.
Groupe d'assurance maladie	Un seul contrat qui couvre un groupe d'individus (tels que des membres ou des employés) et les personnes à leur charge. A chaque membre du groupe est attribué le même titre de bénéfiques.
Management du risque	Une discipline de management dont le but est de protéger les biens et les profits d'une organisation prévoyant le potentiel de perte avant son apparition.
Morbidité	L'apparition et la sévérité d'une maladie dans une ou des tranches bien définies de personnes.
Mutuelle de santé	Assureur à but non-lucratif, détenu et géré par les membres et financé par leurs cotisations, afin de fournir des bénéfiques en cas de maladie etc. (définis dans le paquet - bénéfiques).
Paiement sur la base de facture par service	La rémunération d'un médecin/ infirmier par un système d'assurance maladie selon le nombre de consultations/ traitements (paiement à l'acte ou par épisode de maladie). => capitation.
Paquet bénéfiques	Ensemble de bénéfiques offert à un assuré pour qui la mutuelle a reçu des primes.
Partage du risque	Le partage du risque est n'importe quel système qui permet aux payeurs (patients) de partager une partie du risque financier (de maladie et d'évènements catastrophiques).
Patient externe	Patient de passage en hôpital pour un traitement mineur, une consultation, un conseil, etc., mais qui n'est pas admis en hôpital.
Patient interne	Un patient résidant dans une institution médicale qui a accompli la procédure complète d'admission en hôpital et qui occupe un lit dans la section des patients internes.

Période d'attente ou temps de latence	Une période pendant laquelle aucun bénéficiaire n'est payé. Ceci permet d'éviter que les gens n'adhèrent à l'assurance lorsqu'ils tombent malades (d'habitude de 3 à 6 mois).
Plafond de la couverture de bénéficiaires	L'assurance impose un plafond au coût total des factures des soins de santé ou des bénéficiaires par personnes qui sera payé. La durée totale de la couverture d'un séjour en hôpital est limité à un certain nombre de jours.
Pooling du risque	Processus qui permet aux personnes de contribuer à un fonds général qui leur garantit un remboursement en cas de besoin. Ceci est la base de tous les fonds d'assurance. Les coûts engendrés par la maladie sont alors partagés entre les membres du fonds (ainsi les risques forment un pool).
Prestataire	Une organisation qui fournit des soins de santé, tels que les premiers soins d'un médecin ou d'un hôpital et qui vend ses services à des acquéreurs (par exemple à ceux qui achètent des soins médicaux, l'assurance).
Réassurance	Assurance des assureurs. Ceci signifie qu'un assureur partage une assurance avec une compagnie de réassurance dans le but de diminuer le risque accumulé de sa propre assurance.
Référence obligatoire	La condition que le traitement en hôpital est payé par l'assurance maladie (consultation pour patient externe ou hospitalisation pour patient interne) est que les membres de l'assurance maladie consulte un cabinet médical de niveau inférieur qui les réfère vers le niveau supérieur. Cette mesure est utile pour prévenir du recours inapproprié de services hospitaliers coûteux.
Remboursement	Un paiement effectué à un assuré par la mutuelle en compensant les dépenses engendrées par le traitement.
Risque moral	C'est la tendance qu'ont des assurés à avoir recours aux services de manière plus intense que lorsqu'ils n'étaient pas assurés. Les membres de l'assurance maladie ont recours à un traitement pour conditions de santé minimales auquel ils n'auraient pas eu recours s'ils avaient dû payer eux-mêmes les factures. Un recours aux services inutile a pour résultat la surconsommation et met la viabilité financière de l'assurance en danger.
Sécurité sociale	Assurance obligatoire où les bénéficiaires sont prescrits par la loi et l'emphase première repose sur la conformité sociale plutôt que sur l'équité. Elle offre une couverture en cas de maladie, d'invalidité, d'âge avancé, de mort, de veuvage et de maternité.
Sélection adverse	Une tendance où les personnes qui représentent le plus de risque (les personnes âgées et les nouveaux nés dans le cas de l'assurance maladie) sont surreprésentées au sein de la mutuelle alors que la cotisation est calculée en fonction du risque moyen. La sélection adverse met en danger financier la mutuelle.
Service de santé	Tout personnel, institution ou corps administratif de nature publique qui contribue à la prévention d'une maladie, aux soins des malades et à la santé de la population.
Soins de Santé Primaire (SSP)	Soins offerts en clinique ou en centre de santé, en opposition aux soins du niveau secondaire (hôpitaux, spécialistes) et aux soins du niveau tertiaire (hôpitaux universitaires).
Subvention	Le gouvernement ou des bailleurs étrangers subventionnent une partie des coûts liés au système de l'assurance maladie (par exemple, la mise en place des l'assurance, les coûts de fonctionnement) ou financent / co-financent les primes des membres de la communauté très pauvre.

