

Rapport d'activités 2009

Systemes de santé et prévoyance sociale



Guinée – Responsables des mutuelles de santé de la ville de N'Zérékoré
Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF)

Systemes de santé et prévoyance sociale

Les programmes du département « Systemes de santé et prévoyance sociale » ont pour objectif de réduire la vulnérabilité des populations à revenus modestes face à la maladie et aux autres risques liés à la personne (décès, invalidité, etc.).

Professionnalisation de la gestion des systemes de micro-assurance

Le département met en place des Centres techniques de Promotion et de Gestion (GPG) de la micro-assurance santé. Ces Centres offrent des services professionnels de gestion aux organisations de portage des risques, mutuelles ou réseaux de mutuelles, assurances privées ou institutions de microfinance, en réduisant les coûts d'intermédiation par une mutualisation des ressources. Les appuis du département à la mise en place des CPG portent sur la réalisation des études de faisabilité, la définition des services, le choix des outils (systemes de suivi des risques, systemes d'information, stratégie de financement), le transfert des compétences (formation des acteurs, accompagnement vers leur autonomie technique et financière).

Le département accompagne les institutions de micro-assurance dans la conception de produits performants adaptés à la demande et à la propension à payer du plus grand nombre : produits à couverture élargie (produits familiaux) ou couvrant un risque spécifique (produits scolaires, produits maternels et infantiles). Il développe également des nouveaux produits d'assurance (décès, funérailles, invalidité).

Diversification des modes de consolidation financière de la micro-assurance

Pour assurer la viabilité des institutions de micro-assurance, le département conçoit et met en œuvre des mécanismes de financement associant des financements publics (redistribution entre les régimes légaux et communautaires) et privés (organisation et rationalisation des transferts de fonds provenant des migrants, mécanismes de cofinancement durable par des mutuelles du Nord, ou par des sociétés privées).

Articulation entre micro-assurance et dispositifs nationaux de protection sociale

Afin de renforcer la couverture maladie des populations du secteur informel et agricole, le département identifie, définit et met en œuvre des modalités d'articulation entre les dispositifs nationaux d'assurance maladie et les systemes de micro-assurance santé : articulation fonctionnelle (partage des fonctions de gestion, systemes d'information uniformisés) ou de gouvernance (représentation dans les instances statutaires).

Promotion d'une offre de soins de qualité

La promotion d'une offre de soins de qualité, financièrement accessible à des populations à revenus modestes est un déterminant majeur de la promotion de la micro-assurance dans le domaine de la santé. Le département dispose d'une compétence dans la conception et la gestion de programmes associant l'appui à l'offre de soins et l'organisation de la demande : définition des relations économiques, institutionnelles et contractuelles entre services de santé et organisation de micro-assurance.

Dans ces différents domaines, le département organise des séminaires de formation qui s'adressent à des promoteurs de la micro-assurance, des gestionnaires, ou des personnels de santé originaires de pays d'Afrique.

I. Faits marquants de l'année 2009

Pour les opérateurs d'appui à la promotion des mutuelles de santé, l'année 2009 marque probablement un tournant. Au Bénin et au Burkina Faso, les dispositifs d'assurance maladie à vocation universelle qui vont probablement rapidement voir le jour, n'accordent qu'une place marginale aux organisations mutualistes. L'arrivée des compagnies d'assurance privées sur le marché de la micro-assurance (Côte d'Ivoire, Afrique du Sud, Sénégal) va restreindre l'espace de développement des mutuelles.

La moindre implication du BIT dans la Concertation des Promoteurs des Mutuelles en Afrique est le signe d'un changement de stratégie des opérateurs qui ne sera pas sans conséquence sur le développement du modèle mutualiste de gestion de la micro-assurance. Cette évolution a conduit les opérateurs d'appui, convaincus du rôle que peut et doit jouer le mouvement mutualiste pour atteindre la couverture maladie universelle, à nouer des alliances. La création d'un Réseau Education et Solidarité en est une illustration.

La nécessité de diversifier les sources de financement de l'assurance maladie pour atteindre une portée significative est maintenant admise par tous. Au cours de l'année, des initiatives ont vu le jour pour organiser des flux financiers solidaires et durables. Elles se manifestent dans la solidarité familiale avec les migrants ou entre mutualistes du Nord et du Sud partageant la même profession. Ces initiatives vont certainement se développer dans les années à venir.

Au niveau des programmes en Afrique de l'Ouest les principaux résultats sont les suivants :

- Au Bénin, le Réseau Alliance Santé a poursuivi sa croissance de façon autonome après le retrait de l'assistance technique permanente. Les dirigeants du RAS et de l'AIMS ont joué un rôle déterminant pour positionner le mouvement mutualiste dans le dispositif national d'assurance maladie universelle en cours d'élaboration.
- En Guinée, la stratégie de diversification des produits a donné des résultats très intéressants, notamment sur le produit « maternité sans risque ». Le processus de restructuration de l'UMSGF n'a pas été sans conséquence sur la croissance des effectifs.
- Le département a mis en œuvre une démarche innovante d'appui aux compagnies d'assurance privées au Sénégal pour faire bénéficier les populations à revenus modestes de services de micro-assurance santé.

Au niveau des programmes en Afrique de l'Est les principaux résultats sont les suivants :

- La croissance des effectifs s'est poursuivie dans les trois programmes où le département intervient.
- En Tanzanie, l'articulation entre les SMHIS promues par le département et le CHF (Community Health Fund) a été réussie dans le district de Mbozi. Un mécanisme de cofinancement des primes par des fonds publics a été négocié. Un accord a été obtenu pour tester un nouveau mode de gouvernance du CHF dans le district de Kyela.
- Le transfert de la maîtrise d'ouvrage du programme CIDR de promotion des CBHF dans le District de Nyeri au Kenya à l'ONG AFYA YETU a été réussi. AFYA YETU a effectivement assumé la fonction de maître d'ouvrage du programme.

L'exercice des nouvelles responsabilités s'est accompagné d'une croissance significative des effectifs qui a permis au programme d'atteindre et dépasser le seuil de démonstration fixé à 10.000 bénéficiaires.

- En Ouganda dans le programme de Bushenyi, le lancement de nouveaux produits maternité sans risque et assurance scolaire ont engagé définitivement l'ONG SHU dans la gestion de la micro-assurance santé et ont fait de Bushenyi le point d'appui pour l'augmentation significative des effectifs de personnes couvertes, avec une exigence croissante de professionnalisation pour l'ONG opératrice. Dans les deux programmes de Luwero et Bushenyi, la croissance s'est poursuivie.

II. Evolution du contexte dans le secteur et les pays d'intervention

1. Afrique de l'Ouest

1.1. Bénin

L'initiative prise par la Présidence de la République de mettre en place un dispositif d'assurance maladie universelle (AMU) a modifié en profondeur le contexte d'intervention du RAS. Les mesures d'accompagnement pour l'amélioration de l'offre de soins qui devraient être prises pourraient avoir des effets positifs sur la croissance des mutuelles.

Mais beaucoup d'incertitudes demeurent encore sur les dispositions pratiques qui seront finalement adoptées et qui auront un effet direct sur le développement possible du réseau : modalités d'adhésion volontaire ou obligatoire à l'AMU, garantie proposée et prix, possibilité pour les mutuelles de gérer ou non la garantie de l'AMU. Selon les décisions qui seront prises, les stratégies de développement du réseau seront à adapter.

1.2. Guinée

En Guinée, l'instabilité politique liée à la prise de pouvoir par les militaires, intervenue en décembre 2008, a été source de tensions, ce qui a pesé sur l'appui au programme.

Les formations sanitaires publiques n'ont pas bénéficié de moyens de fonctionnement du gouvernement. La pénurie de médicaments dans les services publics s'est poursuivie. L'arrêt des dotations en médicaments fournies par les organismes de coopération n'a pas été suivi d'un approvisionnement par le Ministère de la Santé.

La situation des services de santé en particulier au niveau périphérique est telle que le Ministère de la Santé, avec l'appui des rares bailleurs de fonds présents, a dû élaborer un vaste programme de relance des soins de santé primaires.

2. Afrique de l'Est et Océan Indien

2.1. Comores

Le programme de l'Agence française de développement qui vise directement l'amélioration du fonctionnement du système de santé a finalement démarré au cours de l'année, avec l'arrivée de deux médecins au Centre Hospitalier Régional de Hombo et au Centre Médico-chirurgical de Domoni sur l'île d'Anjouan.

