

**Centre International de Développement  
et de Recherche**

---

**Plan d'orientation stratégique  
2010-2014**

**Systemes de santé et prévoyance sociale**

*Le plan d'orientation stratégique 2010-2014 du CIDR est composé de plusieurs documents complémentaires.*

*1. Un document de synthèse (Document cadre). Il présente :*

- L'évaluation des principaux résultats atteints au cours du plan d'orientation stratégique 2004-2008,*
- La démarche mise en œuvre pour l'élaboration du nouveau plan stratégique,*
- Les priorités politiques du CIDR pour la période 2010-2014,*
- Les axes stratégiques des différents départements,*
- Les implications organisationnelles de ce plan.*

*2. Quatre documents présentant pour chacun des départements du CIDR :*

- Les grandes lignes d'un diagnostic sectoriel,*
- Les principaux résultats de l'auto-évaluation du plan d'orientation stratégique 2004-2008,*
- Le positionnement et les axes stratégiques retenus pour la période 2010-2014,*
- Le plan d'actions et le chronogramme 2010-2014.*

*3. Un document « Implications organisationnelles et plan d'affaires ». Il présente les plans d'actions 2010-2014 au niveau des démarches transversales de partenariat et d'alliance, de management des connaissances, de communication externe et d'accompagnement managérial. Il décrit également les objectifs prévisionnels de croissance du CIDR (Plan d'affaires).*

# Sommaire

<b>I. GRANDES LIGNES DU DIAGNOSTIC SECTORIEL .....</b>	<b>5</b>
1. RETOUR DU CONCEPT DE GRATUITE DES SOINS .....	5
2. IMPACT DE CETTE SITUATION SUR LA MICRO-ASSURANCE SANTE .....	5
2.1. Réserves des bailleurs de fonds .....	5
2.2. Nécessité d'une stratégie de subventionnement .....	6
2.3. Construction d'un cadre réglementaire .....	6
3. EVOLUTION DES STRATEGIES DES OPERATEURS .....	6
3.1. Concurrence et arrivée des opérateurs privés .....	6
3.2. Montée en puissance des modèles à adhésion obligatoire .....	7
3.3. Adossement des systèmes de micro-assurance santé à des organisations existantes de la société civile de portée nationale .....	7
4. DEFIS POUR LA MICRO-ASSURANCE SANTE .....	7
4.1. Se positionner sur les nouveaux marchés du financement de la santé .....	7
4.2. Affirmer la place de la micro-assurance comme réponse adaptée aux besoins de couverture maladie des populations du secteur informel et agricole .....	8
4.3. Diversifier l'offre en matière de micro-assurance santé .....	8
4.4. Développer des partenariats avec les opérateurs du Sud .....	8
4.5. Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins .....	8
 <b>II. PRINCIPAUX RESULTATS DE L'AUTO-EVALUATION DU PLAN D'ORIENTATION STRATEGIQUE 2004-2008 .....</b>	 <b>9</b>
1. CONSOLIDER ET DEVELOPPER DES RESEAUX DE MUTUELLES DE SANTE DANS LES PAYS FRANCOPHONES .....	9
1.1. Croissance des réseaux .....	9
1.2. Stratégie de diversification des cibles et des produits .....	9
1.3. Processus d'institutionnalisation .....	9
1.4. Nouveaux réseaux .....	10
2. DEFINIR LA PLACE ET PROMOUVOIR DES MECANISMES D'ASSURANCE MALADIE VOLONTAIRE ET PARTICIPATIVE EN AFRIQUE ANGLOPHONE .....	10
2.1. Croissance des réseaux .....	10
2.2. Articulation avec les politiques nationales de protection sociale .....	10
3. PROMOUVOIR DES SYSTEMES D'ASSURANCE MALADIE PARTICIPATIFS ARTICULES AVEC DES INSTITUTIONS EXISTANTES .....	11
4. METTRE EN PLACE LES MECANISMES DE DIFFUSION DES SAVOIR-FAIRE .....	12
4.1. Elaboration de guides de bonnes pratiques .....	12
4.2. Elaboration d'un logiciel de gestion des risques .....	12
4.3. Appui aux partenaires du Sud .....	12
4.4. Etude d'impact et capitalisation .....	12
5. CONCLUSIONS .....	13
5.1. Points forts du département .....	13
5.2. Points faibles du département .....	13
 <b>III. POSITIONNEMENT ET AXES STRATEGIQUES .....</b>	 <b>14</b>
1. POSITIONNEMENT DU DEPARTEMENT .....	14
2. AXES STRATEGIQUES DU DEPARTEMENT .....	15
2.1. Professionnaliser la gestion des systèmes de micro-assurance santé .....	15
2.2. Diversifier les modes de financement et de consolidation financière de la micro-assurance santé .....	15
2.3. Promouvoir avec d'autres acteurs une offre de soins de qualité adaptée aux besoins des systèmes de micro-assurance .....	16
2.4. Insérer les systèmes de micro-assurance santé dans les dispositifs nationaux de protection sociale .....	16

<b>IV. PLAN D'ACTIIONS 2010-2014 .....</b>	<b>18</b>
1. OBJECTIFS GENERAUX .....	18
2. OBJECTIF SPECIFIQUE .....	18
3. RESULTATS ATTENDUS .....	18
<i>R.A 1 - Des services de promotion et de gestion professionnels ont permis aux organisations de micro-assurance santé et aux assureurs privés de diversifier leurs produits.....</i>	<i>18</i>
<i>R.A 2 – Les organismes de micro-assurance promus ont diversifié leurs sources de financement.....</i>	<i>20</i>
<i>R.A 3 – Les organisations de micro-assurance appuyées ont contribué à améliorer l'accès de leurs membres à des soins de qualité .....</i>	<i>20</i>
<i>R.A 4 – Les systèmes de micro-assurance participative sont intégrés dans les dispositifs nationaux d'assurance maladie en Afrique de l'Ouest et en Afrique de l'Est.....</i>	<i>21</i>
<i>R.A 5 - Le département a complété ses domaines d'expertise, standardisé ses modes opératoires et diversifié ses partenariats stratégiques et financiers.....</i>	<i>22</i>

# I. Grandes lignes du diagnostic sectoriel

## 1. Retour du concept de gratuité des soins

Avec trois des objectifs du millénaire qui lui sont consacrés, la thématique santé est un des éléments centraux des politiques d'aide au développement. Cependant la fonctionnalité des systèmes publics de santé ne s'est pas fondamentalement améliorée et on constate une tendance à la baisse de la qualité des soins. Cette carence de l'offre de soins se traduit par une pénurie chronique de médicaments, l'absence de personnels qualifiés, etc. On observe également une hausse sensible du coût de la santé (qui n'est pas uniquement liée à la prise en charge du SIDA), alors que les budgets qui lui sont consacrés par les Etats n'évoluent pas dans les mêmes proportions.

