

Courrier de la Concertation

Numéro 15

Juillet 2005

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

Sommaire

Editorial	1
Expériences / Contributions :	
Stratégie pour assurer la cotisation : histoire d'un cas ordinaire des femmes en milieu défavorisé	2
Relation mutuelle de santé / mutuelle d'épargne crédit : le système de prélèvement automatique des cotisations	2
Mutuelles de santé : enfin le Cameroun bouge très fort ...	3
Dossier : Enregistrer les cotisations	4
Les documents de gestion des cotisations	4
La fiche de cotisation	5
Le registre de cotisation	6
Le contrôle des enregistrements	7
Le suivi des cotisations	7
Événements	8
Bibliographie	12

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

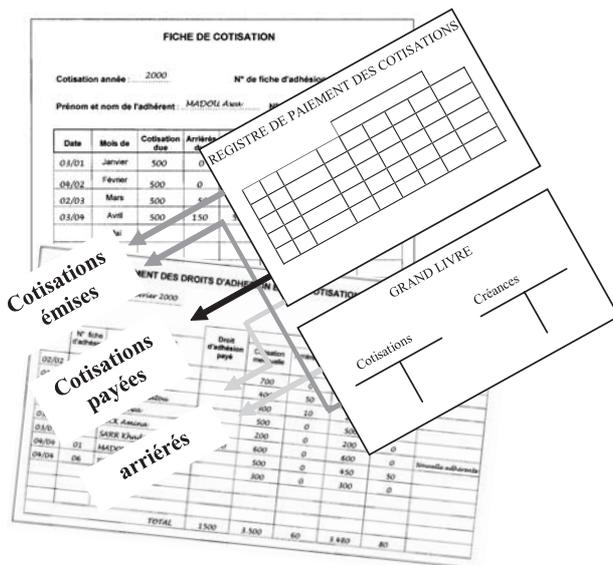
La Concertation,
8, Cité Pyrotechnique, Mermoz
BP 414 - Dakar / Sénégal
Tél. : (221) 860 46 28
Fax : (221) 860 11 25
Email : concemut@sentoo.sn
Http://www.concertation.org

Enregistrer les cotisations

santé en Afrique (BIT/STEP, 2003) constitue une excellente référence.

Des nouvelles des pays membres de la Concertation ? Au Cameroun et au Bénin, les acteurs nationaux paifinent leur organisation. Dans le premier, une stratégie élaborée avec les différents acteurs leur donne une démarche consensuelle dans le développement des mutuelles de

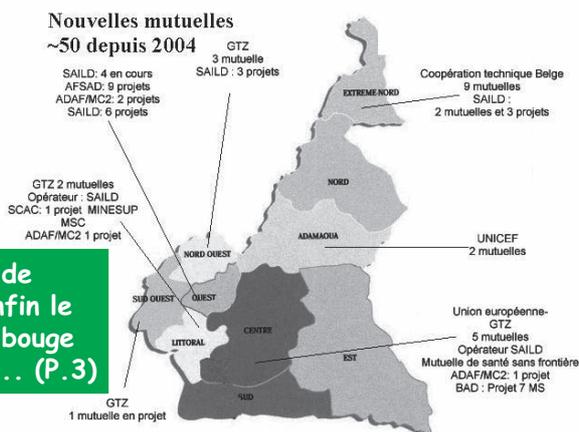
santé dans les pays. Ainsi, le Cameroun parvient pratiquement à doubler le nombre de mutuelles fonctionnelles tous les trois ans. Au Bénin, un Centre d'Appui au Développement des Mutuelles de santé (CADEMU) vient d'être lancé. Il devrait permettre de disposer d'un centre de ressources pour tous les acteurs, d'un service de formation et appuiera le Gouvernement dans la définition des politiques de santé. Le Sénégal, le Niger, la Guinée, la Mauritanie et le Burkina Faso ont quant à eux, programmé leurs ateliers nationaux. Ces rencontres permettront de restituer les principales conclusions du Forum de Bamako et de discuter de thèmes spécifiques au développement des mutuelles dans les pays respectifs.



La gestion des cotisations regroupe toutes les tâches et les documents liés à l'émission, le recouvrement et l'encaissement des cotisations.

Le dernier numéro du Courrier avait proposé un dossier sur le calcul des cotisations, les techniques de gestion et plusieurs expériences en matière de recouvrement. Ce numéro présente les principaux documents de gestion des cotisations et fournit des exemples d'enregistrement. L'enregistrement des cotisations est une activité continue. Il demande de la disponibilité et constitue l'élément de base de la gestion comptable des mutuelles de santé. Ce numéro termine la série sur la gestion des cotisations. Pour plus d'informations sur les outils et techniques, le Guide de gestion des mutuelles de

Nouvelles mutuelles ~50 depuis 2004



Mutuelles de santé : enfin le Cameroun bouge très fort... (P.3)

Expériences Contributions

Stratégie pour assurer la cotisation : histoire d'un cas ordinaire des femmes en milieu défavorisé

Dans les banlieues dakaroises, assurer les besoins quotidiens de la famille est très difficile. Ainsi, la « débrouillardise » est devenue la seule voie de salut et les femmes développent des stratégies de grande ingéniosité. Il est très fréquent de voir une femme être membre de deux ou trois tontines. Dans le jargon, on dit « avoir plusieurs mains ». Elle gère ainsi des risques et joue sur les différentes sources de financement pour réaliser un équilibre dans la gestion de son affaire. C'est le cas de Penda Ley. Titulaire d'un diplôme en transit, elle n'a pas encore trouvé un emploi mais a décidé de se lancer dans le petit commerce à l'instar des milliers de femmes de Pikine. En plus de sa participation aux dépenses du ménage, elle se positionne comme principal rempart de protection pour sa famille. Plusieurs études ont déjà montré que dans le ménage africain, c'est la femme qui s'occupe des soins de santé des membres de la famille même si par ailleurs c'est l'homme qui finance.

« L'homme est le remède de l'homme ». Cet adage est bien connu et utilisé en Afrique pour manifester la solidarité. Dans le milieu des mutuelles de santé, les membres savent que la cotisation qui permet de payer la prise en charge d'un bénéficiaire malade. La perception de cette responsabilité serait-elle plus accentuée chez la femme que chez l'homme ? On serait tenté de dire avec cette expérience qui se passe à Pikine, que « la femme est le remède de la famille ».

L'histoire se passe au sein d'une expérience de micro assurance santé, la MECIB/Prévoyance Santé arrimée à une institution de micro finance qui est la MECIB (Mutuelle d'Épargne et de Crédit de Icotaf Boubess).