2.2. Kenya

Les compagnies d'assurance privées ont démarré leur campagne commerciale pour vendre des produits de micro-assurance mixtes (santé et décès) aux membres des coopératives implantées dans le district de Nyeri.

2.3. Ouganda

La faillite de « Micro-care », une des plus grandes ONG impliquées dans la micro-assurance santé en Ouganda, a semé le doute au niveau du gouvernement, des opérateurs en micro-assurance santé, des prestataires de soins et même des leaders mutualistes. Un travail de communication et de professionnalisation de la gestion sera nécessaire pour les systèmes de protection sociale encore en activité.

2.4. Tanzanie

Le secteur des hôpitaux confessionnels traverse une sérieuse crise de financement, lié au retrait progressif des financements externes dont ils bénéficiaient. Cette crise de financement s'est traduite à court terme par un relèvement des tarifs facturés aux usagers. Mais, dans le même temps, la possibilité pour ces établissements de négocier des « Accords de services » leur donnant accès à des financements durables par l'Etat constitue une réelle opportunité. Les négociations qui ont démarré en 2009 (avec l'appui du programme), devraient aboutir en 2010. Dès juillet 2010, les hôpitaux de Mbozi et de Matema devraient bénéficier de ces financements.

Le programme a bénéficié de la concurrence que se livrent les compagnies de négoce des cultures de rente. Ce contexte a été propice à la négociation d'un subventionnement de la prime par Bioland Limited, une compagnie suisse de négoce de cacao. Des négociations ont été entamées pour faire bénéficier les SMHIS des subsides d'une compagnie de café (LIMA Company).

III. Evolution des programmes

1. Consolider et développer des réseaux de mutuelles de santé dans les pays d'Afrique francophone

Les résultats de l'année 2009 sont les suivants :

Indicateurs	Nombre de mutuelles fin 2008	Nombre de mutuelles fin 2009	Effectifs totaux 2008	Effectifs totaux 2009	Variation des effectifs en %
Bénin Borgou	28	28	37.161	42.504	14 %
Comores	16	22	10.354	11.222	8 %
Guinée	33	32	17.451	15.160	- 13 %
Total	77	82	64.966	68.886	6 %

1.1. Pérennisation des réseaux existants

1.1.1. Augmentation de la portée des réseaux

a. Bénin

L'utilisation de la stratégie « promoteurs », liant une partie de l'intéressement de ces derniers aux résultats atteints en termes d'objectifs d'adhésions, la reconfiguration de l'équipe chargée de la mobilisation sociale, l'implication personnelle des responsables d'établissements scolaires et une campagne de promotion soutenue via les médias ont été les principales stratégies mises en œuvre pour atteindre les effectifs de personnes couvertes.

Si la croissance des effectifs s'est maintenue, un relâchement dans le suivi du risque et financier a été à l'origine d'un dérapage des consommations auxquelles la plupart des mutuelles ont pu faire face en puisant sur leurs réserves.

Le RAS a poursuivi son programme ambitieux de diversification de ces produits. Les contacts pris avec des IMF de la place et avec des « taxis motos » devraient permettre de développer de nouveaux marchés.

b. Comores

En valeur absolue, la croissance des effectifs a été relativement faible passant de 10.354 à 11.222 personnes couvertes principalement sous l'effet de la croissance externe, notamment sur les îles d'Anjouan et Mohéli. La croissance externe s'explique aussi par le nombre de création de mutuelles scolaires qui est en forte augmentation.

En parallèle à la plus forte croissance observée sur les îles d'Anjouan et de Mohéli, zones d'implantation récente du projet, le modèle SSV sur l'île de Ngazidja, qui nécessite une levée de fonds importante pour couvrir la population de tout un village enregistre une baisse des effectifs.

c. Guinée

Au cours de l'année, l'UMSGF a traversé une crise liée au conflit entre les cadres pour obtenir le poste de direction. Suite à ce conflit, l'UMSGF a procédé à une refonte complète de l'équipe. Cette situation a pesé sur les adhésions.

C'est dans ce contexte que l'UMSGF a conduit son programme de lancement de deux nouveaux produits (produit scolaire et produit maternité sans risque). Le produit familial a été exposé à une forte augmentation de sa sinistralité. L'exercice 2008-2009 s'est clôturé par un déficit cumulé de 25 millions de FGN. Sur 30 mutuelles fonctionnelles que compte le réseau en 2008/2009, 16 mutuelles ont dû puiser dans leurs réserves techniques pour compléter leur budget prestations. Mais une seule a dû avoir recours au fonds de garantie.

Le stock de médicaments de l'UMSGF a été d'une grande utilité pour pallier la pénurie de médicaments, même si une meilleure anticipation des besoins est nécessaire pour faire face à toutes les demandes. La construction du Centre de Santé a dû être différée en raison du blocage des financements consécutifs au coup d'état de décembre 2008.

1.1.2. Mise en place de mécanismes de consolidation financière

a. Bénin

Une mission portant sur l'étude des besoins de réassurance a été réalisée par un boursier du BIT sous encadrement du département et du cabinet CGR. Cette mission a permis de préciser le mécanisme de réassurance des interventions chirurgicales mis en place entre les mutuelles et le RAS. La mission a également relevé les faiblesses dans le système d'information et de gestion qui limitent la possibilité de concevoir d'autres mécanismes de réassurance.

b. Comores

Suite à la même étude que celle mentionnée ci-dessous, la possibilité de mettre en place un mécanisme de réassurance n'ayant pas été probante, seule l'utilisation du fonds de garantie existant a connu des orientations nouvelles. Celui-ci sera géré au niveau de l'Union et alimenté par les organisations mutualistes à raison de 2,5% du total des cotisations collectées. Une réflexion a été engagée pour voir dans quelle mesure le fonds aurait deux parties : une intervenant sous forme de réassurance et une autre sous forme de prêt remboursable.

c. Guinée

La même mission que celle organisée au Bénin pour identifier les besoins de réassurance et en définir les mécanismes, a été réalisée en Guinée. Des mécanismes de réassurance ont été identifiés, mais leur mise en place nécessite un renforcement des mécanismes de gestion des risques. Les mesures préalables à prendre ont été proposées.

1.1.3. Professionnalisation de la gestion

Le développement du logiciel de gestion du risque a pris plus de temps que prévu. Une première maquette a été mise en ligne en décembre et les tests sont prévus au cours du premier trimestre 2010.

Au Bénin, le transfert du savoir faire de l'ancien chargé du risque à son remplaçant n'a été que partiel. Le nouveau gestionnaire du risque a bénéficié d'une formation et d'un appui lors d'un stage au CIDR en France. De nouveaux outils de gestion ont été conçus pour permettre un suivi de la sinistralité par les agents mutualistes.

1.1.4. Institutionnalisation

a. Bénin

Les relations entre le RAS et l'AIMS sont désormais régies par une convention et une table des domaines de cohérence permettant ainsi de mieux situer les responsabilités pour plus d'efficacité et d'efficience. Les missions du département ont été des moments forts de renforcement des capacités des membres élus du RAS et des équipes techniques évoluant dans les différentes structures.

b. Comores

Aux Comores l'année 2009 a été marquée par la mise en place des unions insulaires sur les îles d'Anjouan et Mohéli. Créées par de jeunes mutuelles en activités, un dynamisme nouveau et une certaine émulation positive entre îles caractérisent désormais la mise en œuvre des plans d'actions élaborés par ces unions. Un atelier national de mise en place de la fédération nationale organisé en novembre 2009 avec l'appui du département, a travaillé sur les orientations et jeté les bases de fonctionnement de la dite fédération.

c. Guinée

L'Assemblée générale de l'année 2009 a reconduit le bureau exécutif de l'UMSGF, qui était en fin de mandat. L'expérience et les compétences acquises par ses membres ont été les éléments déterminants. Le renouvellement de l'équipe terrain a marqué la fin de « l'époque projet » pour débiter celle de la phase de fonctionnement comme institution autonome. Les profils, les modes opératoires et les salaires ont été revus afin de les faire correspondre à cette nouvelle donne.

1.2. Impact des réseaux en voie d'institutionnalisation

Les résultats de l'étude d'impact réalisée par l'Université de Montréal ont été largement diffusés par le RAS. L'impact observé sur la régulation du fonctionnement des services de santé et sur l'augmentation de la capacité d'agir, a été apprécié par la Coopération Suisse qui finance le programme et qui a décidé la poursuite du financement pour une nouvelle phase de 3 ans. Un dispositif de suivi des effets du programme a été conçu en utilisant les résultats de cette étude. Un cadre a été recruté spécialement pour cette activité.