Le retour ou l'émergence de maladies endémiques, l'évolution des maladies de longue durée, la dégradation des conditions de vie en zones rurales et urbaines ou encore les difficultés à mobiliser des ressources sont des facteurs sérieux de déséquilibre des moyens disponibles tant au niveau des ménages qu'au niveau des Etats et de l'offre de soins. Un plus grand déséquilibre dans l'accès à des soins de qualité entre riches et pauvres mais aussi entre ruraux et urbains est déjà visible.

C'est dans ce contexte que le lobbying réalisé en particulier par le BIT<sup>1</sup> en faveur d'une protection sociale pour le plus grand nombre trouve une écoute particulière de la part des Etats. Parallèlement, on observe une multiplication des initiatives visant l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé par des mécanismes de financement ciblant une catégorie de pathologies ou de population.

C'est aussi dans ce contexte que la question de la gratuité des soins revient en force sans que ses contours ne soient toujours bien définis ou ne fassent l'objet d'un consensus. Pour des motifs qui leur sont propres, les points de vue de différentes catégories d'acteurs convergent vers la nécessité de promouvoir la gratuité des soins pour les populations des pays à faibles revenus. Les grandes ONG européennes, au nom de l'efficacité, plaident pour l'instauration de la gratuité des soins au bénéfice des plus démunis, alors que les autorités du Conseil National contre le Sida prônent la gratuité de la prise en charge de la maladie pour tous. C'est également le cas des Etats qui se fixent pour objectif le retour à la gratuité des soins.

## 2. Impact de cette situation sur la micro-assurance santé

### 2.1. Réserves des bailleurs de fonds

L'option communautaire en matière d'organisation de l'offre de soins ou de son financement (dont les mutuelles de santé) a vu sa légitimité décroître aux yeux de certains bailleurs, principalement en raison de ses résultats limités en termes d'efficacité et de portée. Dans le domaine de la micro-assurance santé, la gestion mutualiste est toujours l'objet de sympathie, sans pour autant s'imposer aujourd'hui comme une option prioritaire.

La période d'observation critique des dernières années et durant laquelle les financements ont été cantonnés à des micro-expériences, s'est conclue aux yeux

---

<sup>1</sup> BIT : Bureau International du Travail

de certains bailleurs par des doutes sur la capacité du modèle mutualiste à apporter une réponse à la hauteur des défis que pose l'accessibilité des pauvres aux soins de santé. Si la capacité des organisations gérant de la micro-assurance maladie à proposer des services adaptés aux besoins du secteur informel n'est pas contestée, les coûts d'investissement et les interrogations qui pèsent sur la viabilité des dispositifs mis en place, invitent certains bailleurs à rechercher des alternatives méthodologiques innovantes. C'est le cas de l'AFD<sup>2</sup> et du BIT qui ont tous deux mis en place des outils de financement d'innovation que ce secteur peut utiliser.

Cette réserve des bailleurs de fonds vis-à-vis de la micro-assurance est particulièrement visible à l'égard des IMF<sup>3</sup> qui souhaiteraient diversifier leur offre de produits. Le Guide édité par le CGAP<sup>4</sup> à l'intention des bailleurs de fonds se posant la question de financer de telles initiatives en est une illustration et ses recommandations ont été suivies à quelques exceptions près.

## **2.2. Nécessité d'une stratégie de subventionnement**

La mise en œuvre de stratégies de subventionnement des systèmes de micro-assurance santé pour les populations à faibles ressources, est une nécessité, qu'elles prennent ou non la forme de réassurance sociale. Les premières applications de cette stratégie ont vu le jour pour les systèmes à adhésion obligatoire au Ghana. Elles sont plus difficiles à mettre en œuvre dans les systèmes à adhésion volontaire. L'abandon du dogme de l'autofinancement des systèmes de micro-assurance santé pour le secteur informel par le BIT, partagé par certains bailleurs de fonds, au profit de la recherche d'articulation avec des financements publics est également à approfondir.

## **2.3. Construction d'un cadre réglementaire**

La volonté des Etats de concevoir des systèmes nationaux d'assurance maladie s'exprime sur le plan législatif par la promulgation de lois ou de décrets encadrant strictement la création, l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé.

Alors que les mutuelles de santé ne disposaient à ce jour à l'exception du Mali et du Sénégal d'aucune législation adaptée, l'élaboration participative d'un texte communautaire pour les pays de l'UEMOA<sup>5</sup> pourrait constituer, lorsque celui-ci sera adopté et mis en application par les Etats membres, une avancée importante. Il existe cependant un fort risque d'initier ainsi un besoin de tutelle et de contrôle disproportionné par rapport au volume d'activités du secteur.

# **3. Evolution des stratégies des opérateurs**

## **3.1. Concurrence et arrivée des opérateurs privés**

L'appui à la promotion d'une offre de micro-assurance santé en Afrique était proposé ces dernières années par un nombre limité d'opérateurs d'appui. Ces opérateurs ont su, sous l'impulsion parfois des Ministères de la santé et en raison de l'étroitesse du marché rural, éviter des situations de concurrence directe sur le même territoire.

---

<sup>2</sup> AFD – Agence Française de Développement

<sup>3</sup> IMF – Institution de microfinance

<sup>4</sup> CGAP – Consultative Group to Assist the Poorest

<sup>5</sup> UEMOA – Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

Si de nombreuses zones demeurent non couvertes en milieu rural, il n'en est pas de même en milieu urbain où les situations de concurrence s'observent déjà. On constate également une tendance à l'abandon des stratégies d'appui de proximité (à base territoriale) au profit d'un ciblage sur des organisations de la société civile de portée nationale.

Encore peu d'ONG du Nord, intervenant dans le secteur de la santé, ont des perspectives précises d'intervenir dans le domaine de l'assurance maladie. En revanche, l'arrivée des assureurs privés sur le marché de la micro-assurance déjà présents sur d'autres continents et en Afrique de l'Est, est perceptible en Afrique de l'Ouest et Centrale. Leur absence de connaissance de ce nouveau marché et des spécificités techniques des produits de micro-assurance dans le secteur de la santé, les incitera probablement à nouer des alliances avec d'autres opérateurs.

### **3.2. Montée en puissance des modèles à adhésion obligatoire**

L'opérateur qui a pris un avantage comparatif significatif est PHR<sup>6</sup> qui a appuyé la mise en place de systèmes nationaux à base communautaire et à adhésion obligatoire dans des pays francophones (Rwanda) ou anglophones (Ghana). Le GRET<sup>7</sup> lui emboîte le pas au Cambodge avec des employés du secteur textile. Les résultats obtenus par PHR au Rwanda en terme de portée et de viabilité n'ont rien à voir avec ceux des systèmes à adhésion volontaire, même si curieusement, les taux d'utilisation des services de santé par les usagers ne connaissent pas une progression très importante. Ce sont les conditions de faisabilité de ce modèle obligatoire (niveau de fonctionnement minimum de l'offre de soins, pouvoir politique fort et moyens de contrôle) qui limitent son attractivité et sa répliquabilité.

### **3.3. Adossement des systèmes de micro-assurance santé à des organisations existantes de la société civile de portée nationale**

Le temps des programmes d'expérimentation de systèmes mutualistes à petite échelle semble révolu. Les opérateurs institutionnels privilégient la recherche des partenariats avec des organisations fortes et structurées sur le plan national.