Abdou Niang, la trentaine est marié et père de deux enfants. Son commerce lui permet à peine de payer la nourriture et le logement de la famille. La mise en place de la MECIB/Prévoyance Santé a constitué pour lui une occasion d'intégrer sa famille dans un système de couverture maladie au moyen d'une cotisation mensuelle. Le système est conçu de sorte que Abdou Niang en tant que titulaire de compte, y verse directement sa cotisation afin d'être en règle et faire bénéficier des prestations à toute sa famille en cas de maladie. Sa femme Penda Ley est aussi, au même titre que lui, membre de la MECIB et titulaire de compte d'épargne et crédit. Cependant, elle et ses enfants sont considérés comme des personnes à charge au sein du système de micro-assurance santé.

Expression d'un engagement pour le bien-être de la famille

Pour les besoins de son commerce, Abdou Niang vide fréquemment son compte pour acheter des marchandises. Il oublie de laisser le montant nécessaire pour la cotisation

de sa famille à l'assurance maladie. Au cours de sa dernière grossesse, Penda Ley devait effectuer ses consultations prénatales mais s'est confrontée aux retards de cotisation de son mari.

Elle commence alors à fulminer sur son mari et le traiter d'inconscient et incapable car ce dernier ne mesure pas la portée réelle de l'assurance pour sa famille. C'est ainsi que Penda Ley, très touchée par cette situation a décidé de solliciter le transfert de responsabilité sur sa personne car selon elle, « s'il néglige de payer je subi les conséquences ». Désormais, c'est le compte de Penda Ley qui est prélevé à la place de celui de Abdou Niang. Par ce geste, elle a décidé de veiller elle-même à assurer la « protection sociale » de ses enfants et aussi de son mari, « je préfère m'engager moi-même parce qu'en définitive si moi ou mon enfant tombe malade c'est toujours moi qui en souffre le plus ».

Relation mutuelle de santé / mutuelle d'épargne crédit : le système de prélèvement automatique des cotisations

Le membre accepte de signer une lettre d'engagement pour autoriser le prélèvement du montant de sa cotisation sur son compte. Du même coup, il s'engage à alimenter son compte pour que la somme soit disponible au moment de l'opération. Le choix de la périodicité de prélèvement est libre (mensuel, bimensuel, semestriel, annuel).

Chaque mois, le gérant de la MECIB/Prévoyance Santé effectue un travail de préparation du prélèvement qu'il transmet par la suite au Directeur de la MECIB. Ce dernier procède au traitement individuel du prélèvement par le biais d'un logiciel de gestion. L'exécution du prélèvement de chaque compte nécessite une double opération qui permet de faire passer le montant à prélever du compte de l'adhérent à celui de la MECIB/Prévoyance Santé. Lorsque la somme inscrite dans le compte s'avère insuffisante pour payer la « cotisation mensuelle », la différence constitue un « reste à prélever ». A la prochaine opération de prélèvement, ce « retard de cotisation » est ajouté à celui de la cotisation du mois en question et le tout devient « le total à prélever ». Cependant l'adhérent est tenu de verser intégralement la cotisation due, condition sine qua non pour garantir des soins aux membres de sa famille en cas de maladie. Les adhérents en retard ne bénéficient pas du visa de validation de leur livret, donc leurs familles ne sont plus couvertes.

Mutuelles de santé : enfin le Cameroun bouge très fort ...

Tout le monde le disait d'abord en sourdine, puis sur la place publique que le Cameroun reste à la traîne du mouvement mutualiste. De fait, alors que l'inventaire de 2000 relevait une douzaine d'initiatives pré mutualistes-entendez des associations traditionnelles pour secours maladie-l'inventaire 2003 relève 21 mutuelles de santé fonctionnelles et une dizaine de projets. Depuis lors la situation s'est considérablement accélérée.



Miser sur les réseaux et expertises existants

Depuis 3 ans, les organismes s'investissent de plus en plus dans l'accès aux soins de santé de leurs cibles. On y compte notamment la GTZ, AWARE-RH et la coopération belge. La plaque tournante du développement des mutuelles de santé au Cameroun est le SAILD (Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement) et les partenaires travaillent étroitement avec cette ONG. Le SAILD est un puissant réseau d'appui aux organisations paysannes qui dispose d'une expertise confirmée en matière d'accompagnement des organisations à la base.

Bien qu'il dispose lui-même d'un programme interne de développement des mutuelles de santé (principalement au sein des organisations paysannes membres du réseau), le SAILD offre son expertise aux autres partenaires qui interviennent dans le pays. Ainsi, la coopération technique allemande s'est investie en partenariat avec le SAILD dans la création de 8 mutuelles de santé déjà fonctionnelles, tandis que la coopération belge lance 9 mutuelles de santé dans la province de l'Extrême Nord et AWARE-RH 3 dans la province de l'Ouest Cameroun. Ce dernier partenariat

se fait dans le cadre de la réplique des pratiques prometteuses du forum de Bamako où les expériences de connexion avec une institution de microfinance (le BINUMTONTINE) sont expérimentées. Quant au SAILD sur fonds propre, il appuie actuellement le développement de 5 mutuelles à l'Ouest Cameroun, 3 dans la province du Nord-ouest et 2 dans la province de l'Extrême-Nord.

Mener un plaidoyer

Au niveau politique également les choses bougent. Le CERAM : *le comité des experts pour la réforme de l'assurance maladie a déposé auprès du Ministère de la santé publique "le cadre général de la réforme de l'assurance maladie"*.