2. Promouvoir la place de l'assurance maladie volontaire participative en Afrique anglophone

Les résultats de l'année 2009 sont les suivants :

Indicateurs	Nombre de mutuelles fin 2008	Nombre de mutuelles fin 2009	Effectifs totaux 2008	Effectifs totaux 2009	Variation des effectifs en %
Kenya	18	22	9.434	13.224	40 %
Ouganda / Luwero *	18	15	6.934	8.231	19 %

Ouganda / Bushenyi	3	3	1.596	2.434	52 %
Tanzanie	18	30	11.500	13.798	20 %
Total	57	70	29.464	37.687	28 %

* A Luwero en Ouganda, c'est un système de crédit santé qui y a été développé

2.1. Des modalités de gestion et de gouvernance sont adaptées aux différents contextes locaux

Un des objectifs communs aux programmes en Afrique de l'Est est d'évaluer les avantages comparatifs des systèmes de micro-assurance à base de membres par rapport aux systèmes existants qui organisent la gouvernance soit de façon administrée comme le NHIF au Kenya soit par des leaders de la communauté qu'ils aient ou non adhéré et payé leur cotisation (système communautaire).

a. Kenya

L'année 2009 a été la première année où l'ONG AFYA YETU a assumé la fonction de maître d'ouvrage du programme. AFYA YETU, avec l'appui du département, tout en poursuivant le renforcement des capacités internes, mène des activités de formation des élus mutualistes, de conception des produits d'assurance et de gestion du risque des CBHF.

Le jeune réseau des CBHF a en charge la croissance des mutuelles et a recruté son premier employé, un agent mutualiste responsable de la gestion des relations financières avec les prestataires de soins et l'appui à la gestion des mutuelles. Les coopératives de production et de commercialisation du café ont démarré une collaboration avec les mutuelles de santé. Elles avancent le montant des cotisations pour les producteurs de café; ceux-ci remboursent l'avance par retenue à la source lors de la vente du café.

b. Ouganda

Le programme de Luwero, au centre du pays, est un système de crédit santé regroupant des « mutuelles », adossé à l'hôpital de Kiwoko cogérant du système de crédit. En 2007, ces mutuelles se sont constituées en réseau. L'option envisagée d'institutionnaliser de la cogestion entre les mutuelles et l'hôpital ne s'est pas concrétisée en raison de son coût pour l'établissement hospitalier entré en période de restriction budgétaire.

A cours de l'année, l'hôpital a transféré au réseau les fonctions de paiement des prestations par les mutuelles, et la sécurisation de leurs cotisations, pour ne conserver que la fonction de prestataire de soins. La prochaine étape sera la transfert de certaines fonctions encore détenues par SHU (promotion, audit, et système d'information).

Dans le sud du pays, le programme de Bushenyi va achever sa phase pilote. La mise en réseau est prévue au cours de la phase suivante.

c. Tanzanie

Le modèle Self Managed CHF testé dans le District de Mbozi a été concluant. Le niveau d'adhésion dans les villages qui se sont organisés en SMHIS et dont la gestion est déléguée au réseau est supérieur à celui obtenu par le CHF. Le modèle va être étendu en 2010.

Pour autant, le niveau d'adhésion n'est pas suffisant pour justifier le maintien d'un SMHIS dans chaque village. Une restructuration a donc été décidée pour les SMHIS de faible taille avec la création de sections et une centralisation du partage du risque au niveau du réseau.

Dans le district de Kyela, la gestion du CHF par une seule association avec des sections dans chaque village est le modèle retenu par le département et les autorités locales. Il sera mis en œuvre en 2010.

2.2. Des réseaux de systèmes d'assurance maladie participatifs ont atteint un « seuil de démonstration »

a. Kenya

Le programme de Nyeri s'était fixé pour objectif d'atteindre 10.000 bénéficiaires. Les stratégies mises en œuvre pour atteindre cet objectif ont été celles de la fidélisation des anciens adhérents, la prospection de nouveaux groupes cibles et une stratégie produits à prix réduits couvrant l'essentiel de leurs besoins : produits à adhésion automatique proposés à des producteurs de café membres des coffee society par exemple.

Avec ses 13.224 personnes couvertes, le réseau des CBHF sera de plus en plus un interlocuteur crédible de l'organisme public de protection sociale (NHIF), des autorités sanitaires et prestataires de soins.

b. Ouganda

Le programme crédit santé de Luwero approche le seuil des 10.000 bénéficiaires mais les interrogations en termes de viabilité existent toujours. Le programme de Bushenyi, gérant la micro-assurance santé, est en pleine phase de croissance et a une avance par rapport aux prévisions qui avaient été fixées. Les nouveaux produits maternité sans risque et l'assurance scolaire, mis en place vers la fin de l'année 2009, devraient contribuer à l'augmentation significative du nombre de personnes couvertes.

c. Tanzanie

Le mécanisme de cofinancement des primes par un « matching fund » est en place depuis septembre 2009. Cependant, à la fin de l'année, le « matching fund » n'avait pas encore versé sa contrepartie. Le National Health Insurance Fund, qui sur décision gouvernementale, a absorbé le CHF, s'est montré intéressé par l'approche participative des SMHIS et souhaiterait contribuer à son renforcement avant d'envisager de la promouvoir sur l'ensemble du pays.

2.3. Les systèmes d'assurance maladie participatifs sont des interlocuteurs des politiques nationales de protection sociale et de santé

Le département a été sollicité pour participer en juillet 2009 au Kenya à un atelier réunissant les programmes de micro-assurance et les opérateurs membres de KCBHA. Cette rencontre a été l'occasion de faire valoir les résultats obtenus par les programmes appuyés en Tanzanie et au Kenya, d'amorcer un premier dialogue avec le NHIF et d'envisager des pistes de collaboration.

En Tanzanie, l'articulation avec le CHF a été l'occasion de renforcer les capacités des leaders du réseau des SMHIS à la négociation et au dialogue politique avec les autorités du district. Le gouvernement tanzanien a un temps confié au NHIF la gestion du CHF. Une réunion de travail a eu lieu avec la Direction du NHIF qui

souhaitait connaître l'approche des SMHIS et ce qui pouvait être « appliqué » dans le cadre du CHF. D'autres missions ayant été assignées au NHIF, le dialogue n'a pu se poursuivre.

Dans les trois pays, les représentants des programmes jouent un rôle actif au sein des réseaux nationaux de micro-assurance santé qui sont consultés par leurs gouvernements respectifs sur les questions relatives au recouvrement des coûts et à la santé publique.

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

3.1. Des systèmes d'assurance maladie articulés à des institutions de microfinance sont établis

La mise en œuvre de la phase 1 du programme sur la ville de Dakar au Sénégal a été l'occasion d'étudier en profondeur un montage organisationnel associant des assureurs privés, des IMF et un centre de promotion de gestion (CPG) de la micro-assurance santé. Trois IMF ont été associées à cette étude. Les contraintes et les atouts des IMF pour distribuer les produits, faciliter la collecte des cotisations et l'enregistrement des membres ont été clairement identifiés. Deux IMF parmi les trois ont souhaité créer leurs mutuelles et déléguer la gestion des produits au CPG.

3.2. Des systèmes d'assurance maladie sont cogérés avec des prestataires de soins

Cette stratégie, explorée lorsque les systèmes mutualistes promus n'ont pas de capacités de financements propres suffisantes pour couvrir leurs charges de fonctionnement est en cours de mise en œuvre avec l'hôpital de Kiwoko dans le district de Luwero en Ouganda. Mais elle ne peut constituer qu'une solution ponctuelle, car les conditions de succès sont nombreuses et difficiles à réunir.

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

Le recensement et le référencement des documents disponibles du département sur UNGANA se sont poursuivis au cours de l'année. Ce travail devra se poursuivre avec une plus grande implication des conseillers techniques dans le développement de l'outil.

4.1. Les bonnes pratiques en promotion et en gestion des systèmes d'assurance maladie sont formalisées

L'étude de faisabilité approfondie du programme au Sénégal (projet FISONG) a défini les paramètres de la viabilité technique, institutionnelle et financière d'un modèle partenarial de gestion de la micro-assurance santé. Ce modèle associe des compagnies d'assurance pour le portage des risques, les groupes organisés pour la distribution des produits et un centre technique promu par les assureurs (CPG) pour la gestion technique professionnelle des produits. La proposition faite aux assureurs d'investir dans ce CPG a été un facteur déterminant de leur adhésion au projet.