Système d'assurance maladie

Un système d'assurance qui verse des indemnisations (financières) en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Systèmes de paiement des prestataires

Moyen par lequel les institutions médicales ou le personnel sont rémunérés pour leur travail fourni. Ceux-ci engendrent certaines motivations et modèles pour en soins de santé. Les types rencontrés les plus fréquents sont les suivants : salaires, facture par service, capitation, paiements ciblés, paiements par acte ou épisode de maladie, budgets fixes et contrats.

Utilisateur

Client (patient), bénéficiaire dans un système d'assurance maladie.

(adapté du glossaire InfoSure et de Atim 1998).

Etude de faisabilité technique et financière de la création des mutuelles de santé

Diourbel / Dakar (Sénégal), Mars 2001



Dans la région de Diourbel, la coopération allemande (GTZ, KfW) appuie le Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal dans la réhabilitation d'un Centre Hospitalier Régional. Afin de permettre une accessibilité financière efficace et équitable à la population, une étude de faisabilité technique et financière de la promotion des mutuelles de santé a été lancée pour identifier les opportunités d'une promotion active du mouvement mutualiste dans le cadre du projet.

Face à la morbidité et mortalité très élevées et la faible fréquentation des structures de santé dans la région la question principale de l'étude était: Est-ce que la promotion des mutuelles de santé, représente-elle une stratégie appropriée pour la solution du problème de sous-utilisation des services de santé, entraînant des effets néfastes à l'état de santé de la population? Si oui, comment alors promouvoir le développement des mutuelles de santé? Si non, quelles sont les alternatives propices?

Les questions spécifiques de recherche ont été regroupées selon trois domaines principaux de l'étude: aspects de santé publique, aspects économiques, et aspects socioculturels (stratégies traditionnelles de prise en charge des malades...). Une partie quantitative de l'enquête s'est effectuée sur un échantillon de 810 ménages de la région médicale de Diourbel, soit environ 8.300 personnes enquêtées. Une partie qualitative s'est intéressée aux groupes de femmes, groupements socio-économiques, associations de base (sport, culture, religion), aux mutuelles existantes, aux prestataires et bénéficiaires des services de santé.

- Vu les pathologies les plus fréquentes recensées (25% des hospitalisations liées aux problèmes obstétricaux, suivi du paludisme, des cas chirurgicaux, surtout les accidents de circulation, et les maladies cardio-vasculaires, les maladies diarrhéiques et respiratoires), un système de solidarité contre les risques maladies devrait couvrir en priorité ces affections les plus fréquentes.
- Une couverture partielle des risques mineurs est essentielle pour assurer une meilleure appropriation de la mutuelle par les populations dont 15 % sont concernés par les risques mineurs alors que les hospitalisations intéressent 1%.
- Négocier avec les prestataires de soins des tarifs préférentiels pour les mutuelles en privilégiant un système de tarification forfaitaire (tarif à l'épisode, au cas), le tarif à l'acte étant connu comme une méthode de paiement qui transfère le risque financier chez l'utilisateur;

Les attitudes, comportements et pratiques, la perception des risques et priorités, face à la santé et surtout l'élaboration de prise en charge de la maladie ramènent à des rôles sociaux et des rapports de pouvoir entre individus (notamment hommes et femmes, chefs et autres membres du ménage), groupes sociaux, classes sociales, État et populations, etc. Ces rôles et rapports sociaux et politiques sont assignés par la société, la loi, la politique, la religion, etc. Les stratégies relèvent donc de négociations permanentes que l'on retrouve dans l'acceptation ou le refus de mise en place des mutuelles de santé.

Le principaux résultats et recommandations sont :

Actuellement, vu le niveau faible de revenus et l'instabilité, 50% des ménages enquêtés ne disposent pas de moyens propres et sont obligés de recourir à l'emprunt, la vente d'un bien ou au soutien d'un parent pour faire face aux dépenses de santé. Malgré le fait que la population a une connaissance faible de la mutuelle de santé, il y a des avis favorables, accompagnés d'une volonté manifeste, basée sur une estimation réaliste du montant des cotisations nécessaires pour faire fonctionner convenablement une mutuelle de santé dans la région de Diourbel.

Vous pouvez télécharger le document complet de l'étude (tableaux et analyses) sur le site :

www.gtz.de/health-insurance



Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique

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

Présentation de la Concertation

La **Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique** est un réseau de partage d'expériences, de compétences et d'informations sur le développement des mutuelles de santé en Afrique. Elle est née suite à l'atelier organisé à Abidjan en juin 1998, sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé au cours de laquelle une plateforme consensuelle entre différents acteurs du développement des mutuelles de santé a été élaborée et publiée sous le titre "Stratégie d'appui aux mutuelles de santé en Afrique".

