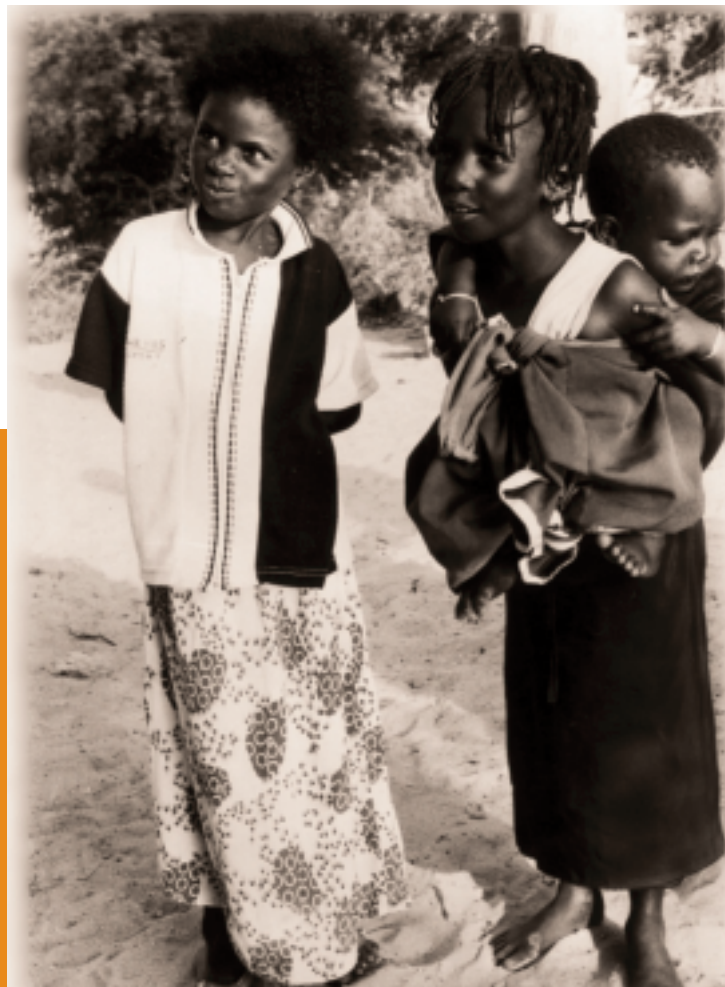




Stratégies
et Techniques
contre
l'Exclusion sociale
et la Pauvreté

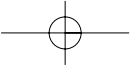
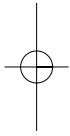
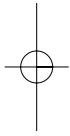
Micro-assurance santé



***Guide d'introduction
aux mutuelles
de santé en Afrique***



Bureau international du Travail



Micro-assurance santé

Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique

Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté



Un programme global du BIT

Le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Bureau international du Travail est un instrument pour accroître la couverture et l'efficacité de la protection sociale dans le monde.

En accord avec les conclusions du Sommet mondial pour le développement social à Copenhague, le programme STEP promeut la conception et la diffusion de systèmes novateurs destinés à la protection sociale des populations exclues. Basés sur les principes d'équité, d'efficacité et de solidarité, ces systèmes contribuent à la justice et à la cohésion sociales.

Dans ses interventions, STEP combine différents types d'activités : actions concrètes sur le terrain, appui technique à la définition et mise en œuvre des politiques, production d'outils méthodologiques et d'ouvrages de référence, recherche.

Programme STEP
Service politiques et développement de la sécurité sociale
Bureau international du Travail
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22, Suisse
Tél. : (41 22) 799 65 44
Fax : (41 22) 799 66 44
E-mail : step@ilo.org
Site web : www.ilo.org/step

STEP en Afrique
BP 414, Dakar, Sénégal
Tél. : (221) 860 11 25
Fax : (221) 821 09 56
E-mail : step_afr@sentoo.sn

Micro-assurance santé

Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique

Bureau international du Travail

Copyright © Organisation internationale du Travail 2002
Première édition 2000
Deuxième édition 2002

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

BIT

Micro-assurance santé. Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique. Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), 2002