4.2. Des ONG professionnelles créées par des collaborateurs du CIDR sont opérationnelles

Au Kenya, l'ONG AFYA YETU a confirmé sa capacité à gérer des programmes de promotion de la micro-assurance santé et a renforcé son savoir faire en matière de gestion de la micro-assurance, avec le recrutement d'un nouveau cadre.

En Ouganda l'ONG SHU a restructuré son fonctionnement interne en se dotant d'une direction nationale ayant son siège dans la capitale et en diversifiant son partenariat par la signature d'une convention de financement avec l'ONG Cordaid pour la mise en place du produit maternité sans risque. L'appui du département a été concentré sur le renforcement des capacités de SHU dans l'appui aux réseaux de mutuelles de santé et la gestion de nouveaux produits de micro assurance santé.

En Tanzanie, l'équipe du programme de Mbozi a été localisée à Mbeya pour coordonner le démarrage du projet dans le district de Kyela. Un processus de réflexion a démarré en vue de la constitution d'une ONG de promotion de la micro assurance, dans un premier temps au niveau de la région de Mbeya.

L'analyse du niveau d'autonomie technique atteint par les deux premières ONG promues par le département met en évidence le besoin d'apporter un appui de proximité au delà des missions réalisées par le siège. Ce besoin est encore plus marqué pour d'autres opérateurs d'appui intervenant dans ces trois pays. La mise en place d'un centre ressource avec une assistance technique permanente couvrant dans un premier temps les 3 pays, a été identifiée comme la réponse la plus adaptée au besoin de ces structures.

4.3. Le CIDR est intégré à un réseau d'opérateurs du Nord et du Sud spécialisés dans la micro-assurance maladie

Au cours de l'année, le département a poursuivi sa stratégie de constitution d'un réseau entre opérateurs du Nord et du Sud partageant la même vision du développement de la micro assurance maladie en Afrique : CERMES, FNMF, ANMC, WSM. Dans le cadre de ce réseau informel, plusieurs opérations ont été concertées ou mises en œuvre :

- Programme de recherche-action avec le CERMES financé par le BIT Innovation Grant, visant à orienter le transfert de fonds des migrants vers le financement de mutuelles de santé dans leur pays d'origine.
- Signature d'une convention avec la FNMF pour la réalisation d'une étude de faisabilité d'un programme d'appui aux organisations de la société civile pour la promotion de l'assurance maladie à vocation universelle.
- Organisation des séminaires de formation.

III. Synthèse du plan stratégique 2010-2014

Durant les 5 dernières années, le paysage de la micro-assurance en Afrique s'est profondément modifié avec l'interrogation des acteurs (promoteurs et bailleurs de fonds) sur la capacité du modèle mutualiste à atteindre une portée significative et visible à l'échelon national, la montée en puissance des initiatives publiques visant la couverture à vocation universelle, la réorientation de l'appui financier de certains bailleurs de fonds pour soutenir ces initiatives, puis l'arrivée du secteur privé qui, en ciblant un public large, regarde la micro-assurance santé comme un secteur possible de déploiement de son marché dans les années à venir.

Dans le même temps, la performance des systèmes de santé de la plupart des pays africains n'a pas progressé, et la faible qualité des soins susceptibles d'être assurés demeure un des freins majeurs du développement de tout système d'assurance maladie quel que soit son mode de gestion.

Partant de ce contexte et en tenant compte de ses atouts, à savoir une bonne image de marque d'organisme professionnel de promotion de l'assurance maladie, une bonne maîtrise des paramètres de viabilité des organismes de micro assurance, des résultats qui, même modestes par rapport à ses ambitions n'en sont pas moins relativement démonstratifs, le département a défini ses axes stratégiques.

1. Axes stratégiques du département

1.1. 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.).

1.2. 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.

1.3. 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 prestataire 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.

1.4. 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 peuvent 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 oeuvre 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.

2. Plan d'action

2.1. Objectifs généraux et spécifiques

Pour améliorer l'état de santé, en particulier (mais pas exclusivement), des couches les plus vulnérables et un meilleur accès à des soins de qualité, le département se concentrera sur l'augmentation de la portée de la micro-assurance santé en faveur des ménages à faibles revenus. Différentes approches ont été identifiées pour obtenir un passage à l'échelle supérieure de cette forme de protection des couches vulnérables : la diversification des produits (autres que santé), le ciblage de groupes déjà organisés, la diversification de leurs modes de financement, la mise en place de CPG.

Grâce à ces mesures, le nombre d'assurés devrait doubler en 3 ans : passant de 200.000 fin 2012 pour atteindre 500.000 fin 2014. Ces objectifs intègrent le démarrage de 3 nouveaux programmes, et la diversification de l'offre de services par au moins 50 % des programmes qui proposeront une assurance décès.

2.2. Résultats attendus

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

Il s'agit de systématiser la structuration des services techniques de gestion de la micro-assurance santé en CPG : onze « Centres techniques de Promotion et de Gestion » seront mis en place dont 3 gérés par des ONG locales et un avec des assureurs privés. Il s'agit également de sortir du risque maladie pour proposer au moins deux produits couvrant d'autres risques liés à la personne (décès par exemple).

2.2.2. Les organismes de micro-assurance promus ont diversifié leurs sources de financement

Deux sources de cofinancement, les migrants et les organisations mutualistes du Nord seront sollicitées pour assurer la viabilité des trois premiers réseaux promus par le département. Ils devraient ainsi bénéficier de ressources renouvelables représentant 30 % de leur budget annuel.

2.2.3. Les organisations de micro-assurance appuyées ont contribué à améliorer l'accès de leurs membres à des soins de qualité

La contractualisation, entre les réseaux de mutuelles et les services publics, des mesures d'amélioration de la qualité des soins sera systématisée dans tous les programmes d'Afrique francophone. La construction de partenariat avec des opérateurs d'appui aux systèmes de soins ou avec des organisations représentatives de la mutualité en Europe aura permis de promouvoir une offre de soins privée sociale qui représentera 30 % des prestations prises en charge par l'ensemble des organisations de micro-assurance appuyées par le département en 2014.

2.2.4. 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

L'intégration des systèmes de micro-assurance passe par un positionnement national du mouvement. Le département développera des alliances avec l'ANMC et la FNMF par la réalisation de programmes conjoints de portée nationale (Afrique francophone). L'objectif est d'intégrer les mouvements mutualistes existants au Bénin et au Burkina Faso dans les dispositifs d'AMU.

Au Kenya, il s'agit de faire reconnaître les CBHF (Community Based Health Fund) et de les articuler avec le NHIF (National Health Insurance Fund), tandis qu'en Tanzanie, la stratégie est de démontrer la valeur ajoutée d'une gouvernance associative du Community Health Fund) à l'échelle d'un district sanitaire.

2.2.5. 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 s'engagera dans une stratégie de renforcement en interne de ses compétences en particulier dans le domaine de la réassurance. Il diversifiera ses partenariats techniques et financiers en particulier dans le secteur privé s'intéressant à la lutte contre le SIDA et de ses modes opératoires avec une attention particulière en direction des ONG du Sud. Il devra être en mesure de concevoir des méthodologies de recherche action à une échelle régionale ou nationale.

V. Fiches programmes

Secteur d'activités	Systemes de santé et prévoyance sociale
Pays/Localisation Intitulé Phase en cours	BENIN – Départements du Borgou et des Collines Promotion d'un réseau de mutuelles de santé Phase d'extension - 2007/2010
Partenaires institutionnels	Ministère de la Santé Réseau Alliance Santé (RAS)

Objectifs généraux du programme

L'objectif de la phase en cours est d'augmenter le niveau de pérennité des mutuelles et du Réseau Alliance Santé par :

- Une diversification des partenariats du Réseau et un renforcement de son positionnement institutionnel
- Le renforcement de la gouvernance des structures mutualistes
- La professionnalisation de la gestion de la micro-assurance santé et la diversification des produits
- L'amélioration de la qualité des soins offerts aux mutualistes.

Réalisations 2009

Extension du Réseau et adaptation des garanties

- Réalisation d'une étude de faisabilité d'un produit « assurance corporelle » des taxis motos de Parakou.