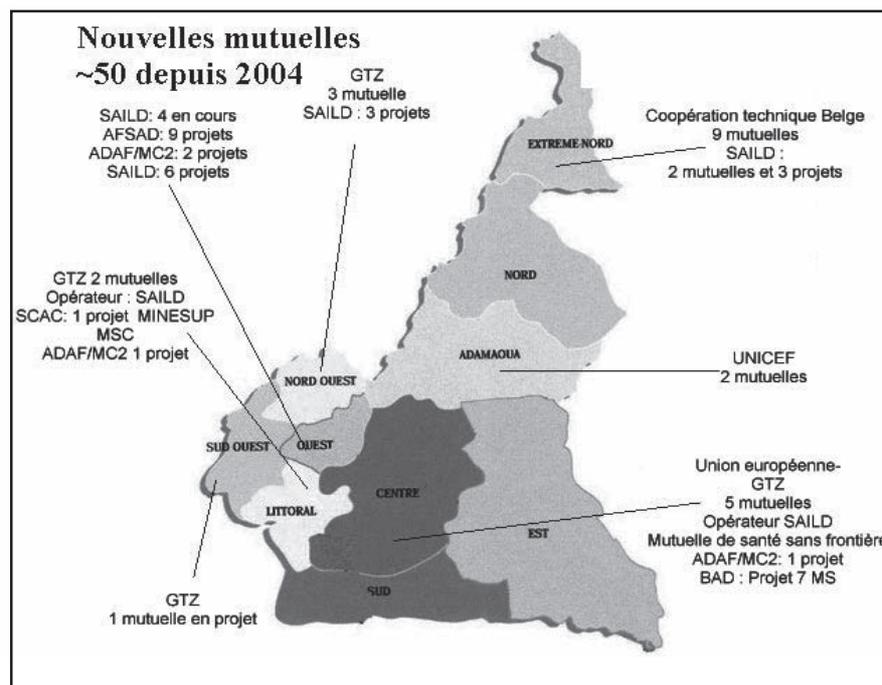
Le cadre national de concertation (CNC) sous l'égide de la Concertation sous-régionale et avec le soutien de la coopération française et de la GTZ, a soumis des propositions au gouvernement pour promouvoir les mutuelles dans un mémorandum rédigé à la fin de ses travaux en Mars 2004 (*voir photo*).

Elaborer un plan stratégique

C'est depuis lors que la rédaction d'un plan stratégique de promotion et de développement des mutuelles de santé est en cours de finalisation par les différentes parties prenantes. Le plan s'articule autour de cinq axes stratégiques à savoir :

1. Mise en place d'un dispositif institutionnel favorable;
2. Promotion des mutuelles de santé;
3. Développement des mutuelles de santé;
4. Prise en charge des indigents;
5. Couverture d'un paquet minimum de soins

Les objectifs majeurs de ce plan sont ceux de la stratégie sectorielle à savoir : Faire couvrir 40% de la population par des mutuelles de



Dossier

Les documents de gestion des cotisations

Enregistrer les cotisations

La gestion des cotisations est étroitement liée à la gestion des adhésions. Il existe en effet d'importantes interactions entre les activités et les documents liés aux adhésions, aux droits d'adhésion et aux cotisations. Par exemple :

- Le montant de la cotisation est généralement dépendant du nombre de bénéficiaires dans une famille (sauf lorsque ce montant est forfaitaire). Le calcul de la cotisation dépend donc des informations concernant, par exemple, la taille de la famille de l'adhérent (lorsque la cotisation est fixée par bénéficiaire) ou les revenus de ce dernier (lorsque la cotisation est fixée en pourcentage du salaire).
- La carte d'adhérent n'est généralement délivrée que suite à la première cotisation. Elle est mise à jour à chaque recotisation ;
- Une mutuelle peut associer à la fiche d'adhésion un tableau de suivi des paiements de cotisation de l'adhérent.

Sur le plan comptable, le terme cotisation regroupe plusieurs notions distinctes :

Les cotisations émises

Pour chaque adhérent qui entre dans la mutuelle ou renouvelle son adhésion, la mutuelle s'attend à recevoir, pour l'exercice en cours, un certain montant de cotisation. La cotisation émise correspond à ce montant que la mutuelle devra théoriquement percevoir, soit en une fois (cotisation annuelle), soit en plusieurs fois (cotisation hebdomadaire, mensuelle, etc.).

Les cotisations perçues

Durant l'année, la mutuelle perçoit et encaisse des cotisations qui correspondent en totalité ou en partie aux engagements des adhérents pour l'exercice en cours. Mais elle peut également encaisser des cotisations destinées à l'exercice suivant, ainsi que des cotisations pour l'année précédente payées avec retard. L'ensemble de ces encaissements constitue les cotisations perçues.

Les cotisations acquises

Il s'agit de la part des cotisations perçues par la mutuelle qui correspond effectivement à l'exercice en cours.

Les arriérés

Au cours et à l'issue d'un exercice, certains adhérents peuvent accuser des retards dans le paiement de leurs cotisations. Les cotisations à recevoir sont des créances

que la mutuelle doit récupérer. Les retards de paiements trop importants peuvent conduire à l'exclusion des adhérents concernés.

Les cotisations perçues d'avance

Il s'agit des cotisations encaissées durant un exercice mais qui sont destinées à l'exercice suivant.

Les documents relatifs à la gestion des cotisations sont bâtis sur un concept similaire à celui de la gestion des adhésions. Ces documents doivent permettre :

L'enregistrement individualisé de la cotisation émise, des paiements et des arriérés pour chaque adhérent. Ce suivi est réalisé de différentes façons possibles qui sont liées à la taille et aux modalités de fonctionnement de la mutuelle :

- Une mutuelle de petite taille peut réaliser cet enregistrement à partir du registre de cotisation qui permet également un enregistrement global. L'avantage de cette pratique est qu'elle réduit le nombre d'écritures. Toutefois, dès que le nombre d'adhérent devient important, ce registre peut devenir lourd à manipuler et les adhérents difficiles à retrouver.
- Une mutuelle de taille importante peut remplir une fiche de cotisation pour chaque adhérent qui est généralement associée à la fiche d'adhésion. Les cotisations émises et payées ainsi que les arriérés sont enregistrés dans cette fiche puis reportées dans le registre de cotisation.

L'utilisation de la fiche de cotisation peut s'avérer également plus pratique lorsque la mutuelle utilise le système de lettre de garantie (voir module suivant).

Un enregistrement global des cotisations émises, des paiements et des arriérés pour l'ensemble des adhérents. L'objectif de cet enregistrement est comptable : il est réalisé grâce à un registre de cotisation qui permet de comptabiliser les cotisations émises, les cotisations encaissées et les arriérés. Ce registre intervient comme un journal divisionnaire, c'est à dire spécialisé dans les opérations concernant les cotisations. Il apporte également les informations nécessaires au remplissage des tableaux de suivi de la mutuelle.

Le registre de cotisation

Le registre de cotisation permet un suivi continu et global des paiements des droits d'adhésions, des cotisations ainsi que des éventuels retards.

Sur une période donnée (année, mois, semaine, etc.), il donne une vue des cotisations dues, des cotisations versées, des retards de cotisations qui s'accumulent (lorsque ceux-ci sont acceptés par la mutuelle) et des rattrapages des retards de cotisation.

Lorsque les cotisations sont établies par mois ou semaines, il permet d'identifier les moments où les paiements de cotisations sont plus ou moins difficiles, grâce notamment aux variations des retards de paiement.