Mutualité, assurance-maladie, Afrique francophone. 02.03.2

ISBN 92-2-212852-4

Données de catalogage du BIT

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse ou par e-mail: pubvente@ilo.org ou par notre site web: www.ilo.org/publns

Le catalogue des publications du programme STEP est disponible sur le site web: www.ilo.org/step/publs

Avant-propos

Dans la plupart des pays africains, l'accès aux systèmes de sécurité sociale est réservé aux travailleurs du secteur formel. Il n'existe aucune assurance santé pour le reste de la population qui est pourtant la plus démunie et, souvent, la plus exposée aux risques. Les travailleurs du secteur informel qui constituent plus de 80 pour cent de la population active du continent se trouvent de ce fait dans une situation de vulnérabilité grave. Aujourd'hui, bon nombre de pays d'Afrique présentent des indicateurs de santé et une espérance de vie parmi les moins favorables au monde.

Face à cette situation, de nombreux groupes de population ont décidé de s'organiser pour développer des formes de protection sociale qui répondent de la meilleure manière possible à leurs besoins. Dans certains cas, ils ont mis en place des systèmes de micro-assurance santé. Le terme «micro-assurance santé» regroupe une importante variété de systèmes d'assurance destinés aux populations pauvres et qui se développent actuellement en Afrique, ainsi que dans l'ensemble des pays en développement. Les systèmes de micro-assurance santé (MAS) contribuent à réduire les barrières financières d'accès aux soins. Les mutuelles de santé constituent l'une des formes les plus répandues de systèmes de micro-assurance.

Ce guide a été réalisé par le programme global «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Bureau international du Travail. Il a été conçu par le sous-programme STEP en Afrique dans le cadre du projet «Micro-assurance santé pour les femmes et leurs familles» (financé par la Fondation des Nations Unies et la Belgique), qui vise à l'extension de la protection sociale en matière de santé au Sénégal, au Burkina Faso, en Guinée et au Bénin.

Ce guide est destiné à tous les promoteurs potentiels des mutuelles de santé. Il est le fruit de la capitalisation d'expériences concrètes en matière d'information et de sensibilisation développées en Afrique. Il est également basé sur d'autres outils didactiques complémentaires en particulier sur le «Manuel de formateurs. Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place» (BIT-STEP/ANMC/WSM, 2000).

Remerciements

La réalisation de ce Guide a bénéficié des commentaires d'un comité de lecture composé de :

- l'Association pour les droits de la femme (ADDEF), Guinée
- l'Association guinéenne pour le bien-être familial (AGBEF), Guinée
- l'Association pour la promotion de la mutualité en Guinée (APMG), Guinée
- la Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre, Sénégal
- la Coordination des mutuelles de santé de la région de Dakar, Sénégal
- la Fédération des ONG du Sénégal (FONGS), Sénégal
- la Fédération nationale des GIE de pêche (FENAGIE Pêche), Sénégal
- le Programme des femmes en milieu urbain (PROFEMU), Sénégal
- l'Université de Bonn, Centre pour la recherche et le développement, ZEF, Allemagne

Le programme STEP tient à remercier ces organisations pour leurs contributions.

Illustrations

- Pascal Bah, Rwanda : pages 10, 17
- Sidy Dramée, Sénégal : pages 3, 22, 30, 31, 33, 37, 40
- Katika Batembo, Tanzanie : pages 6, 18, 21
- Ousmane Diallo, STEP en Afrique : pages 19, 23, 29, 35, 46

Photo de couverture: Paco Rodríguez

Table des matières

Introduction 1

Chapitre 1 Aperçu du problème du financement de la santé en Afrique .. 3

- 1** La protection sociale et l'accès à des soins de santé de qualité 5
 - a) *La prise en charge des soins de santé de qualité* 5
 - b) *La protection sociale et l'assurance santé* 6
- 2** Vers une protection sociale pour le secteur informel 8
 - a) *La vulnérabilité des travailleurs du secteur informel* 8
 - b) *Une protection sociale pour les travailleurs du secteur informel* ... 10