Viabilité technique, financière et sociale des mutuelles

- Evaluation interne des stratégies d'autonomisation dans les villages et redéfinition des critères d'intervention
- Réalisation d'une étude sur la réassurance des mutuelles par un stagiaire du BIT
- Formalisation des contrats de réassurance par le RAS.
- Audit financier des mutuelles
- Formation du nouveau gestionnaire du risque en France.

Institutionnalisation du Réseau

- Prise en compte de la dimension « mutuelles de santé » dans les dispositifs nationaux de protection sanitaire et obtenue à travers le dialogue politique mené par l'équipe du programme
- Réalisation d'une étude sur les déterminants d'adhésion et communication des résultats au niveau national.

Résultats et impact à fin 2009

- Sans création de nouvelles mutuelles et avec 28 mutuelles fonctionnelles, le réseau comprend 24.504 assurés pour la garantie familiale et 18.000 pour la garantie scolaire, soit un total de 42. 504 assurés (+ 14%). Les objectifs fixés sont atteints à 92 % pour le produit familial et 72% pour le produit scolaire.
- Les acteurs à la base (promotrices /promoteurs, élus mutualistes) ont pu définir et mettre en œuvre les stratégies de croissance de leurs mutuelles.
- Les stratégies d'autonomisation des fonctions d'affiliation et de collecte des cotisations mises en œuvre au niveau des villages ont donné les résultats suivants : 29% des effectifs de la garantie familiale sont mobilisés par 23 villages en toute autonomie ; 39% des effectifs de la garantie familiale sont mobilisés par 18 villages ayant bénéficié d'un appui léger ; 32% des effectifs de la garantie familiale sont mobilisés par 121 villages nécessitant un appui rapproché
- Les 13 membres du Conseil d'Administration et les 3 membres du Comité Exécutif sont capables de formuler des orientations stratégiques au cours des réunions d'Assemblée Générale après le renforcement de leurs capacités sur les thématiques suivantes : leadership et gestion du changement, planification par objectifs, rôle et fonctions d'un Conseil d'Administration.

Programme 2010

Les défis du programme pour 2010 sont les suivants :

- Augmenter les effectifs du réseau à travers la croissance interne (32.000 bénéficiaires pour la garantie familiale et 25.000 bénéficiaires pour la garantie scolaire à fin 2010)
- Améliorer la viabilité technique, organisationnelle et financière du réseau
- Accroître la performance de l'offre de soins à travers la contractualisation
- Diversifier les partenariats techniques et financiers du réseau.

Ces défis seront relevés à travers :

- La poursuite de la diversification des stratégies de croissance : diversification des produits et des groupes cibles
- L'évaluation du processus de contractualisation dans les centres de santé pilotes
- La mise en place d'un logiciel professionnel de gestion des risques et la formation des acteurs à son utilisation
- La réadaptation des textes des mutuelles au nouveau règlement de l'UEMOA sur les mutuelles sociales
- La gestion autonome des relations avec les partenaires institutionnels, financiers et techniques du RAS et de l'AIMS
- La capitalisation et le partage du savoir-faire à travers la publication de documents techniques et stratégiques.

**Partenaire
financier**

Direction du Développement et de la Coopération - Suisse

Secteur d'activités	Systemes de santé et prévoyance sociale
Pays/Localisation Intitulé Phase en cours	UNION des COMORES Fédération des organisations mutualistes Phase d'institutionnalisation – 2008/2011
Partenaires institutionnels	Ministère de la santé Unions insulaires des Organisations Mutualistes

Objectifs généraux du programme

L'objectif central du programme est de favoriser l'accès de la population comorienne à des services de santé de qualité. Les objectifs de la phase en cours sont de :

- Rendre les mutuelles de santé autonomes et pérennes
- Renforcer la viabilité technique et financière des mutuelles de santé existantes en Grande Comores, Anjouan et Mohéli
- Institutionnaliser l'Association des Mutuelles de santé aux Comores
- Promouvoir le mouvement mutualiste aux Comores
- Consolider le partenariat entre le réseau, les prestataires de soins et les autorités de tutelle.

Réalisations 2009

Développement du réseau

- En Grande Comores une mutuelle communautaire, deux mutuelles scolaires, une mutuelle d'associations villageoises et une mutuelle institutionnelle ont été créées
- A Anjouan la croissance interne a surtout été enregistrée dans les mutuelles scolaires ; les associations féminines de Mutsamudu et le Sanduk de Hampanga ont mis en place une mutuelle commune aux membres des deux organisations ; au niveau des mutuelles institutionnelles, le Sanduk de Mirontsy a créé sa mutuelle
- A Mohéli deux nouvelles mutuelles ont été créées: une mutuelle d'association féminine et une autre à base communautaire.

Autonomisation et viabilité des mutuelles :

- Redéfinition des produits
- Etude sur le fonds de garantie et les mécanismes de réassurance
- Formation de l'équipe technique sur le logiciel de gestion des mutuelles
- Auto-évaluation à mi-parcours et identification des axes de progrès.

Consolidation du partenariat entre les acteurs du système de santé

- Organisation d'une mission d'audit médical en Grande Comores
- Concertation avec les partenaires au développement du secteur santé (ASCOBEF, Croissant Rouge, OMS, FNUAP) pour harmoniser les approches
- Signature d'un contrat avec le Ministère de la Santé dans le cadre du PASCO (programme de la Coopération française).

Résultats et impact à fin 2009

- Le réseau mutualiste comorien est constitué de 27 mutuelles actives avec au total 11.222 bénéficiaires répartis ainsi : 5.140 bénéficiaires en Grande Comores, regroupés dans 16 mutuelles, 5.092 bénéficiaires à Anjouan dans 8 mutuelles, 990 bénéficiaires à Mohéli dans 3 mutuelles.
- On recense 4.097 bénéficiaires dans les mutuelles scolaires (soit 35,68%), 3.577 bénéficiaires dans les mutuelles communautaires (32%), 1.798 dans les mutuelles d'associations (16,9%) et 1.727 dans les mutuelles institutionnelles (15,4%).
- Par rapport à 2008, le taux de croissance annuelle globale est de 8%. L'île qui connaît le plus fort taux est Anjouan avec une croissance annuelle de 137% alors qu'à Ngazidja on observe plutôt un recul de l'ordre de 14% qui s'explique par l'arrêt des activités de la SSV de Séléani (516 bénéficiaires) et des mutuelles de la société d'électricité et du SNAC (respectivement 800 et 400 bénéficiaires). A Mohéli la croissance annuelle avoisine 77%, avec la création de 3 mutuelles, mais deux anciennes mutuelles étaient en cessation de paiement à la fin de l'année.

Programme 2010

Augmenter significativement le nombre de bénéficiaires sur l'archipel des Comores

- Trouver et mettre en œuvre des articulations entre l'action des mutuelles et le projet PASCO, notamment dans le domaine de la santé maternelle et infantile
- Appuyer les autorités de la Grande Comores dans la mise en place d'un mécanisme de cofinancement des cotisations dans les SSV
- Participer à l'étude BIT - CERMES sur les transferts des fonds des migrants destinée à mettre en place des mécanismes pérennes de contribution aux soins de santé des populations comoriennes

Renforcer la viabilité financière et technique du réseau

- Informatiser la gestion des mutuelles
- Mettre en place et faire fonctionner les comités de suivi des prestataires
- Réglementer les mécanismes du fonds de garantie et de réassurance
- Organiser un plan de formation et de suivi régulier des prestataires

Poursuivre l'institutionnalisation de l'Association des Mutuelles de Santé aux Comores

- Appuyer la mise en place de la fédération des organisations mutualistes
- Faire émerger un Centre de Promotion et de Gestion au service de la Fédération
- Renforcer les capacités des responsables de la fédération et transférer des compétences aux membres de l'équipe technique
- Contribuer à la mise en place d'une législation nationale des mutuelles

Mener des activités de prévention et de lutte contre les maladies

- Inscrire les activités de prévention dans le programme d'activités des membres des organes des mutuelles
- Développer les relations entre la fédération et les partenaires au développement impliqués dans la lutte contre les maladies et dans l'éducation à la santé
- Rendre disponibles les moyens préventifs pour les mutualistes (paludisme et SIDA)

Partenaires financiers

Evangelischer Entwicklungsdienst (EED) - Allemagne
 Agence française de développement / DTO et DPO
 Union Européenne

Secteur d'activités	Systemes de santé et prévoyance sociale
Pays/Localisation Intitulé Phase en cours	GUINEE – Guinée Forestière Réseau de mutuelles de santé Phase d'autonomisation de l'UMSGF - 2007/2011
Partenaires institutionnels	Ministère de la Santé Union des mutuelles de santé de Guinée Forestière - UMSGF

Objectifs généraux du programme

Les objectifs de la phase en cours sont de :

- Consolider les mutuelles existantes sur le plan financier et fonctionnel.
- Améliorer l'autonomie technique et organisationnelle des mutuelles et du réseau.
- Développer le nombre de mutuelles et de bénéficiaires
- Etablir un partenariat durable entre les mutuelles et les prestataires de soins.