## **4. Défis pour la micro-assurance santé**

### **4.1. Se positionner sur les nouveaux marchés du financement de la santé**

L'augmentation attendue des ressources allouées au secteur de la santé et leur allocation au financement de la demande par l'intermédiaire de fonds publics d'achats va induire une forte demande de recours à des capacités de gestion dont dispose le CIDR et les unités techniques des réseaux de mutuelles du CIDR qui peuvent se positionner sur ce nouveau marché.

Pour faire face aux exigences induites par les nouvelles réglementations, les mutuelles auront également besoin de renforcer leurs capacités de gestion et leurs systèmes d'information. Les mutuelles qui ne disposent pas de structures d'appui devront avoir recours à des compétences en externe que le CIDR peut leur offrir en direct ou en suscitant la création de capacités de gestion locales.

---

<sup>6</sup> PHR – Program Health Reform

<sup>7</sup> GRET – Groupe de Recherche et d'Echange Technologique

#### **4.2. Affirmer la place de la micro-assurance comme réponse adaptée aux besoins de couverture maladie des populations du secteur informel et agricole**

Après une première phase où de nombreuses expérimentations ont vu le jour, l'histoire de la micro-assurance en général et de la mutualité en santé en Afrique semble être entrée dans une nouvelle phase avec la nécessité de trouver sa place dans un paysage institutionnel et réglementaire plus contraignant.

Elle devra intégrer la volonté des gouvernements d'un « passage à l'échelle » de l'assurance maladie dont ils espèrent qu'elle puisse, un jour, devenir universelle. Un nombre croissant de pays va affirmer une volonté d'instaurer la couverture médicale universelle en intégrant ou non le modèle mutualiste comme un des dispositifs de couverture maladie. Le rôle que joueront les dispositifs de micro-assurance n'est pas à priori fixé. Il dépendra des arbitrages de chaque pays. Le CIDR doit développer des stratégies pour influencer les décisions qui seront finalement prises par les gouvernements.

#### **4.3. Diversifier l'offre en matière de micro-assurance santé**

Les besoins en matière de micro-assurance santé ne se résument pas à la couverture des maladies soignées dans les services de santé de proximité. Des besoins de couverture plus ciblés d'une catégorie de population ou pour des risques sélectionnés existent. Ces besoins sont loin d'avoir été répertoriés. L'offre en matière de micro-assurance santé est aujourd'hui peu diversifiée en Afrique, dominée par la distribution de produits à couverture limitée à tout ou partie des prestations offertes par les services de santé de proximité.

#### **4.4. Développer des partenariats avec les opérateurs du Sud**

Les ONG du Sud ont été plus actives que celles du Nord à investir le champ de la micro-assurance, avec cependant des niveaux de professionnalisme très variable d'une ONG à l'autre. Il existe de ce fait une demande forte de capitalisation et de diffusion des enseignements.

#### **4.5. Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins**

Si l'augmentation des ressources externes qui seront allouées aux services publics de santé est l'hypothèse la plus probable, leur affectation prioritaire à des investissements ne contribuera que marginalement à améliorer la qualité des soins en raison des fortes contraintes de gestion et de gouvernance qu'ils rencontrent.

Dans ce contexte, les institutions de micro-assurance santé se tournent vers les services de santé privés sociaux. Malgré la qualité et l'utilité reconnue de services qu'ils apportent, ce secteur très dépendant d'une aide non institutionnelle en décroissance, se développe lentement. Le développement d'une offre privée de soins, lorsque celle-ci ne poursuit pas des objectifs commerciaux, est pourtant une réelle opportunité pour les mutuelles.

## II. Principaux résultats de l'auto-évaluation du plan d'orientation stratégique 2004-2008

Un plan d'orientation stratégique a été élaboré en 2003 pour le département « Systèmes de santé et prévoyance sociale » et mis en œuvre sur la période 2004-2008. Courant 2008, une auto-évaluation a été réalisée sur la base des résultats attendus au niveau des quatre objectifs suivants :

- Consolider et développer des réseaux de mutuelles de santé dans les pays francophones
- Définir la place et promouvoir des mécanismes d'assurance maladie volontaire et participative en Afrique anglophone
- Promouvoir des systèmes d'assurance maladie participatifs articulés avec des institutions existantes
- Mettre en place les mécanismes de diffusion des savoir-faire

### 1. Consolider et développer des réseaux de mutuelles de santé dans les pays francophones

#### 1.1. Croissance des réseaux

L'adaptation des méthodologies mises en œuvre dans le programme des Comores (adhésion automatique dans le cadre de sécurités sociales villageoises) a permis de dépasser les objectifs de pénétration fixés, mais sur une population cible plus faible que prévue. Les réseaux du Bénin et de Guinée ont connu une croissance significative avec un taux de croissance brute supérieur à 150 % au cours de la période sans toutefois parvenir à dépasser des taux moyens de pénétration de 10 %. La croissance des réseaux de mutuelles proposant des produits familiaux à adhésion volontaire reste fragile et sensible aux variations des facteurs d'adhésion internes (variation du montant de la cotisation, dynamisme des leaders) et externes (pouvoir d'achat, offre de soins) et aux stratégies de croissance externe adoptées.

#### 1.2. Stratégie de diversification des cibles et des produits

Les stratégies de diversification des cibles (écoles, villages, groupes professionnels organisés) et des produits (garantie scolaire, maternité sans risque, assurance accidents corporels) mises en œuvre au cours de la phase au Bénin ont donné de bons résultats en termes de croissance interne et de mobilisation des ressources. Elles sont en voie de diffusion en Guinée. Elles ne sont pourtant pas en mesure d'assurer seules la viabilité des réseaux. Les mécanismes de réassurance conçus pour permettre aux mutuelles n'ayant pas de capacités financières suffisantes, de proposer ces nouveaux produits se sont avérés efficaces. Un système de coassurance des risques majeurs (interventions chirurgicales) a permis de consolider la situation financière des mutuelles de petite taille du RAS<sup>8</sup> au Bénin.

#### 1.3. Processus d'institutionnalisation

Le processus d'institutionnalisation a été achevé avec les trois réseaux qui disposent de leurs propres statuts et organes de gouvernance.

---

<sup>8</sup> RAS : Réseau Alliance Santé (Bénin)

Le niveau d'autonomie technique est variable d'un réseau à l'autre :

- Le Réseau Alliance Santé au Bénin fonctionne de façon autonome sans assistance technique permanente depuis fin 2007. Il dispose de compétences internes solides et assume la maîtrise d'ouvrage du projet depuis mi 2007.
- L'UMSGF<sup>9</sup> est en voie de finalisation de son schéma de structuration. Les capacités de son Unité Technique sont encore à renforcer. Il va prochainement acquérir son autonomie de fonctionnement avec la création d'un poste de directeur des opérations.
- La restructuration plus récente de l'AMSN<sup>10</sup> aux Comores, n'a pas encore permis d'installer un service technique performant.