Cette observation peut amener la mutuelle à adapter en conséquence ses modalités de cotisation.

Il constitue également un élément de contrôle des encaissements des droits d'entrée et des cotisations. Les montants inscrits dans le livre de caisse doivent correspondre à ceux du registre.

Présentation

Le registre comporte des pages pré-imprimées qui présentent un tableau dont chaque ligne correspond à un versement d'argent par un adhérent (pour lui et sa famille).

Les colonnes indiquent :

- La date du paiement ;
- Le numéro de code de l'adhérent ou le numéro de sa

fiche d'adhésion ;

- Le nom de l'adhérent ;
- La cotisation due pour la période ;
- Les arriérés dus par l'adhérent (retards de cotisation) ;
- Le montant payé pour cette période par l'adhérent ;
- Le solde d'arriérés à l'issue de ce paiement. Ce solde correspond à cotisations dues + arriérés dus - montants payés.
- Les observations du responsable.

Règles d'utilisation

- Tous les paiements de cotisation doivent être systématiquement enregistrés dans le registre qui, dans le cas contraire, perdrait toute utilité.
- Les enregistrements dans le registre doivent se faire en même temps que dans la fiche de cotisation.
- Le numéro de code des bénéficiaires, ou le numéro de fiche de cotisation, doit être soigneusement noté et permet de faire le lien avec la fiche d'adhésion.
- En bas de chaque page, le total des colonnes est effectué puis reporté en haut de la page suivante si les enregistrements des paiements durant la période nécessitent plusieurs pages.
- A l'issue de chaque période de cotisation (semaine, mois, etc.), le responsable du registre calcul les totaux des différentes colonnes. Ces totaux ne sont pas reportés en début de période suivante.

Exemple

Pour réaliser un suivi global des cotisations payées, ainsi que des éventuels retards, la mutuelle Espoir a mis en place dans chaque groupement mutualiste de quartier un registre qui se présente selon le modèle suivant.

Ce registre est tenu par le comité exécutif du groupement qui le met à jour dès qu'une cotisation est payée.

Le deuxième samedi de chaque mois, les responsables des groupements se réunissent pour verser les cotisations collectées en début de mois. Les montants versés doivent correspondre à ceux totalisés dans le registre pour le

mois (total de la colonne «montant payé ce mois»).

Le comité exécutif de la mutuelle tient un registre similaire, à deux exceptions près :

- La colonne « N° fiche adhésion » est supprimée ;

- La colonne « Nom adhérent » est remplacée par « Nom du groupement ».

On notera que le registre présenté dans cet exemple permet également d'enregistrer les paiements des droits d'adhésion.

REGISTRE DE PAIEMENT DES DROITS D'ADHESION ET DES COTISATIONS								
Cotisations du mois : <u>Février 2000</u>								
Date	N° fiche d'adhésion	Nom adhérent	Droit d'adhésion payé	COTISATIONS			Solde arriérés	Observations
				Cotisation mensuelle	Arriérés dus	Montant payé ce mois		
02/02	05	CISSE Fatimata		700	0	700	0	
02/02	07	FALL Oumou		400	50	450	0	
02/03	03	BA Memoumatou		300	10	280	30	
03/03	04	DIOP Awa		500	0	500	0	
03/03	02	SECK Amina		200	0	200	0	
03/03	08	SARR Khedidja	1 500	600	0	600	0	Nouvelle adhérente
04/04	01	MADOU Awa		500	0	450	50	
04/04	06	TOURE Fanta		300	0	300	0	
TOTAL			1500	3 500	60	3 480	80	

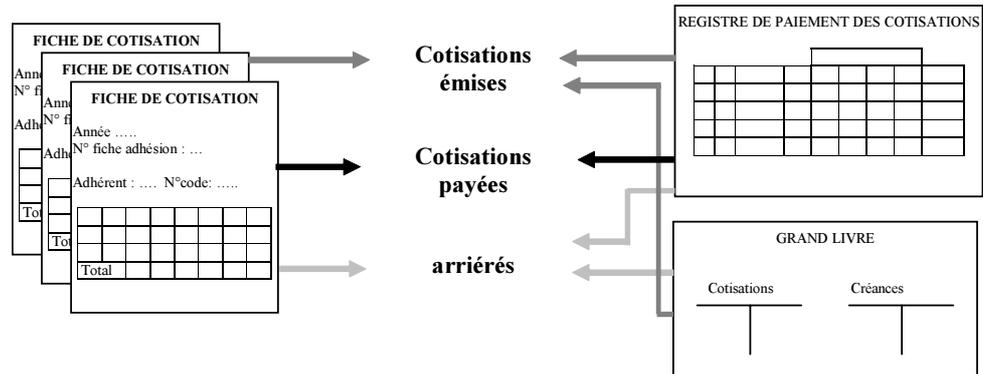
Le contrôle des enregistrements

Un contrôle des enregistrements des écritures passées dans les fiches de cotisation et le registre doit être réalisé régulièrement afin de vérifier leur exactitude. Ce contrôle s'effectue :

- En totalisant dans un premier temps les cotisations émises, payées et dues enregistrés dans les fiches de cotisation,
- En comparant ensuite les totaux obtenus avec ceux du registre de cotisation.
- En comparant également ces totaux avec les soldes des comptes «Cotisations» et «créances» du grand livre.

Ce type de vérification devrait être également réalisé au moins un à deux fois par an. Il doit être plus fréquent (mensuel ou trimestriel) lorsque la cotisation est mensuelle, voire hebdomadaire.

La vérification de l'enregistrement des droits d'adhésion et des cotisations (ci-contre).



Le suivi des cotisations

Ce suivi a pour but de réaliser une mesure permanente du niveau de recouvrement des cotisations et donc de l'encaissement par la mutuelle de ses principales ressources financières.

Il porte essentiellement sur les montants encaissés et sur les arriérés. Il doit permettre à la mutuelle de connaître en permanence le nombre et le montant des cotisations non encore payées ainsi que l'identité des adhérents concernés, afin notamment de mettre en place, si nécessaire, des mesures de recouvrement appropriées.

Lorsque le paiement des cotisations est hebdomadaire, mensuel ou trimestriel, ce suivi permet également d'identifier les fluctuations saisonnières du taux de recouvrement des cotisations. La mutuelle pourra ainsi aménager en conséquence la périodicité de paiement et affiner les prévisions du plan de trésorerie.

Le principal indicateur utilisé en matière de suivi des cotisations est le taux de recouvrement des cotisations.