Réalisations 2009

Extension du réseau

- Etude pour la création de nouvelles mutuelles pour l'exercice 2009/2010
- Création de 2 nouvelles mutuelles (AJAD et Palé)
- Lancement de nouveaux produits sur la maternité sans risque et l'assurance scolaire
- Création de nouveaux groupements dans les secteurs déjà couverts
- Application de la nouvelle stratégie de densification.

Amélioration de l'autonomie technique, financière et organisationnelle

- Voyage d'étude et de formation de l'Unité Technique et du Bureau Exécutif à Dakar et au Bénin
- Formation de l'Unité Technique sur le logiciel comptable « Sage Saari »
- Evaluation des contrats d'objectifs et fixation des nouveaux en août 2009
- Création des comptes communs des zones dans le cadre de la délégation de gestion
- Formation des cadres sur la conception des produits et la gestion du risque
- Augmentation du fonds de roulement du stock mutualiste des médicaments
- Restructuration de l'équipe technique de l'Union : recrutement d'un secrétaire administratif, de 3 agents mutualistes et de 6 agents de marketing et développement.

Partenariat avec les prestataires de soins et la tutelle sanitaire

- Signature de nouvelles conventions avec les centres et postes de santé
- Signature de la convention avec AGEBEF et le centre médico-chirurgical de Gouécké
- Extension du partenariat: nouveau contrat sur maternité sans risque avec le FNUAP.

Résultats et impact à fin 2009

- Fin 2009, le réseau est composé de 32 mutuelles de santé proposant 3 produits couvrant un total de 15.160 assurés
- 2.027 familles adhèrent au produit familial avec 12.273 personnes couvertes. La crise institutionnelle traversée par l'organisation en 2009, avec la reconstitution presque totale de l'équipe technique, a affecté négativement la campagne d'adhésions
- Il y a 6 établissements scolaires qui totalisent 1.886 élèves bénéficiaires
- Le produit « Maternité sans risque » couvre 1.001 femmes en âge de procréer sur une population totale de 4.291 personnes
- Au cours de l'exercice 2008-2009, les mutuelles ont pris en charge 10.289 cas pour un total de 133.522.355 de GNF. Les mutuelles ont remboursé aux mutualistes malades hospitalisés 556.500 GNF de frais de transport. Les mutuelles ont réglé les factures des ordonnances externes d'un montant de 8.000.000 GNF
- En comparaison avec le reste de la population, la fréquentation des services hospitaliers par les mutualistes est de l'enviro de 5 fois supérieure.

Programme 2010

Développement quantitatif

- Création de trois nouvelles mutuelles
- Extension de la MSR sur d'autres communes rurales de développement
- Extension de l'assurance scolaire sur 16 établissements scolaires.

Amélioration de l'autonomie technique, financière et organisationnelle

- Mise en œuvre des contrats d'objectifs entre les mutuelles et l'UMSGF
- Densification et développement des mutuelles du réseau
- Formation en direction des différentes catégories d'acteurs internes et externes
- Opérationnalisation de la délégation de gestion
- Informatisation du système de gestion des mutuelles et du stock des médicaments
- Développement des actions de communication externe et interne de l'UMSGF
- Démarches pour la construction du siège social de l'UMSGF et du Centre médical
- Enquête de satisfaction en mai 2010 (produit familial, MSR et assurance scolaire)
- Recrutement d'un cadre spécialisé dans le marketing (contrat de 2 mois) pour faire adhérer les entreprises, les associations, les groupes organisés, etc.

Partenariat avec les prestataires de soins et les autorités sanitaires

- Poursuite des audits médicaux et réunions des comités de suivi
- Assurer l'approvisionnement des centres de santé en médicaments essentiels
- Implication des autorités sanitaires dans la promotion des mutuelles et dans la supervision des centres de santé conventionnés avec les mutuelles
- Poursuite du conventionnement avec les prestataires publics et privés
- Organisation d'un atelier, en partenariat avec les autorités sanitaires nationales et régionales, sur la place et les actions des mutuelles de santé en Guinée Forestière.

Partenaires financiers

Agence française de développement / DPO
 Union des mutuelles de santé de Guinée Forestière
 Organisation des Nations-Unies pour la population (FNUAP)
 Organisation internationale du travail (OIT)
 Organisation des Nations-Unies pour les réfugiés (UNHCR)

Secteur d'activités	Systemes de santé et prévoyance sociale
Pays/Localisation Intitulé Phase en cours	KENYA – District de Nyeri Système d'assurance maladie participatif Phase d'institutionnalisation – 2009/2011
Partenaire Institutionnel	Kenya community based health financing association

Objectifs généraux du programme

- Les objectifs généraux du programme sont de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du district de Nyeri et à l'amélioration de l'efficacité du système de santé kenyan.
- L'objectif spécifique est de promouvoir des mutuelles de santé financièrement autonomes, gérées de manière participative et qui répondent aux besoins sanitaires prioritaires des populations du district de Nyeri.

Réalisations 2009

Extension du réseau

Le réseau des mutuelles a fortement augmenté au cours de l'année 2009, puisque le nombre des mutuelles est passé de 15 à 22, soit une augmentation de 46%.

Institutionnalisation

- Le transfert de la maîtrise d'ouvrage du CIDR à AFYA ETU a été effectif ; AFYA YETU a assuré la mise en œuvre des activités, avec un appui technique du CIDR, à raison de deux missions par an
- La répartition des responsabilités entre le réseau des CBHF et AFYA YETU a été effectuée en ayant soin de marquer les étapes séparant la situation actuelle, caractérisée par un réseau encore faible, à celle souhaitée où le réseau sera autonome, au moins techniquement et institutionnellement
- Un nouvel organigramme d'AFYA YETU a été adopté
- Un diagnostic sur le degré d'autonomie des mutuelles a été effectué et les étapes suivantes du processus d'autonomisation fixées.

Nouveaux groupes cibles

Une nouvelle catégorie de groupe cible de producteurs de café, avec une capacité contributive avérée, a amené de nouveaux membres dans le réseau.

Viabilité technique

- Les produits ont été adaptés aux besoins des membres et trois produits sont proposés : un cogéré avec le NHIF et deux autres gérés par les seuls CBHF
- Une enquête de satisfaction et une étude de marché ont été menées.

Résultats et impact à fin 2009

- 22 CBHF avec 13.224 bénéficiaires sont fonctionnels, soit un taux d'augmentation du nombre de personnes couvertes de 40% entre 2008 et 2009
- 65% des membres des CBHF ont également cotisé au NHIF. La plupart des membres souscrivent au produit combiné en raison de l'extension de la prise en charge par le NHIF et parce qu'ils peuvent s'adresser à plus de 500 prestataires de soins de santé publics, privés et missionnaires dans tout le pays. La complémentarité entre les CBHF et le NHIF permet donc d'offrir un produit assez complet et attractif
- Le système de collecte des cotisations, via la banque et les IMF, est performant et permet d'éviter les fraudes et déperditions des cotisations versées
- Le partage du risque entre le patient, la mutuelle, le fonds de solidarité et le mécanisme de réassurance est un levier important dans la maîtrise des dépenses des prestations maladies par la mutuelle.

Programme 2010

Extension du réseau

- Démarchage à poursuivre en direction de groupes de producteurs de café
- Mise en œuvre des actions destinées à maîtriser la croissance rapide des dernières années.