#### **1.4. Nouveaux réseaux**

Un réseau composé de 9 mutuelles a vu le jour au Bénin dans le département de l'Atacora. Une nouvelle phase d'accompagnement devra être programmée pour lui permettre de fonctionner en toute autonomie. Des études de faisabilité et de programmation ont été menées sur deux nouveaux projets, au Tchad et au Cameroun.

## **2. Définir la place et promouvoir des mécanismes d'assurance maladie volontaire et participative en Afrique anglophone**

### **2.1. Croissance des réseaux**

Dans les trois réseaux (au Kenya, en Ouganda et en Tanzanie) les effectifs ont augmenté significativement mais ne représentent encore au total seulement 26 000 assurés. En 2008, seul le réseau tanzanien avait atteint un seuil proche de 10 000 bénéficiaires, qui s'est révélé être un « seuil de démonstration ». C'est dans ce pays que l'impact du programme a été le plus marqué.

### **2.2. Articulation avec les politiques nationales de protection sociale**

#### a. Kenya

Au Kenya, dans un contexte fortement concurrentiel avec l'omniprésence du NHIF (National Health Insurance Fund) et l'arrivée plus récente d'assureurs privés, la place des organisations communautaires promues par le programme CIDR (CBHF<sup>11</sup>) s'est progressivement dessinée. Le programme a pu concevoir une offre de produits adaptés à une population à faibles ressources, complémentaire de l'offre existante. Pour autant, et malgré une forte croissance, les CBHF demeurent fragiles. Pour augmenter significativement leur portée, le programme a mis en œuvre récemment une stratégie de démarchage de groupes de producteurs de café en recherchant des cofinancements des produits de micro-assurance auprès de sociétés de négoce de leur production.

Une ONG locale a pu être mise en place avec un personnel engagé et disposant de réelles capacités dans le montage des CBHF, mais avec encore certaines insuffisances sur le plan des techniques assurantielles.

---

<sup>9</sup> UMSGF – Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière

<sup>10</sup> AMSN – Association des Mutuelles de Santé de Ngazidja

<sup>11</sup> CBHF – Community Based Health Financing

### b. Ouganda

En Ouganda, une progression constante des effectifs a été enregistrée au cours de la phase. Les HPMS<sup>12</sup> de Luwero gérant des crédits santé ne trouveront cependant leur autonomie technique qu'avec une implication forte de l'hôpital de Kiwoko et leur autonomie financière avec la réintroduction des produits de micro-assurance. L'ONG SHU<sup>13</sup> gérant ce volet du programme, constitue progressivement une équipe stable et compétente pour accompagner les « Community Health Fund » (CHF) créés vers leur autonomie.

Le démarrage d'un programme de micro-assurance à Bushenyi, géré selon le modèle des SMHIS<sup>14</sup> en Tanzanie est prometteur, malgré un contexte concurrentiel marqué. Le gouvernement ougandais a décidé d'instaurer un « Community Health Fund » qui devrait voir le jour début 2009. SHU sera mise dans l'obligation de développer les capacités de dialogue politique et de s'entourer des compétences nécessaires pour que les SMHIS trouvent leur place dans le dispositif national de protection face au risque maladie.

### c. Tanzanie

La montée en puissance des effectifs des SMHIS, alors que le système national (Community Health Fund) rencontrait de sérieuses difficultés à se développer, a rendu possible la mise en place de mécanismes d'articulation entre les deux systèmes qui permettront aux SMHIS de bénéficier d'une reconnaissance et de fonds de cofinancement par l'Etat. Ces relativement bons résultats qualitatifs ont également permis de démontrer la valeur ajoutée de systèmes de micro-assurance gouvernés par les membres.

A l'occasion de la réalisation d'une étude de faisabilité dans un nouveau District (District de Kyela), le programme CIDR est rentré dans une phase de dialogue politique avec les autorités sanitaires régionales en vue de faire évoluer le CHF vers un système autogéré s'inspirant en partie du mode d'organisation des SMHIS. Si la reconnaissance du modèle SMHIS comme composante du CHF apparaît comme une stratégie possible d'institutionnalisation, elle se limite actuellement à des arrangements contractuels locaux.

## **3. Promouvoir des systèmes d'assurance maladie participatifs articulés avec des institutions existantes**

Les stratégies mises en œuvre dans le cadre du plan d'orientation 2004-2008, reposant sur la gestion par des IMF de produits de micro-assurance santé, n'ont pas donné les résultats escomptés. Le programme initié au Mali s'est achevé en 2005, sans que l'autonomie technique et financière de l'activité de micro-assurance n'ait été atteinte. Une étude a été menée avec l'IMF « Wages » à Lomé au Togo. Mais les conditions de faisabilité d'une gestion de la micro-assurance par Wages n'ont pas été démontrées. Au vu de ces deux expériences la stratégie d'articulation a été revue. La capitalisation de ces expériences a permis de définir une stratégie d'articulation de l'activité de micro-assurance dans une IMF reposant sur le portage du risque par des mutuelles, avec une externalisation de la gestion technique à des centres de gestion spécialisés.

---

<sup>12</sup> HPMS - Health Prepayment Microinsurance Schemes

<sup>13</sup> SHU – Save for Health Uganda

<sup>14</sup> SMIHS – Self Managed Health Insurance Scheme

Le département a peu investi pour tester des systèmes de micro-assurance santé cogérés avec des prestataires de soins. Ce modèle trouve sa raison d'être lorsque les compétences techniques locales font défaut au sein des réseaux et lorsque les perspectives de croissance sont faibles. Comme indiqué, ce modèle est en cours de définition avec l'Hôpital de Kiwoko à Luwero en Ouganda. Il a été proposé au Cameroun pour développer des mutuelles en zone forestière.

## **4. Mettre en place les mécanismes de diffusion des savoir-faire**

### **4.1. Elaboration de guides de bonnes pratiques**

Des documents de bonnes pratiques ont été élaborés sous forme de guides : guide technique de gestion de la micro-assurance santé, guide pour la conception de produits de micro-assurance, guide méthodologique d'étude de faisabilité. Une étude de cas en Guinée a été réalisée à la demande du CGAP. Ces documents se sont avérés utiles pour la formation des cadres des projets. Ils doivent être complétés avec la constitution d'outils pratiques et de « kit » de formation.

### **4.2. Elaboration d'un logiciel de gestion des risques**

L'élaboration d'un logiciel professionnel de gestion des risques a été l'occasion de renforcer les partenariats avec un cabinet sénégalais spécialisé dans le domaine de la gestion des risques. Cet outil devrait permettre une gestion plus efficiente de la micro-assurance santé par les services techniques des différents programmes. Il devrait également faciliter le transfert de savoir faire assurantiel et favoriser les échanges entre ses utilisateurs.

### **4.3. Appui aux partenaires du Sud**

Le département a appuyé l'émergence ou le développement de 3 ONG, SOLIDEV<sup>15</sup> au Bénin, SHU en Ouganda et AYI<sup>16</sup> au Kenya. Si celles-ci ont montré des capacités réelles en termes de gestion de programmes, le transfert des techniques de conception de produits et de gestion des risques maladie n'a été que partiel, en raison d'une démarche de formation du département insuffisante.