Les activités de la Concertation ont démarré en avril 1999 et concernent :

- l'animation d'un site internet (www.concertation.org). Un système de "flash news" permet d'informer les membres sur les activités en cours.
- la diffusion d'une lettre d'information le "Courrier de la Concertation" qui complète le site web et permet de mettre en contact et d'informer un public cible dont l'accès à internet est limité. Une version légère en anglais est également produite et distribuée aux partenaires. La lettre d'information de la Concertation est disponible en ligne.
- le suivi du développement des mutuelles. Un premier inventaire a été effectué et publié sous le titre "Base de données sur les mutuelles de santé en Afrique". Le document complet est disponible sur le site web.
- l'organisation d'ateliers thématiques. Le Forum de la Concertation est organisé tous les deux ans. Au Forum 2000, la Concertation avait enregistré 80 participants issus de 18 pays. En 2002, près de 200 participants de 24 nationalités ont pris part aux travaux. Dans chaque pays, des rencontres sont régulièrement organisées entre les différentes catégories d'acteurs.

Les activités de la Concertation touchent 11 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre : Sénégal, Bénin, Burkina Faso, Guinée, Tchad, Togo, Cameroun, Mauritanie, Côte d'Ivoire, Mali et Niger. Dans chaque pays, un point focal joue un rôle clé dans le fonctionnement en facilitant la communication avec la Cellule de coordination des activités et en servant d'interface entre les membres nationaux, les acteurs locaux et leurs partenaires régionaux et internationaux.

La Concertation est appuyée techniquement et financièrement par plusieurs promoteurs : le Bureau International du Travail (BIT) à travers son programme STEP, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), à travers son programme PHRplus, la Coopération Technique Allemande (GTZ) ; l'Association Internationale de la Mutualité (AIM), l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes en Belgique (ANMC), Solidarité Mondiale (WSM), le Réseau d'Appui aux MUTuelles de Santé en France (RAMUS), l'Union Nationale des Mutualités Socialistes en Belgique (UNMS).

La Concertation

BP 414, Dakar - Sénégal

tél. : +221 860.46.28

fax : +221 860.11.25

email : concemut@sentoo.sn

Internet : <http://www.concertation.org>

InfoSure – Méthodologie d'Évaluation de l'Assurance Maladie

InfoSure est un outil professionnel conçu pour évaluer l'efficacité et l'accessibilité aux services de soins de santé, un outil pour promouvoir l'efficacité et le contrôle de la qualité et pour analyser la solvabilité des structures d'assurance.

InfoSure met à votre disposition un questionnaire bien élaboré pour la collecte d'un grand nombre de données substantielles quantitatives et qualitatives (aussi disponible sous forme de fichier PDF sur le CD ROM).

InfoSure facilite l'accès à une gamme d'expériences et d'échange d'expériences pratiques et scientifiques entre les décideurs politique, les administrateurs, les responsables des assurances, les acteurs, les scientifiques et les autres.

InfoSure sert de support à la conception, à la mise en application et à l'étude des structures d'assurance maladie, aussi bien qu'à leur suivi continu.

InfoSure sert de support au conseil et à la prise de décision en matière de financement des soins de santé et d'assurance maladie par l'amélioration des actions fondés sur des données probantes et par des conseils.

InfoSure, une méthodologie d'évaluation et le système d'information convient aux objectifs futurs et peut être adapté pour étudier une grande variété de domaines.

4320
Santé et Population

GTZ projet sectoriel
Assurance maladie



Jürgen Hohmann, Axel Weber,
Christian Herzog et Bart Criel

InfoSure Assurance Maladie Méthodologie d'Évaluation et Système d'Information

partie zéro
Préface, directive, glossaire

partie une
Partie qualitative

partie deux
Partie à choix multiple

partie trois
Partie statistique

partie quatre
Identification, liste des interlocuteurs et
des partenaires de l'interview, profil du prestataire,
fiche-réponses



Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

Le produit InfoSure offre une grande variété d'opportunité en matière de description, d'évaluation, de suivi et de comparaison de la performance des systèmes d'assurance maladie.

Pour plus d'information, consultez le site : www.InfoSure.org

Le paquet d'outils inclus le CD-Rom tri-linguales est disponible chez votre libraire.

InfoSure – ISBN 3-88085-528-5 - pour un prix de € 100,-
ou contactez la GTZ par curriel électronique : Infosure@gtz.de