Institutionnalisation

- Application du nouvel organigramme d'AFYA YETU
- Signature de contrats d'objectifs entre les mutuelles et le réseau
- Renforcement de la gouvernance d'AFYA YETU en la distinguant du programme de mutuelles de santé de Nyeri et en faisant entrer dans le conseil d'administration des personnes externes à l'équipe technique du programme de Nyeri
- Mise en œuvre du premier contrat de partenariat entre AFYA YETU et le réseau
- Analyse de la viabilité financière à moyen terme du réseau des CBHF
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de renforcement des compétences des leaders du réseau
- Elaboration d'une méthodologie et d'un plan d'autonomisation des CBHF
- Appui à AFYA YETU en développement organisationnel : planification stratégique
- Mise en place d'un logiciel de gestion du risque
- Etude juridique sur le statut approprié que doit prendre le réseau des CBHF dans le contexte kenyan.

Collaboration avec les prestataires de soins

- Organisation d'un audit médical
- Renouvellement des conventions avec les hôpitaux sur base des résultats de l'audit médical
- Participation dans les activités de prévention et d'éducation à la santé organisées par les autorités sanitaires régionales.

Partenaires financiers

Evangelischer Entwicklungsdienst (EED) - Allemagne
Agence française de développement / DPO

Secteur d'activités	Systemes de santé et prévoyance sociale
Pays/Localisation Intitulé	OUGANDA - Districts de Luweero et de Bushenyi Système participatif de prépaiement des soins et de micro-assurance
Phase en cours	Phase de consolidation et de démarrage - 2009/2014
Partenaire institutionnel	Save for Health–Uganda (SHU)

Objectifs généraux du programme

L'objectif général commun aux deux programmes de Luweero et de Bushenyi est d'améliorer durablement l'accès des populations à des services de santé de qualité. Les objectifs de la phase de consolidation sur le programme de Luweero sont de développer et stabiliser l'activité de douze systèmes de prépaiement, rendre les systèmes de prépaiement plus attractifs au sein de la population et améliorer la viabilité des systèmes de prépaiement. Le programme de Bushenyi est en phase de démarrage. L'objectif spécifique de la phase est d'établir les paramètres de la viabilité d'un réseau de mutuelles de santé (produits, niveau d'adhésions, niveau de gestion des risques).

Réalisations 2009

Extension des réseaux

- La stratégie retenue en 2009 a mis l'accent sur la croissance interne des mutuelles existantes et la création de nouvelles mutuelles dans les mêmes zones (concentration géographique) afin de réduire les coûts de fonctionnement des réseaux.
- 4 mutuelles, 2 à Luweero et 2 à Bushenyi, étaient en cours de formulation pour un démarrage en 2010.

Viabilité technique et institutionnelle

- Utilisation de promoteurs indemnisés sur base des cotisations, en relais de l'action des responsables mutualistes élus bénévoles mais moins disponibles ni dynamiques
- Formation des responsables mutualistes
- Mise en oeuvre de mesures de motivation à l'endroit des leaders
- Diversification des produits par le lancement de la maternité sans risque à Bushenyi
- Mise en place d'un secrétariat permanent du réseau à Luweero et transfert de certaines responsabilités de SHU à ce secrétariat.

Professionnalisation de SHU

- Création de départements et spécialisation interne des membres
- Formation de l'équipe de Bushenyi sur les nouveaux produits : maternité sans risque et assurance scolaire
- Structuration interne avec une direction nationale et des branches à Bushenyi et Luweero.

Résultats et impact à fin 2009

- Le réseau de Luweero compte 15 mutuelles fonctionnelles et deux mutuelles en phase de création ; celui de Bushenyi en compte 3 et 2 en phase de création.
- A Luweero, le nombre total des bénéficiaires est passé de 6.943 à 8.231, soit une augmentation de 19% entre 2008 et 2009. A Bushenyi, il est passé de 1.596 à 2.434 bénéficiaires, soit 52% d'augmentation
- Une stratégie de promotion « offensive » a été menée : promoteurs ayant des objectifs hebdomadaires, affiches, calendriers muraux, caravanes, journées mutualistes
- La fixation du quota minimum de 30% de femmes dans les instances de décisions des mutuelles a abouti à un taux record de 54%
- A Luweero, le taux d'impayés sur crédit est supérieur à 50%, ce qui pose la question de la viabilité à court terme
- A Bushenyi, un nouveau partenariat entre SHU et l'ONG CORDAID a permis le démarrage d'un nouveau projet de promotion de la santé maternelle et infantile.

Programme 2010

Développement quantitatif

- Poursuite de la création de nouvelles mutuelles dans les deux programmes
- Augmentation significative du nombre de femmes couvertes par le projet de promotion de la santé maternelle et infantile
- Extension du nombre d'écoles gérant le produit assurance scolaire.

Amélioration de l'autonomie technique, financière et organisationnelle

- Extension du produit assurance scolaire dans les deux programmes
- Structuration des mutuelles en réseau à Bushenyi
- Assainissement du portefeuille des crédits dans le programme de Luweero, par un suivi plus rapproché des débiteurs; introduction des intérêts de pénalités et renforcement des contraintes pour débiteurs retardataires.
- Proposition d'un produit mixte crédit assurance afin de réduire les risques d'impayés
- Etude d'opportunité de l'assurance décès emprunteur.
- Répartition claire des responsabilités entre les élus et les équipes techniques.
- Transfert progressif des activités de SHU aux réseaux mis en place
- Renforcement des capacités des membres des réseaux
- Renforcement des nouveaux départements créés dans SHU
- Informatisation de la gestion des mutuelles.

Partenariat avec les prestataires de soins et la tutelle sanitaire

- Transfert progressif des responsabilités assumées par l'hôpital de Kiwoko au réseau des mutuelles à Luweero
- Implication des prestataires de soins dans la promotion des mutuelles.

**Partenaires
financiers**

Evangelischer Entwicklungsdienst (EED) – Allemagne
CORDAID – Pays-Bas

Secteur d'activités	Systemes de santé et prévoyance sociale
Pays/Localisation Intitulé	SENEGAL – Agglomération de Dakar Des partenariats innovants pour un passage à l'échelle de la micro-assurance santé
Phase en cours	Phase de faisabilité approfondie - 2009
Partenaires institutionnels	Ministère de la Santé Fédération Sénégalaise des Sociétés d'Assurance (FSSA)

Objectifs généraux du programme

Le programme a pour objectifs généraux de contribuer à :

- Améliorer la santé des populations à faibles ressources
- Faciliter l'accès des populations exclues des systèmes d'assurance maladie existants à des soins de qualité
- Etendre la portée de la micro-assurance santé pour des populations à faibles ressources
- Mettre en œuvre des stratégies innovantes de protection sociale.

L'objectif de la phase de faisabilité approfondie est de tester des modes de gestion partenariale de la micro-assurance santé permettant à des assureurs privés d'offrir durablement des services professionnels performants et à large portée.

Réalisations 2009

Au cours de l'année 2009, année de démarrage du programme les activités suivantes ont été réalisées :

- Etablissement d'un partenariat avec un cabinet sénégalais CGR (Cabinet en Gestion des risques) pour l'accompagnement des assureurs privés
- Etude de marché de produits de micro assurance sur la ville de Dakar (1.200 ménages)
- Elaboration d'une gamme de 10 produits de micro-assurance santé à adhésion automatique ou volontaire
- Test au sein de groupes organisés (IMF, associations professionnelles, mutuelles de santé)
- Etude des schémas de distribution des produits par ces groupes cibles
- Formation des assureurs en micro-assurance santé
- Avec les assureurs privés prés-sélectionnés (NSIA, AMSA et CGA et SALAMA), réaliser une étude de faisabilité technique, financière et institutionnelle d'un Centre de Promotion et de Gestion des produits de micro-assurance.

Résultats et impact à fin 2009

- La faisabilité d'un modèle partenarial associant les assureurs privés pour le portage des risques, un centre de promotion et de gestion gouverné par les assureurs, en charge de la gestion technique et financière des produits, des groupes organisés chargés de la distribution des produits et de la collecte des primes a été établie.
- Le business plan élaboré prévoit une rentabilité du CPG dès la deuxième année.
- Trois assureurs NSIA, AMSA et SALAMA ont confirmé leur engagement d'investir dans la création du Centre de Promotion et de Gestion.
- La FSSA a décidé à l'ensemble des compagnies d'assurance membres de s'associer au projet
- Les assureurs ont décidé de constituer un pool pour le portage des produits.
- Cinq Groupes organisés (La Fédération des Artisans du Textile, deux IMF, un réseau de mutuelles, une PME) représentant un potentiel de 35 000 assurés ont confirmé leur intérêt à distribuer les produits.
- Les assureurs ont exprimé une demande pour que le projet puisse intervenir sur l'ensemble du territoire national.