### **4.4. Etude d'impact et capitalisation**

Le département a conclu un partenariat avec l'Université de Montréal pour mettre au point une méthodologie d'étude d'impact des mutuelles de santé. La méthodologie testée a permis de caractériser l'impact des mutuelles sur le recours aux soins des mutualistes et leurs dépenses de soins, d'une part et le renforcement des capacités d'agir des mutualistes et des élus d'autre part. Elle s'est avérée difficilement répliquable dans d'autres programmes, en l'absence de moyens financiers conséquents.

Les deux programmes les plus anciens (Bénin Borgou et Guinée Forestière) ont donné lieu à une capitalisation. Celle de Guinée a donné lieu à une étude de cas publiée par le BIT.

---

<sup>15</sup> SOLIDEV: Solidarité et Développement

<sup>16</sup> AYI : Afya yetu Initiative ; Afya Yetu : en swahili veut dire « Notre Santé »

## 5. Conclusions

### 5.1. Points forts du département

Les principales forces du département sont les suivantes :

- L'investissement fait par le département ces dernières années en matière de gestion professionnelle de la micro-assurance santé a contribué à renforcer la crédibilité des réseaux de mutuelles qu'il appuie dans les pays d'intervention.
- Le département a développé une capacité technique dans le domaine de la conception de nouveaux produits à plus large portée, dans la gestion des produits et la réassurance.
- L'investissement réalisé par le département avec la création d'un logiciel de gestion des risques pourra être valorisé lors de la prochaine phase du programme (outils informatiques et méthodes formalisées).
- Des stratégies alternatives potentiellement plus efficaces de gestion de la micro-assurance santé qui transfèrent la gestion à des structures professionnelles ont été identifiées et formulées. Elles pourront être rapidement mises en œuvre.
- Le savoir-faire technique reconnu du département crée des conditions favorables à la recherche d'alliances opérationnelles avec des acteurs professionnels disposant de compétences complémentaires (CERMES<sup>17</sup>, CGR<sup>18</sup>, FNMF<sup>19</sup>).

### 5.2. Points faibles du département

- Les premiers réseaux appuyés par le département sont encore fragiles en raison de la petite taille des mutuelles et de leur difficulté à fidéliser des cadres compétents. Les limites de la portée des systèmes non subventionnés de micro-assurance maladie à adhésion familiale et volontaire ont clairement été mises en évidence au cours de la phase.
- Le coût des programmes est élevé en raison de la durée nécessaire au montage de réseaux selon la méthodologie actuellement adoptée.
- Le département rencontre des difficultés à transférer des compétences techniques à des cadres nationaux et à les fidéliser au sein des réseaux appuyés.
- Les innovations n'ont été que partiellement capitalisées et n'ont pas toutes donné lieu à la production d'outils diffusables alors que la demande des partenaires et des bailleurs de fonds est forte.
- La capacité d'intervention du département au niveau des institutions publiques et au niveau national est insuffisante, avec pour conséquence de ne pas suffisamment peser sur les décisions politiques qui sont cependant une des conditions de la pérennité des structures mises en place.

---

<sup>17</sup> CERMES Centre de Recherche, médecine, sciences, santé et société

<sup>18</sup> GCR – Cabinet de Conseil et Gestion des Risques

<sup>19</sup> FNMF – Fédération Nationale de la Mutualité Française

### III. Positionnement et axes stratégiques

#### 1. Positionnement du département

Les besoins de sécurité sociale des actifs non salariés du secteur informel, tant en milieu rural qu'en milieu urbain, ne sont que très partiellement couverts, que ce soit face à la maladie, le décès, ou l'invalidité. Pour répondre efficacement à ces besoins et réduire la vulnérabilité des populations africaines du secteur informel il est nécessaire de concevoir, négocier et mettre en œuvre des dispositifs spécifiques de micro-assurance.

Malgré une forte volonté politique, les régimes nationaux d'assurance maladie qui se développeront dans les années à venir, seront amenés à couvrir en priorité les salariés de la fonction publique et du secteur privé formel. Ils rencontreront de sérieuses difficultés pour atteindre les populations du secteur informel. De leur côté, les assurances commerciales souhaitant prospecter de nouveaux publics et développer leurs activités, mettront en œuvre des stratégies en direction du secteur informel et devront pour cela, du moins dans un premier temps, nouer des alliances et rechercher des expertises dans le domaine de la micro-assurance.

Le département « Systèmes de santé et prévoyance sociale » a comme ambition à l'horizon 2014, d'être reconnu par les acteurs publics et privés comme un organisme de référence dans le secteur de la micro-assurance, ayant une large portée, accessible au secteur informel, en milieu rural et en milieu urbain, à gouvernance participative et répondant aux standards d'une gestion professionnelle.

Pour cela, le département développera des stratégies d'intégration des organisations de micro-assurance participative dans les dispositifs nationaux d'assurance maladie universelle, tout en préservant leur spécificité. Il diversifiera son savoir-faire dans le domaine de la micro-assurance couvrant d'autres risques que la santé (invalidité, décès). Il renforcera ses compétences en interne à effectifs constants en développera des partenariats durables avec des organisations représentatives du mouvement mutualiste du Nord et du Sud.

En complément des programmes régionaux qu'il conduit actuellement, le département se dotera d'une capacité d'intervention au niveau national en appui technique aux mouvements mutualistes existants et de nouveaux champs d'expertise dans le secteur de la réassurance en santé.

L'extension des systèmes d'assurance maladie passe également par une action résolue sur l'offre de soins afin d'en améliorer la qualité. Le département renforcera en conséquence son expertise dans le domaine de la contractualisation avec les services publics de santé et nouera des partenariats avec des opérateurs spécialisés dans la gestion des services de santé. Il contribuera à la promotion d'un secteur privé de soins à vocation sociale assumant des missions de service public dans les zones d'intervention des systèmes de micro-assurance qu'il appuie. Il bâtira des alliances avec des opérateurs d'appui à l'offre de soins et mettra en œuvre des programmes de co-développement des services de santé et de la micro-assurance maladie.

Afin de maximiser l'impact des programmes qu'il conduit, le département développera une stratégie de concentration et de structuration des programmes à l'échelle régionale en Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Sénégal, Togo). Une coordination régionale (inter-pays) sera mise en place en Afrique de l'Est (Kenya, Ouganda et Tanzanie).

## **2. Axes stratégiques du département**

### **2.1. Professionnaliser la gestion des systèmes de micro-assurance santé**

Le département mettra à profit les leçons apprises des programmes de promotion de mutuelles de santé et son expérience en gestion assurantielle, pour promouvoir des centres techniques de promotion et de gestion (CPG) de la micro-assurance santé.