Ce taux est égal au rapport entre les cotisations perçues et les cotisations émises. Il mesure la proportion de cotisations attendues qui ne sont pas encore encaissées par la mutuelle.

Dans l'exemple de registre de paiement proposé précédemment, le taux de recouvrement mensuel est égal au total mensuel de la colonne «Montant payé ce mois» divisé par le total de la colonne «cotisations mensuelles».

La fréquence du suivi des cotisations est étroitement liée à la périodicité et aux modalités de paiement de celles-ci :

- Elle pourra n'avoir lieu qu'une fois dans l'année lorsque la cotisation est annuelle. Elle peut même s'avérer inutile

dans ce cas de figure lorsque la mutuelle exige que la totalité de la cotisation soit versée durant la période de paiement pour renouveler ou accepter leur adhésion.

Toutefois, un suivi sera utile si la mutuelle accepte de couvrir les adhérents qui n'auraient, durant cette période, versé qu'une partie de leur cotisation. Elle devra en effet surveiller le recouvrement des arriérés durant les mois suivants

- La fréquence du suivi est la même que celle du paiement des cotisations lorsque ces dernières sont fractionnées (par semaine, moi, etc.). Le suivi est ici important car cette pratique confronte la mutuelle à des problèmes de discipline, à des difficultés de paiement des adhérents liés aux aléas économiques, etc.

La pratique d'une cotisation hebdomadaire, mensuelle ou autre, oblige la mutuelle à adopter une certaine souplesse en matière de recouvrement de ses cotisations et, par conséquent, à un suivi rigoureux.

Le tableau de suivi des cotisations est une synthèse du registre de paiement dont il reprend et compare les soldes mensuels.

Il permet ainsi de visualiser et de comparer l'émission de cotisations avec leur recouvrement et l'évolution des arriérés.

Nous conseillons de se référer au guide en gestion pour les instruments de suivi des cotisations

Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique (BIT/STEP, 2003

Evénements

Conférence internationale sur L'Assurance Maladie Sociale dans les pays en voie de développement 05 - 07 Décembre 2005, Berlin, Allemagne

La *Coopération Technique Allemande (GTZ)* organise en commun avec le *Bureau International du Travail (BIT)* et l'*Organisation Mondiale de la Santé (OMS)* une Conférence internationale sur l'assurance maladie sociale dans les pays en voie de développement.

La Conférence prévoit des discussions et des débats autour du potentiel que peut représenter une assurance maladie sociale pour réduire la pauvreté et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). La Conférence se concentrera sur les avantages offerts par une assurance maladie sociale qui seront d'une part, de développer un système de financement équitable, solidaire et durable et d'autre part, de contribuer au développement économique et à la création d'emplois décents. C'est dans ce contexte que le dialogue social jouera un rôle prépondérant.

La Conférence organisera un forum important où les gouvernements, les partenaires sociaux et les personnes intéressées dans la coopération internationale pourront partager leurs expériences concernant l'assurance maladie sociale dans les pays en voie de développement et son rôle pour combattre la pauvreté et atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Cela signifie qu'on examinera les différents procédés pour lever des fonds, les regrouper et les utiliser pour acheter ou vendre des services de types différents dans le domaine de l'assurance maladie.

La Conférence de Berlin sera le résultat majeur de l'Accord conclu en 2004 par la GTZ, le BIT et l'OMS. Cet Accord prévoit la coopération dans un vaste domaine de la protection sociale et de l'assurance maladie sociale.

La Conférence aura comme toile de fonds la Campagne Mondiale sur la « Sécurité sociale et la couverture pour tous », la lutte de l'OMS pour la couverture universelle basée sur des « Stratégies de santé pour tous et soins de Santé Primaires », en outre les initiatives de la GTZ par rapport à l'assurance maladie ainsi que la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Toutes les organisations et les individus partageant les valeurs d'équité, d'universalité et de solidarité à l'égard de la santé sont invités à rejoindre le partenariat mondial et à coopérer au niveau international, régional et national.

La Conférence s'adresse aux Ministres, aux Ministres délégués, aux Chefs de Département, aux Directeurs-Général, aux Directeurs, aux Présidents-Directeurs Généraux (dans le domaine de la santé, des finances, de l'emploi, de la planification et du développement par exemple) et aux autorités nationales dans les pays en voie de développement, aux partenaires sociaux et aux dirigeants d'Organisations non gouvernementales (ONG) internationales.

Plus d'informations peuvent être obtenues sous www.shi-conference.de ou en s'adressant au secrétariat de la Conférence (secretariat@shi-conference.de).

www.shi-conference.de secretariat@shi-conference.de
Tel. +49 6196 79-3030 Fax +49 6196 79-3040

Suite de la page 3

santé d'ici 2010 et créer au moins une mutuelle de santé dans chaque district de santé.

Engager les acteurs

Le Ministère de la santé publique s'est d'ailleurs engagé à organiser d'ici la fin de l'année un forum sur la mutualité qui regroupera toutes les forces vives pour adopter le cadre général et le plan stratégique. Plusieurs bailleurs de fonds ont déjà marqué leur intérêt à supporter la mise en oeuvre de ce plan (Agence Française de Développement, Banque Africaine de Développement et évidemment les acteurs déjà opérationnels comme la GTZ, la Coopération belge et la Coopération française). Le SAILD dans son plan d'action triennal 2006-2008 entend également consacrer un part considérable à la promotion et au développement des mutuelles de santé.

Cependant il ne faudrait pas verser dans un triomphalisme rapide ; le développement des mutuelles de santé exige du travail sur le long terme et à notre connaissance aucun acteur n'a pris un engagement à long terme (à part la GTZ et le SAILD dont les ressources sont très limitées) pour accompagner le mouvement mutualiste. D'autre part, les financements offerts par ces coopérations sont tellement peu souples qu'elles s'adaptent difficilement à l'accompagnement de mouvements sociaux dont les évolutions sont rarement prévisibles et doivent être adaptées à chaque coup d'où la nécessité d'avoir des partenaires engagés à soutenir les mutuelles sur le long terme.

Espérons que les avancées actuelles y contribueront. Les rêves sont permis comme l'indique la carte des mutuelles de santé ci-dessous en mai 2005

Colloque sur le financement de la santé Clermont-Ferrand 1-2 Décembre 2005

La problématique du financement de la santé est aujourd'hui une dimension essentielle de la réforme des systèmes de santé dans les pays en développement. Elle occupe également une place centrale dans les stratégies de réduction de la pauvreté (SRP), dans la mise en oeuvre de l'Initiative d'Allègement de la Dette des Pays Pauvres Très Endettés (IPTE) et dans la poursuite des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM).