Programme 2010

- Mise en œuvre de la phase 2 d'un programme de deux ans
- Appui conseil aux assureurs pour la constitution du pool d'assurance et la validation des produits
- Création du CPG : recrutement du personnel et formation, installation du logiciel de gestion, et conception d'interface communicant
- Recrutement et formation d'un agent de marketing
- Prospection de nouveaux groupes à la demande des assureurs
- Appui-conseil au groupe cible pour la mise en place des modalités de distribution des produits
- Elaboration et négociation des contrats de tiers payant avec les prestataires de santé de la ville de Dakar
- Formation des dirigeants des groupes organisés à la maîtrise des produits de micro- assurance
- Elaboration et négociation des contrats avec les groupes organisés
- Lancement des produits, suivi technique et financier.

**Partenaire
financier**

Agence Française de Développement / FISONG

Secteur d'activités	Systèmes de santé et prévoyance sociale
Pays/Localisation Intitulé Phase en cours	TANZANIE – Districts de Mbozi Promotion d'un réseau de mutuelles de santé autogérées Phase de consolidation – 2008/2010
Partenaires institutionnels	Ministère de la Santé Publique Moravian Church Mbozi Hospital

Objectifs généraux du programme

- Organiser la demande en matière de soins afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité du système de santé
- Participer à la formulation de la politique nationale de financement de la santé
- Mettre en place des modalités de coopération efficaces entre les partenaires publics et privés du district de Mbozi pour améliorer l'accès aux soins de santé.

Réalisations 2009

Extension du réseau

- Mise en place d'une nouvelle mutuelle villageoise et de quatre sections SMHIS
- Mise en place d'une section « Self Managed Community Health Fund » : approche autogérée du CHF
- Discussion et proposition d'un produit scolaire à une  cole publique d'infirmières.

Viabilité technique, financière et sociale des mutuelles

- Mise en place du service technique interne au réseau de Mbozi
- Regroupement des SMHIS et création de sections au sein d'une même mutuelle dans l'optique de les rendre plus viables
- Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie de promotion et de communication
- Montage du projet de CHIF dans le district de Kyela, région de Mbeya.

Institutionnalisation du réseau

- Transfert du projet au réseau de la gestion de services tels que l'ambulance
- Renouvellement du protocole d'accord entre le district et le réseau
- Participation du président du réseau aux réunions trimestrielles du Council Health Service Board (CHSB).

Partenariat avec l'offre de soins

- Réalisation d'une étude de coûts des services de santé dans le District de Mbozi
- Proposition de mécanismes globaux de financement de la santé au niveau du district et de passerelles pouvant se faire entre les formations sanitaires publiques et privées dans le cadre du partenariat public et privé
- Formation du personnel médical de l'hôpital public de District
- Formation des responsables de dispensaires sous contrat avec les SMHIS-SMCHF à la prise en charge des bénéficiaires, ainsi qu'à la gestion des informations concernant leurs consommations au niveau de l'hôpital.

Résultats et impact fin 2009

- Le réseau compte 22 mutuelles villageoises, 6 sections villageoises, 2 sections de « groupes organisés professionnels » et 2 mutuelles scolaires regroupant 13.798 bénéficiaires. Le taux de pénétration atteint 13%.
- Les mutuelles offrent un « paquet assurantiel » couvrant les frais médicaux, mais aussi les dépenses de transport vers l'hôpital avec mise à disposition d'une ambulance pour les assurés : 332 malades ont été évacués en urgence par ambulance ou transport privé.
- Le nombre de prises en charge sur l'exercice 2008-2009 est de 3.481 pour les soins hospitaliers, accouchements, interventions chirurgicales et soins ambulatoires au niveau de l'hôpital de Mbozi.

Programme 2010

Extension-consolidation du réseau, adaptation des garanties et nouveaux partenariats

- Mise en place de 3 nouveaux SMCHF et renforcement de la couverture des 6 sections villageoises
- Ouverture de l'ambulance aux non membres dans les petites mutuelles et dans de nouveaux villages ; lancement d'un produit transport uniquement
- Lancement d'une enquête en vue du lancement d'un nouveau produit décès.

Viabilité technique, financière et sociale des mutuelles

- Etude sur la perception des mutuelles, la satisfaction des membres et la diffusion du message SMHIS
- Renouvellement de la contractualisation avec le programme gouvernemental CHF
- Lancement d'un nouveau projet d'appui au Community Health Fund dans le District de Kyela.

Renforcement de l'appui technique et mise en place du réseau

- Consolidation du réseau via la formation des leaders concernant les activités de gouvernance et de communication
- Elaboration et mise en œuvre d'un plan de communication et de marketing social
- Renforcement du fonctionnement du centre de paiement
- Evaluation et amélioration des procédures de gestion du service technique
- Renforcement du système d'ambulance autogéré au niveau du réseau
- Mise en place d'un logiciel de gestion des produits de micro-assurance santé
- Etude de la fréquence et du coût des prestations des personnes vivant avec le VIH au niveau des hôpitaux de Mbozi et Vwawa
- Contribution à l'étude de la prise en charge des indigents par le Council.

Partenariat avec l'offre de soins

- Etude sur la consommation des mutualistes et sur la qualité des soins dans les services publics conventionnés avec les mutuelles
- Elaboration d'un module de formation et d'outils de suivi pour les Health Facility Governing Board et test dans un dispensaire.

Partenaires financiers

Evangelischer Entwicklungsdienst (EED) – Allemagne
 Agence française de développement / DPO
 Swiss Development Cooperation (SDC)

Sigles et abréviations

AFD	Agence Française de Développement
AIMS	Association Inter-Mutuelles de Santé (Bénin)
AMSN	Association des Mutuelles de Santé de Ngazidja (Comores)
AMU	Assurance Maladie Universelle
ANMC	Association Nationale de la Mutualité Chrétienne (Belgique)
ASCOBEF	Association Comorienne pour le Bien Etre des Familles
ASMUS	Appui Suisse aux Mutuelles de Santé (Bénin)
AYI	Afya Yetu Initiative (Kenya)
BIT	Bureau International du Travail
BUCO	Bureau de la Coopération Suisse
CBHF	Community Bases Health Fund (Kenya)
CERMES	Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société (France)
CGR	Cabinet en Gestion des Risques (Sénégal)
CHF	Community Health Fund (Tanzanie)
CHIF	Community Health Insurance Fund (Tanzanie)
CTG	Centre Technique de Gestion
FISONG	Facilité d'Innovation Sectorielle – ONG
FNMF	Fédération Nationale de la Mutualité Française
FNUAP	Organisations des Nations Unies pour la Population
GRET	Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques (France)
IMF	Institution de Microfinance
KCBHA	Kitsap County Behaviour Health Alliance (Kenya)
MGEN	Mutuelle Générale de l'Education Nationale (France)
NHIF	National Health Insurance Fund (Kenya)
PASCO	Projet d'Appui au Secteur de la santé aux Comores
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RAS	Réseau Alliance Santé (Bénin)
SCG	Service Commun de Gestion (Comores)
SHU	Save for Health Uganda
SIC	Sensibilisation, Information, Communication
SIG	Système d'Information et de Gestion
SMCHF	Self Managed Community Health Insurance Fund (Tanzanie)
SMHIS	Self Managed Health Insurance Scheme (Tanzanie)
SNAC	Syndicat National de Agriculteurs des Comores
SOLIDEV	Solidarité et Développement (Bénin)
SSV	Sécurité Sociale Villageoise (Comores)
UMSGF	Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (Guinée)
WSM	World Solidarity Movement (Belgique)

Taux de change moyens de l'année 2009

<i>Franc Comorien</i>	<i>KMF / Euro</i>	<i>492</i>
<i>Franc CFA</i>	<i>FCFA / Euro</i>	<i>655,96</i>
<i>Franc Guinéen</i>	<i>GNF / Euro</i>	<i>6 800</i>
<i>Shilling Kenyan</i>	<i>KES / Euro</i>	<i>109</i>
<i>Shilling Ougandais</i>	<i>UGS / Euro</i>	<i>2 800</i>
<i>Shilling Tanzanien</i>	<i>TZS / Euro</i>	<i>1 800</i>

Le présent rapport d'activités est une annexe du rapport général d'activités du CIDR pour l'année 2009. Ce rapport général ainsi que les rapports détaillés des autres départements du CIDR sont disponibles sur le site www.cidr.org