Les CPG assurent la délégation de la gestion technique de la micro-assurance santé pour le compte d'organismes de portage des risques (mutuelles, assureurs ou autres). Ils offrent une gamme de services incluant la conception de produits de micro-assurance, la gestion assurantielle des mécanismes de partage des risques maladie, la gestion financière des adhésions et des sinistres. La gestion des sinistres comporte une fonction d'achat de prestations de soins (négociation du « panier de soins », des protocoles, des tarifs et suivi des contrats avec les prestataires) qui s'adresse en priorité aux mutuelles de santé existantes, mais également aux assureurs privés et à d'autres mécanismes de financement de la santé.

Les assureurs privés sont amenés à rechercher de nouveaux marchés en développant des produits de micro-assurance pour le secteur informel. Leur méconnaissance du risque maladie pour ce public cible les invite à rechercher des partenariats techniques. La délégation des fonctions de gestion à des CPG répond aux besoins de ces assureurs. Le département leur proposera un partenariat dans le but de les aider à construire une offre de services de micro-assurance adaptés aux besoins spécifiques de ce nouveau public. Il s'agira de construire avec eux un nouveau modèle de distribution et de gestion de produits de micro-assurance laissant ou non une place à la participation des clients à la prise en charge de certaines fonctions de gestion des produits (marketing, distribution, etc.).

### **2.2. Diversifier les modes de financement et de consolidation financière de la micro-assurance santé**

La stratégie de cofinancement est une réponse à la faible solvabilité de la demande en micro-assurance maladie au regard des besoins à couvrir et des charges d'intermédiation des dispositifs à financer. Parce qu'ils ont pour mission d'offrir des services accessibles à la majorité des actifs du secteur informel les dispositifs de micro-assurance peuvent saisir les opportunités qu'offrent la multiplication prévisible des mécanismes de financement de la santé, et les mécanismes de réassurance qui vont se développer dans les années à venir.

La diversification des modes de financement fera l'objet de stratégies définies par pays. Ces stratégies préciseront, pour chaque source de financement mobilisable et selon leurs caractéristiques (niveau, durées, objectifs des financeurs), leur fonction dans la consolidation financière des dispositifs de micro-assurance.

Selon les contextes, différents types de financements seront mobilisés :

- Les fonds institutionnels locaux que ce soit au niveau des collectivités territoriales ou à l'échelon national. L'articulation financière des systèmes de micro-assurance avec les régimes d'assurance maladie universelle a comme avantage d'offrir des ressources publiques durables et sécurisées.
- Le financement par des organisations mutualistes du Nord. Ce type de financement est particulièrement adapté aux réseaux mutualistes d'Afrique de l'Ouest ou des pays du Sud francophones. Il peut s'inscrire dans les politiques de communication des organisations mutualistes du Nord.

- Le financement par des ressortissants vivant à l'étranger. Il s'agit d'organiser durablement un financement des mutuelles de santé par les migrants installés en France. Cette option, politiquement sensible, intéresse certains bailleurs de fonds.
- Le financement par des entreprises privées locales dans le cadre de leur politique de communication et de responsabilité sociale. Ce type de financement dépend de la présence, dans les pays d'intervention, de sociétés de taille importante et souhaitant communiquer sur l'aide qu'elles apportent aux travailleurs (salariés ou non) avec lesquels elles sont en relation.

Pour les organisations de micro-assurance santé, la réassurance est à la fois un outil d'amélioration des performances techniques et de consolidation financière. Des mécanismes de réassurance autofinancée seront proposés aux mutuelles existantes pour limiter le niveau de risques qu'elles supportent. D'autres dispositifs de réassurance subventionnée seront intégrés dans les stratégies de marketing des nouveaux programmes ou produits. Le développement de ces différentes formes de réassurance pourra nécessiter la création d'une structure dédiée.

Pour ce faire, le département recherchera les compétences nécessaires pour professionnaliser les dispositifs de réassurance existants et en concevoir de nouveaux plus adaptés à l'évolution des besoins des réseaux de mutuelles et des organismes de micro-assurance. Une évaluation exhaustive des besoins sera réalisée. L'opportunité de concevoir de nouveaux mécanismes de réassurance entre des réseaux de différents pays pour faire face à des risques externes, tels que des épidémies ou le risque d'inflation, sera étudiée dans ce cadre.

### **2.3. Promouvoir avec d'autres acteurs une offre de soins de qualité adaptée aux besoins des systèmes de micro-assurance**

La persistance d'une offre de soins ne répondant pas à l'attente des populations que ce soit en termes de prix ou de qualité, est un des freins majeurs au développement de la micro-assurance santé. Le département mettra en oeuvre des stratégies impliquant les organisations de micro-assurance santé dans l'amélioration de la performance des prestataires de soins conventionnés.

Avec les services publics de santé, il s'agira de négocier et de mettre en oeuvre des mesures dérogatoires ou non, visant directement l'amélioration de la qualité des soins : primes à la performance pour le personnel, diversification des sources d'approvisionnement en médicaments, etc. Dans la mesure où des ouvertures institutionnelles le permettent, la participation des instances mutualistes dans la gouvernance des services publics de santé sera étudiée.

Avec le secteur privé il s'agira de favoriser l'installation d'une offre de soins de qualité de premier niveau dans une démarche de co-promotion des mutuelles. Si le principe de la séparation de la fonction de prestataires de soins et de payeur doit être respecté, les mutuelles doivent être en mesure de négocier des conditions d'accès aux soins qui améliorent l'attractivité de leurs produits, sans compromettre la viabilité des prestataires privés.

### **2.4. Insérer les systèmes de micro-assurance santé dans les dispositifs nationaux de protection sociale**

Les réformes en cours dans un nombre croissant de pays anglophones ou francophones peut être une opportunité ou une menace selon la place qui sera dévolue à la micro-assurance santé dans les dispositifs d'assurance maladie visant une couverture universelle.

Le département développera des stratégies efficaces d'intégration des systèmes de micro-assurance santé dans les dispositifs nationaux de protection sociale.

Pour peser sur les choix politiques, le département mettra en œuvre une stratégie d'alliance avec d'autres opérateurs partageant la même vision. Cette stratégie amorcée avec la Fédération Nationale de la Mutualité Française sera poursuivie avec d'autres opérateurs mutualistes. La création d'un consortium avec ces acteurs pour renforcer la synergie de leurs interventions et leur capacité de négociation leur sera proposée. Ces alliances conduiront à l'élaboration de programmes nationaux de promotion de la micro-assurance santé sous forme mutualiste. Dans beaucoup de pays d'intervention, l'option de mettre en place des systèmes nationaux et/ou régionaux que ce soit dans le domaine de l'amélioration de l'offre de soins ou de celui de la couverture du risque maladie, est en train de progresser rapidement. Le département développera des stratégies de coopération avec des institutions disposant d'une expérience en la matière.

Le département s'impliquera dans les instances de concertation traitant des politiques d'assurance maladie au niveau national et au niveau international (« Concertation » du Bureau International du Travail, CGAP, Banque Mondiale, etc.). Il devra également développer une communication spécifique à l'intention des acteurs privés dans le cadre de la diversification recherchée de ses partenariats.