Ce colloque se propose de réunir des participants français et étrangers d'horizons variés -milieux académiques, professionnels venant des administrations, des institutions d'aide au développement, des établissements de soins et autres prestataires de services, etc, pour échanger autour de travaux théoriques, conceptuels, méthodologiques et appliqués portant sur les multiples aspects de la problématique actuelle du financement de la santé dans les PVD.

Cinq ans après ce premier colloque (décembre 2000 sur le thème « Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie»), il apparaît utile de retracer les évolutions en matière de financement, de réexaminer les problématiques, d'évaluer les expériences et de prendre la mesure des progrès et des nouveaux défis.

Quatre axes seront plus particulièrement retenus :

(i) Financement de la santé, problématiques macro-économiques et stratégies de développement ; (ii) Stratégies de financement, articulation des instruments, rôle des acteurs; (iii) Financement, efficacité et régulation des systèmes de santé ; (iv) Evaluation : méthodes et études de cas.

pour tout renseignement complémentaire, s'adresser au **Secrétariat du colloque** :

CERDI, Université d'Auvergne :

conf-financementsante@cerdi.org

Tel : 33 (0)4 73 17 74 00, fax 33 (0)4 73 17 74 28

Intégration de la micro assurance santé dans les systèmes de santé locaux et dans les politiques nationales de santé Kampala, Uganda, 20-23 sept. 2005

Le ministère de Santé de l'Uganda, en collaboration avec l'Institut de santé public de Makerere University, Uganda, et avec l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, organise un atelier sur « l'Intégration de la micro assurance santé dans les systèmes de santé locaux et dans les politiques nationales de santé ».

L'objectif de l'atelier est de mieux comprendre la micro assurance santé en Uganda, en particulier son intégration dans le système de santé, et si possible d'arriver à des plans d'actions pour améliorer la collaboration des acteurs – pour le bénéfice des malades. L'atelier se concentre donc sur la situation Ougandaise, mais doit tendre au delà des frontières pour bénéficier de l'expérience des pays voisins.

Burkina Faso : les étudiants à l'école de la mutualité

En fin mai dernier, la Mutuelle Nationale de Santé des Etudiants du Burkina Faso (MUNASEB) a organisé ses journées portes ouvertes. C'était l'occasion pour le comité de gestion de fournir aux membres potentiels le plein d'informations sur la mutuelle et ses services. Cette mutuelle a été créée «par le gouvernement pour répondre à l'une des revendications essentielles des étudiants en 1997 à savoir, la prise en charge de la santé de tous les étudiants boursiers comme non boursiers. Elle est surtout le fruit d'un consensus entre le gouvernement et les syndicats d'étudiants, grâce à l'action déterminante du Médiateur du Faso».

La MUNASEB qui a démarré ses activités en janvier 2004 compte aujourd'hui 1.090 adhérents non boursiers. Les étudiants boursiers sont d'office membres de la mutuelle. C'est dire qu'elle compte environ 4.000 adhérents au total. «Pour ceux qui connaissent les réalités et la mentalité du milieu étudiant, le niveau d'adhésion est satisfaisant...

Certains croyaient que la mutuelle était la caverne d'Ali Baba où on pouvait se faire rembourser n'importe comment en allant se faire des faux documents de santé en dehors des services habilités par le Centre National des Œuvres Universitaires (CENOU)...».

La cotisation annuelle pour les membres de la mutuelle est de 5.000FCFA par étudiant sans revenu, et autant pour toute personne à charge (enfants et conjoint légal non salarié).

En contrepartie, après une période d'observation d'un mois, les membres de la MUNASEB bénéficient des prestations suivantes :

- 80% pour les consultations, soins, pharmacie, laboratoire, imagerie et autres bilans ;
- 100% pour les trois premiers jours d'hospitalisation ; la prise en charge est dégressive jusqu'à 10% pour ceux qui vont au-delà de trente et un jours d'hospitalisation ;
- des forfaits pour les accouchements (normal comme césarienne), la chirurgie, le transport, l'appareillage, les verres correcteurs et les frais funéraires.

Le Centre National des Œuvres Universitaires met à la disposition des étudiants un Service de santé offrant les prestations suivantes : soins infirmiers, santé de la reproduction, dentisterie, médecins généralistes, salle d'observation, laboratoire et dépôt pharmaceutique à Ouagadougou. A Bobo Dioulasso, le laboratoire et la dentisterie ne sont pas encore mis en place. Les étudiants vont au niveau des structures conventionnées.

Des conventions sont signées avec les centres hospitaliers universitaires de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso, et l'Office de Santé des Travailleurs représenté dans les différentes régions du pays.

Atelier sur la législation des mutuelles de santé en Guinée.

Un atelier sur la législation des mutuelles de santé en Guinée s'est tenu du 2 au 4 mai 2005 dans la sous-préfecture de Timbi Madina, dans le Fouta Djallon. Cet atelier, financé par l'ADECRI, a réuni une quinzaine de participants issus des projets du CIDR et de l'association Nantes-Guinée : responsables des mutuelles de Timbi Madina et de Gongoré (appuyées par Nantes-Guinée), de l'Union des mutuelles de Guinée Forestière (appuyée par le CIDR) et les équipes de ces deux projets.

L'objectif de cet atelier était de préparer les équipes mutualistes (responsables et équipes des projets) à la sollicitation par le Ministère de la Santé pour la mise en place d'une législation dédiée aux mutuelles.

Il s'agissait donc de clarifier les concepts liés à la problématique de la législation et de travailler avec les participants le contenu d'un texte de loi commun à tous. Pour cela, des travaux de groupe permettant de confronter les expériences et les pratiques ont alterné avec des séances de travail en plénière.

Les attentes des participants par rapport à cet atelier étaient diverses :

- avoir une idée claire de ce qu'est une loi,
- comment définir la représentation des mutuelles vers l'Etat pour défendre un texte représentatif des réalités,
- échanger sur les fonctionnements respectifs des différentes mutuelles représentées, etc.

Il est important de rappeler que la problématique de la législation des mutuelles de santé est récente en Guinée, contrairement à un pays comme le Mali par exemple. En janvier 2004, une mission d'audit avait été réalisée sur demande de l'ADECRI pour juger de l'opportunité de définir aujourd'hui une législation spécifique aux mutuelles de santé en Guinée. Les conclusions apportées par cette mission avaient mis en avant le caractère prématuré de cette mise en œuvre et la nécessité de travailler à un certain nombre de préalables, notamment à destination des responsables des mutuelles afin qu'ils soient en capacité de participer pleinement aux débats. Ainsi, une des recommandations émises était la tenue d'un atelier spécifique à leur intention. Le Ministère de la santé a toutefois souhaité qu'une loi sur les mutuelles de santé soit élaborée et votée le plus rapidement possible en Guinée. Monsieur Oumara Ouattara a ainsi effectué une mission en 2004, financée par la GTZ, et a proposé un avant-projet de loi en début d'année.