Dans les pays où il intervient, le département se positionnera comme interlocuteur pour contribuer à l'élaboration des politiques nationales. Il établira des contacts réguliers avec les autorités compétentes. Il réalisera une veille sur les réformes en cours de formulation et participera à des groupes de travail ou de réflexion qui les accompagnent.

## IV. Plan d'actions 2010-2014

### 1. Objectifs généraux

Le département « Systèmes de santé et prévoyance sociale » a pour objectifs généraux de contribuer à :

- Réduire la mortalité des couches vulnérables de la population, en particulier des femmes et des enfants
- Faciliter l'accès aux soins des populations exclues des systèmes publics et privés d'assurance maladie
- Diversifier l'offre de micro-assurance des risques liés à la personne
- Améliorer l'accès des populations aux services de santé publics et privés délivrant des soins de qualité.

### 2. Objectif spécifique

L'objectif spécifique de la période 2010-2014 est d'augmenter la portée de la micro-assurance, en faveur des ménages à faibles revenus, répondant à des standards professionnels, grâce à la mise en œuvre de nouveaux programmes, à la diversification d'opportunités, produits et groupes cibles, à une gestion professionnelle et une gouvernance participative.

#### Principaux indicateurs d'impact

- *Le nombre d'assurés est de 200 000 fin 2012 et de 500 000 fin 2014*
- *Au moins trois nouveaux programmes sont mis en œuvre dans trois nouveaux pays d'intervention avant fin 2014, dont deux avant fin 2012*
- *100% des nouveaux programmes intègrent des groupes organisés dans la diffusion des produits*
- *50 % des réseaux de micro-assurance proposent des produits couvrant le risque décès des assurés*
- *Dans chaque programme de plus de 3 ans et dans chaque nouveau programme un centre de promotion et de gestion est en place*

### 3. Résultats attendus

**R.A 1 - Des services de promotion et de gestion professionnels ont permis aux organisations de micro-assurance santé et aux assureurs privés de diversifier leurs produits**

#### Principaux indicateurs

- *Onze « Centres techniques de Promotion et de Gestion » sont mis en place dont 3 gérés par des ONG locales et un avec un assureur privé*
- *Deux nouveaux produits couvrant des risques liés à la personne et autres que la maladie sont proposés (décès, indemnités d'hospitalisation).*

Activités 1.1. Mettre les services techniques des réseaux de mutuelles aux standards des Centres techniques de Promotion et de Gestion (CPG)

- Finalisation et standardisation des systèmes d'informations des réseaux

- Elaboration d'outils et de manuels de procédures
- Renforcer les ressources humaines des divers services techniques.

Ces activités seront menées au Bénin, aux Comores, en Guinée et en Tanzanie.

Activités 1.2. Promouvoir des Centres techniques de Promotion et de Gestion de la micro-assurance santé dans le cadre de nouveaux programmes

- Mise en œuvre de quatre nouveaux programmes centrés sur la création de Centres techniques de Promotion et de Gestion dans de nouveaux pays d'intervention
- Accompagnement des CPG dans l'extension de leurs services à la promotion de nouveaux groupements mutualistes que ce soit avec des organisations sociales ou professionnelles du secteur informel ou avec les salariés du secteur formel.
- Définition d'une méthodologie d'accompagnement des groupes cibles, testée et diffusée dans les nouveaux programmes. Elle portera sur les stratégies de diffusion des produits, d'enregistrement des membres et de collecte des cotisations et la mise en place de mécanismes de solvabilisation de la demande de micro-assurance par des groupes organisés.

Ces activités seront menées au Burkina Faso et au Togo en 2011, en Côte d'Ivoire en 2012 et en République Démocratique du Congo en 2013.

Activités 1.3. Doter les ONG partenaires en Ouganda et au Kenya de Centres techniques de Promotion et de Gestion de la micro-assurance

- Renforcement des compétences des deux ONG partenaires du CIDR en Ouganda et au Kenya dans le secteur de la gestion de la micro-assurance maladie ;
- Appui à la mise en place et à la structuration, sous leur responsabilité, d'un Centre technique de Promotion et de Gestion.

Activités 1.4. Appuyer les Centres techniques de Promotion et de Gestion dans la diversification de leurs clientèles et de leurs produits

- Mise en œuvre de travaux de capitalisation continue des Centres techniques de Promotion et de gestion
- Rédaction de manuels de procédures et d'outils de marketing pour leur promotion auprès des assureurs privés et des organismes de financement de la santé
- Elaboration d'un plan d'affaires par chaque Centre technique de Promotion et de Gestion incluant une prospection commerciale de clients potentiels autres que les organisations de la micro-assurance santé (fonds d'équité, prise en charge du SIDA, etc.)
- Réalisation d'études de marché et de nouveaux produits pour le compte des organisations de micro-assurance (décès, assurance vie).

Activité 1.5. Tester et évaluer une méthodologie d'appui des assureurs privés pour promouvoir la micro-assurance dans le secteur informel

- Suivi de la recherche-action au Sénégal visant à accompagner les assureurs privés dans le portage des produits de micro-assurance santé ;
- Capitalisation régulière des enseignements du « modèle » testé au Sénégal
- Lancement de nouvelles opérations sur cette thématique.

Activité 1.6. Intégrer les assureurs privés comme partenaires possibles de nouveaux programmes en Afrique de l'Ouest

- Participation des assureurs privés dans le montage de nouveaux programmes incluant la création de Centres techniques de Promotion et de Gestion en Afrique de l'Ouest

**R.A 2 – Les organismes de micro-assurance promus ont diversifié leurs sources de financement**

Principaux indicateurs

- *Des groupements mutualistes du Nord subventionnent durablement les réseaux Bénin, Comores et Guinée à hauteur de 30 % du budget annuel.*
- *Un mécanisme de financement durable des mutuelles par les migrants est mis en place en 2011 aux Comores et au Sénégal en 2012*

Activité 2.1. Etablir des stratégies de cofinancement par pays

- Etude de l'opportunité, de l'affectation des différents mécanismes de financement identifiés et des contextes favorables à leur mise en place.

Activité 2.2. Concevoir et mettre en œuvre un programme de cofinancement des réseaux de mutuelles de santé par des organisations mutualistes du Nord

- Identification, en partenariat avec la Fédération Nationale de la Mutualité Française, de groupements mutualistes français souhaitant s'investir durablement dans l'appui à des organisations mutualistes du Sud.
- Accompagnement des groupements dans la création d'un fond dédié à ce type de financement et dans l'établissement d'un partenariat financier avec les réseaux du Bénin, de Guinée et des Comores.

Activité 2.3. Appuyer la création de mécanismes de financement des réseaux de mutuelles de santé par les migrants comoriens et sénégalais

- Etude, aux Comores et au Sénégal, en partenariat avec le CERMES, de l'opportunité de mobiliser les migrants sur le cofinancement d'organisations de micro-assurance santé
- Selon les conclusions de cette étude, appui conseil aux associations de ressortissants pour le montage des structures de financement, de statut mutualiste ou non.

**R.A 3 – Les organisations de micro-assurance appuyées ont contribué à améliorer l'accès de leurs membres à des soins de qualité**

Principaux indicateurs

- *Dans tous les programmes d'Afrique francophone, les réseaux de mutuelles ont contractualisé avec les services publics des mesures d'amélioration de la qualité des soins*
- *Le secteur privé social représente 30 % des prestations prises en charge par l'ensemble des organisations de micro-assurance appuyées par le département.*

Activité 3.1. Mettre en oeuvre des programmes associant appui à l'amélioration de l'offre publique de soins et promotion d'organisations de micro-assurance santé

- Capitalisation des premières expériences de contractualisation avec les services publics, menées en Guinée et au Bénin
- Développement dans chaque programme d'un volet spécifique portant sur la contractualisation avec l'offre publique de soins
- Mise en œuvre localement d'alliances avec des opérateurs d'appui à l'offre publique de soins
- Implication des collectivités territoriales dans la gestion des services publics de santé.

Activité 3.2. En collaboration avec des partenaires du Sud, concevoir et mettre en œuvre des programmes pluri acteurs de promotion de centres de santé privés

- Formulation et mise en oeuvre, en lien avec des organisations de micro-assurance santé, de programmes pluri acteurs de co-développement associant les services privés à but non lucratif et les organisations de micro-assurance
- Mise en œuvre d'un programme, avec l'appui de l'AFD en 2011, associant plusieurs ONG françaises intervenant déjà dans l'un ou l'autre des pays dans lesquels le mouvement mutualiste a atteint une certaine visibilité.

Activités 3.3. Appuyer la création d'un réseau d'organismes spécialisés dans la création et l'appui à la gestion de services de santé privés

- Création d'un réseau d'opérateurs du Nord (Santé Sud, MEMISA) et du Sud (FMG, ACDEV, AMCES) ou d'organismes de financement appuyant le développement du secteur privé social en Afrique
- Définition d'une stratégie d'intervention commune, en lien avec la formation proposée par le CIDR sur le thème du rôle de services de santé privés sociaux en Afrique
- Réalisation d'études d'évaluation sur la performance du secteur privé social et sur leur impact sur le développement des organisations de micro-assurance.

**R.A 4 – Les systèmes de micro-assurance participative sont intégrés dans les dispositifs nationaux d'assurance maladie en Afrique de l'Ouest et en Afrique de l'Est**

Principaux indicateurs

- *Deux programmes conjoints sont réalisés avec l'ANMC et la FNMF en Afrique francophone.*
- *Le département réalise des missions dans le secteur de la réassurance pour le compte de tiers.*
- *Les approches mutualistes, développées par le CIDR en Tanzanie et au Kenya sont étendues à d'autres districts*
- *Dans deux pays d'Afrique de l'Ouest, (Bénin et Burkina Faso) la promotion des mutuelles est intégrée dans les dispositifs gouvernementaux d'assurance maladie universelle.*

Activité 4.1 Capitaliser sur l'impact de la micro-assurance à gouvernance participative et communiquer sur les résultats obtenus par les différents réseaux

- Mise en oeuvre de dispositifs de suivi de l'impact (des services offerts et de la gouvernance participative) des organisations de micro-assurance promues en Afrique de l'Est et de l'Ouest
- Capitalisation des résultats, et diffusion à l'échelon national.

Activités 4.2 Mettre en œuvre des programmes régionaux ou nationaux de promotion des mutuelles de santé en Afrique francophone

- Conception et mise en œuvre d'un programme régional au Bénin réunissant les opérateurs et les réseaux intervenant dans le nord du pays
- Mise en oeuvre d'un programme national en Guinée (plate-forme des opérateurs et centre technique d'appui).

Activité 4.3. Identifier et négocier des modalités d'articulations entre les réseaux de micro-assurance participative et les dispositifs nationaux d'assurance maladie

- Participation à la définition et à la mise en œuvre de régimes d'assurance maladie visant la couverture maladie du secteur informel
- Lobbying pour intégrer des mutuelles de santé dans les dispositifs d'assurance maladie universelle
- Participation à l'élaboration des cadres réglementaires intégrant la micro assurance à gouvernance participative
- Négociation des modalités d'articulation technique et/ou financière.

Ces activités seront menées dans les anciens et les nouveaux programmes en Afrique anglophone (Tanzanie et Kenya) et francophone (Bénin, Guinée, Burkina).

Activité 4.4. Augmenter l'impact des programmes d'Afrique de l'Est par la mise en place d'une coordination régionale

Mise en place d'une coordination régionale en Afrique de l'Est pour :

- Appuyer les ONG promues dans leur dialogue politique avec les autorités nationales et leurs partenaires au développement
- Déconcentrer les services du département
- Mettre en place un pôle de compétences à la disposition des programmes.

Activité 4.5. Participer aux instances de concertation internationale

- Implication dans les instances internationales ayant un impact sur la définition des politiques nationales en matière de protection sociale
- Participation à l'Association des Promoteurs de la Concertation et à aux activités du CGAP Working group sur la micro-assurance.

**R.A 5 - Le département a complété ses domaines d'expertise, standardisé ses modes opératoires et diversifié ses partenariats stratégiques et financiers**

Pour obtenir ses résultats, le département doit s'engager dans une stratégie de renforcement en interne de ses compétences, dans la diversification de ses partenariats et de ses modes opératoires. Il devra être en mesure de concevoir des méthodologies de recherche action à une échelle régionale ou nationale.

Activité 5.1. Compléter les domaines d'expertise et développer un réseau de compétences

- Investissement dans la formation des conseillers techniques dans les techniques de la réassurance
- Recrutement d'un conseiller technique expert en réassurance qui sera amené à intervenir ponctuellement sur d'autres programmes.

### Activité 5.2. Standardiser les modes opératoires

Dans une démarche de management des connaissances :

- Formalisation et standardisation des outils et des méthodes utilisés par le département : élaboration de kit de formation, d'outils techniques de gestion de la micro-assurance, ou de suivi de l'impact (enquêtes de satisfaction, dispositif de suivi des effets, etc.).

### Activité 5.3. Développer des alliances stratégiques avec des opérateurs d'appui à la micro-assurance santé mutualiste

- Développement d'alliances avec des Fédérations d'organisations mutualistes (FNMF, ANMC et WSM) pour le montage d'opérations et de formations conjointes
- Renforcement du partenariat stratégique avec des ONG du Sud (AYI et SHU en Afrique de l'Est ; ONG créées par les diasporas des Comores, du Mali et du Sénégal) en appui à la diversification de leurs activités au niveau national.

### Activité 5.4. Diversifier les stratégies et les partenaires financiers du département

- Accès à des financements nouveaux dans le cadre des alliances stratégiques nouées avec d'autres opérateurs d'appui
- Diversification des partenaires financiers : fondations d'entreprises ou privées (lutte contre le SIDA), entreprises privées (mutuelles ou assurances) intervenant en Afrique dans le cadre de la RSE
- Réponse à des appels d'offre de programmes de micro-assurance santé en partenariat ou non avec des ONG du Sud.