Cet atelier de trois jours se situe donc dans la continuité de la mission de janvier 2004. Il a permis d'aborder différents points en concordance avec les attentes et préoccupations des participants :

- Des échanges sur les bases de fonctionnement des mutuelles et des travaux de groupes sur les statuts ont

permis de mener une réflexion sur les éléments à intégrer dans un projet de loi qui doivent nécessairement être communs à toutes les mutuelles.:

- Des éclaircissements ont été abordés sur des termes spécifiques : loi, arrêté, circulaire, statuts.
- L'avant-projet de loi a été présenté. Les participants ont apporté leurs points de vue, modifications et amendements en travaux de groupe avant une mise en commun en plénière.
- Enfin, une réflexion a été menée sur les suites à donner à cet atelier, la stratégie à mettre en œuvre pour que les recommandations émises soient prises en considération.

Tous les participants se sont rejoints sur le fait qu'il était nécessaire de poursuivre cette réflexion dans les mois qui viennent afin de garantir la pleine appropriation par tous les responsables mutualistes d'un texte de loi commun. Il a donc été décidé que le CIDR et Nantes-Guinée organiseront des séances de travail spécifiques vers les mutuelles qu'ils appuient.

D'autre part, les responsables mutualistes à la base devront entreprendre des démarches vers les autorités locales, régionales et nationales. Il est envisagé qu'ils s'entretiennent avec leurs députés respectifs pour une remontée de leurs travaux vers l'Assemblée nationale avant l'adoption du projet de loi. Ils seront accompagnés par le CIDR et Nantes-Guinée qui de leur côté rencontreront également les personnes concernées au niveau du Ministère de la santé et du Service de Coopération et d'Action Culturelle (SCAC) de l'Ambassade de France pour faciliter le passage de l'information. Mais il est primordial, et c'est ce qui est clairement ressorti de l'atelier, que les responsables mutualistes s'investissent eux-mêmes vers les autorités.

L'atelier a été très apprécié, non seulement parce qu'il a permis d'éclaircir bon nombre de points d'une problématique nouvelle, mais aussi parce qu'il a donné une opportunité supplémentaire aux responsables mutualistes des deux régions et aux équipes des deux projets de se retrouver et d'échanger. C'est pourquoi la décision a été prise d'organiser une nouvelle rencontre dans quelques mois pour faire le point sur l'avancée des travaux et poursuivre la dynamique.

**Lisez et faites lire
le Courrier de la
Concertation**

CADEMU : une initiative au centre du mouvement mutualiste au Bénin

En projet depuis deux ans, le Centre d'Appui au Développement des Mutuelles de santé (CADEMU), vient de lancer ses activités au Bénin, depuis juin 2005.

Elaboré et mis en œuvre par le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR), le CADEMU est financé par la coopération française.

Objectifs du CADEMU, deux vocations essentielles

- *Développer le mouvement mutualiste au Bénin.*

Il s'agit ici, grâce à un centre de ressources, de renforcer la capacité des acteurs notamment en professionnalisant les promoteurs des mutuelles et en appuyant les mutualistes dans leurs activités de promotion. Le CADEMU aura un centre de documentation et un centre de formation.

- *Appuyer le Ministère de la Santé Publique (MSP), principalement dans le cadre de la contractualisation.*

Dans ce volet-ci, il s'agira de donner un appui au Ministère de la Santé Publique (MSP) pour améliorer la qualité de l'offre de soins dans le cadre de la contractualisation entre les formations sanitaires et les mutuelles de santé. Aussi, le CADEMU fournira au MSP les outils adéquats de suivi des mutuelles de santé ;

Le CADEMU dans le paysage béninois de la mutualité

- Par rapport à la CONSAMUS, le CADEMU assure le secrétariat technique de la CONSAMUS et facilite ainsi son fonctionnement.

- Par rapport aux promoteurs des mutuelles de santé, le CADEMU professionnalise leurs interventions grâce à des actions de formations.

- Par rapport aux mutuelles de santé, le CADEMU entend développer les synergies entre elles et assurer leur promotion en organisant une journée de la mutualité.

- Concernant le Ministère de la Santé Publique, le CADEMU apporte son appui, notamment en participant au comité interministériel pour l'élaboration d'un cadre législatif sur les mutuelles de santé en plus de ce qu'il fait pour la contractualisation et la mise à disposition des outils de suivi des mutuelles de santé au Bénin.

Activités pour 2005

° Formation sur les indications de suivi, évaluation des mutuelles de santé ou d'un réseau de mutuelles de santé.

° Formation sur les enjeux liés au calcul des cotisations : concilier contrainte sociale et contrainte économique.

° Formation sur les facteurs de viabilité des mutuelles de santé.

° Ateliers mutualistes départementaux pour échanges thématiques et définition d'un plan d'action pour la promotion des mutuelles de santé pour la journée de la mutualité.

° Recensement des expériences de contractualisation.

° Organisation d'une journée de la mutualité.

° Animation d'un centre de documentation .

Pour plus de renseignements sur le CADEMU, contacter

Responsable du projet : Nelly PELTIER

03 BP 3239 Jéricho- Cotonou

E-mail : cidr_Cademu@yahoo.fr

Aboubakar KOTO-YERIMA

Point Focal

La Guinée lance son Centre de Compétence d'Assurance Maladie

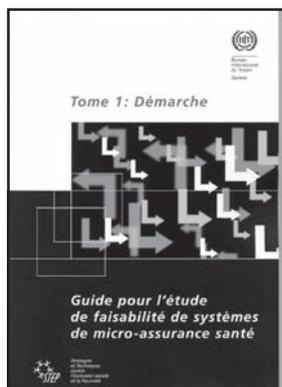
Au vue des cinq années d'expériences avec les assurances maladie à base communautaire en Afrique de l'ouest, le projet sectoriel « Assurance maladie sociale dans les pays en développement » de la GTZ a développé l'approche innovatrice CHIC – Center of Health Insurance Competence (Centre de compétence en assurance maladie). La formation des centres de compétence doit apporter une réponse au déficit financier, organisationnel et administratif des systèmes de soutien privé et aux projets pilotes des états. Le CHIC fournit des conseils aux mutuelles membres. Dans un sens plus large il renforce les réseaux de mutuelles de santé telles les coordinations et unions en intégrant une dimension technique de référence.

En effet, les mutuelles de petites tailles et même parfois de taille plus importante ont très souvent d'importants problèmes en matière de gestion – et toutes les dimensions de la gestion. Elles ont aussi souvent des problèmes « d'identité » liés aux différentes approches proposées par les partenaires, de même que les différences conceptuelles.

La GTZ appuie les pays qui organisent leurs ateliers CHIC. Après le Cameroun (2001), la Tanzanie (2002) et le Nigéria (2003) la Guinée a organisé, du 23 au 27 Mai 2005 un atelier qui a réuni près de 40 participants issus des directions de la santé, d'organisations mutualistes et d'organisations internationales comme l'OMS et la Concertation. Dans cet atelier, l'accent a été mis dans une approche qui met la mutuelle en situation d'entreprise. Ainsi, les gérants doivent avoir un objectif de résultat du poste qu'ils occupent pour une meilleure gestion des risques, et la gestion financière de leur organisation. Un accent particulier a été mis sur certains éléments comme l'analyse des forces et les faiblesses internes à l'organisation, les opportunités et les menaces externes à l'organisation, le marketing pour la mise en place d'une mutuelle de santé.

En outre, l'analyse qualitative et celle financière des régimes d'assurances maladies ont été réalisées en utilisant les instruments d'évaluation info/sure et de calcul SimIns qui est un outil qui permet d'analyser les informations de base recueillies et de faire des simulations en vue d'une projection de la viabilité à long terme. Ces logiciels sont développés par la GTZ.

Bibliographie



Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé. Tomes 1 et 2

BIT/STEP, 2005, 316 pages, ISBN : 92-2-216573-X

Tome 1 : 2.500 FCFA

Tome 2 : 3.750 FCFA

Tomes 1 et 2 : 5.500 FCFA

email : step_af@sentoo.sn

Dans beaucoup de pays en voie de développement, le nombre de systèmes de micro-assurance santé augmente rapidement. Cette augmentation témoigne de l'intérêt porté à ces systèmes par les populations et par les promoteurs de l'accès à la protection sociale et aux soins de santé. Pour que ces systèmes soient durables et en mesure de se développer, il est important qu'ils soient bien conçus dès le départ. A cet effet, il est essentiel de conduire - avant de mettre en place un système ou avant d'en étendre la couverture - une étude dite de faisabilité. Ce guide aidera les promoteurs des systèmes de micro-assurance à réaliser une telle étude. Il permet d'analyser les conditions préalables à la constitution d'un système et, surtout, de déterminer les caractéristiques nécessaires à sa viabilité et à son efficacité. Le guide est organisé en deux tomes. Le premier, relatif à « la démarche », aidera les acteurs à organiser, étape par étape, la conduite de l'étude. Le second, portant sur « les outils », apportera, à chaque étape, un appui concret pour la mise en pratique de la démarche.

<http://www.who.int/contracting/fr>

Le site web de la contractualisation

Les réformes des systèmes de santé, tant dans les pays développés que dans les pays en développement, ont généralement entraîné des recompositions institutionnelles qui se sont traduites par une multiplication, une diversification et parfois une spécialisation des acteurs de la santé. Ces derniers sont ainsi amenés à reconsidérer les modalités de leurs relations.

Ce site vise à permettre aux acteurs du terrain de faire un usage efficace des arrangements contractuels. Il tente de contribuer à cet objectif en :

- faisant mieux connaître les potentialités de la contractualisation mais aussi ses limites et les pré-requis pour un usage efficace;
- permettant le partage des expériences dans des contextes et des pays différents;
- diffusant des outils qui améliorent l'expertise des acteurs sur le terrain.

Un logiciel d'analyse des mécanismes d'une assurance maladie

SimIns Un produit commun de l'OMS et de GTZ, développé par Guy Carrin et Chris James. SimIns est un outil de simulation pour l'analyse des mécanismes de base d'une assurance maladie. Il pronostique à partir de données concrètes, le développement des recettes et des dépenses d'une caisse d'assurance maladie pour une période de dix ans. SimIns est uniquement disponible en anglais.

Le logiciel peut être commandé à : simins@who.int ou simins@gtz.de

La participation sociale dans le développement des mutuelles de santé au Sénégal

Lynne Miller Franco, Cheikh Mbengue, Chris Atim, PHRplus, Novembre 2004

Les mutuelles de santé (MS) sont utilisées actuellement comme un moyen d'étendre l'accès financier aux soins de santé pour les secteurs non formels et pour les populations démunies des pays en développement. La participation sociale a été un élément essentiel dans le développement du mouvement des MS, cependant, il y a eu peu de recherche sur le sujet.

Cette étude qualitative exploratoire examine les processus utilisés pour amener les communautés à s'y engager et le rôle que joue actuellement la participation sociale dans la création et le fonctionnement des mutuelles de santé (MS). L'étude présente un cadre conceptuel pour les intrants, processus, et résultats intermédiaires de la participation sociale, propose une série de dimensions et de critères pour analyser le niveau de participation, et examine ensuite les données qualitatives recueillies dans les discussions de focusgroups de huit MS au Sénégal.

Les conclusions indiquent que bien que les structures mises en place et les stratégies utilisées pendant la phase de création des MS (encouragées par divers promoteurs de MS) engendrent un engagement actif de la part des acteurs internes, la participation a tendance à décroître avec le temps, et les nouveaux membres ne montrent vraisemblablement pas le même niveau d'engagement que les anciens membres. Des dirigeants qui inspirent confiance et la décentralisation des structures de gestion semblent être des éléments-clés pour maintenir la participation. La participation sociale pendant toute la durée de la MS est indispensable pour sa viabilité à long terme et sa capacité de fournir l'accès adéquat aux soins médicaux pour ses membres et bénéficiaires. Les MS elles-mêmes ont besoin d'explorer des stratégies explicites pour encourager la participation de leurs membres, et les promoteurs ont besoin d'examiner de voies et moyens pour soutenir et renforcer ces efforts. Cependant, l'importance de l'appui politique, moral, et logistique d'acteurs externes (tels que collectivités, districts sanitaires, et ministères de la santé) ne devrait pas être sous-estimée – ceux-ci jouent un rôle clé pour assurer la viabilité de la MS, nécessaire pour sa continuité.

Ce document est disponible sur : www.concertation.org