Chapitre 2 Les mutuelles de santé 13

- 1** La micro-assurance santé 15
- 2** Les principes de fonctionnement et la définition d'une mutuelle de santé 17
 - a) *Les principes de base d'une mutuelle de santé* 17
 - b) *La définition d'une mutuelle de santé* 20
- 3** Les services d'une mutuelle de santé 21
 - a) *Les besoins de santé* 21
 - b) *Le choix des services offerts par la mutuelle de santé* 23

Chapitre 3 Comment mettre en place une mutuelle de santé? 27

- 1** Les conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé . 29
 - a) *Un besoin réel et prioritaire* 29
 - b) *Des services de santé de qualité* 29
 - c) *Une dynamique de développement économique local* 31
 - d) *Des liens de solidarité entre les futurs membres* 31
 - e) *La confiance accordée aux initiateurs du projet* 31

| | | |
|----------|---|----|
| 2 | Les étapes de mise en place d'une mutuelle de santé | 32 |
| a) | <i>L'information, la sensibilisation et le diagnostic</i> | 32 |
| b) | <i>La constitution d'un comité d'initiative</i> | 33 |
| c) | <i>L'étude de faisabilité</i> | 33 |
| d) | <i>Les contacts avec les prestataires de soins de santé</i> | 34 |
| e) | <i>L'assemblée générale constitutive</i> | 35 |
| f) | <i>La formation des responsables</i> | 36 |
| g) | <i>L'information et la sensibilisation continues</i> | 37 |
| 3 | Les risques majeurs dans les mutuelles de santé | 39 |
| a) | <i>Le risque de sélection adverse</i> | 39 |
| b) | <i>Le risque moral</i> | 39 |
| c) | <i>Le risque de surprescription</i> | 40 |
| d) | <i>Les fraudes et les abus</i> | 41 |
| e) | <i>L'occurrence de cas «catastrophiques»</i> | 41 |

Chapitre 4 Le plan d'action 43

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | Définition et exemple de plan d'action | 45 |
| 2 | La prise en compte de l'environnement mutualiste | 46 |

Annexes

| | | |
|-----------------|---|----|
| Annexe 1 | Exemple de questionnaire pour l'étude du potentiel de mise en place d'une mutuelle de santé | 51 |
| Annexe 2 | Exemple de grille d'enquête pour la mise en place d'une mutuelle de santé | 55 |
| Annexe 3 | Glossaire | 57 |
| Annexe 4 | Un réseau de partage d'expériences | 65 |
| Annexe 5 | Bibliographie | 67 |

Introduction

Pourquoi ce guide ?

Ce guide a été élaboré pour répondre aux besoins des promoteurs à la base qui souhaitent disposer d'une information simplifiée et illustrée sur les mutuelles de santé en Afrique.

Il peut être utilisé comme :

- support pédagogique lors de sessions de sensibilisation/information;
- document de référence pour le suivi des premières démarches de mise en place d'une mutuelle de santé;
- document d'appui lors de journées d'information sur les mutuelles de santé.

Que contient ce guide ?

Le premier chapitre est consacré au **problème du financement de l'accès aux soins** dans le secteur informel. Ce chapitre part d'exemples vécus pour expliquer la problématique de l'accès aux soins de santé de qualité en Afrique. Ensuite, la prise en charge des soins de santé sur ce continent est examinée. Enfin, la question de la protection sociale des travailleurs du secteur informel est discutée en référence à leur vulnérabilité particulière.

Le deuxième chapitre rappelle les **principes de fonctionnement d'une mutuelle de santé** qui constitue une forme de micro-assurance. Il traite ensuite des différents services que peuvent proposer les mutuelles de santé.

Le troisième chapitre examine les conditions et les étapes de **la mise en place d'une mutuelle de santé**. Il analyse également les risques majeurs auxquels ce type d'organisation peut être confronté.

Le dernier chapitre est consacré à la formulation du **plan d'action** qui inclut les différentes activités de mise en place d'une mutuelle de santé.

Les limites de ce guide

Ce guide offre aux lecteurs une explication sommaire et illustrée des caractéristiques et des conditions d'implantation des mutuelles de santé. Il n'aborde pas d'autres thèmes importants concernant les mutuelles comme les études de faisabilité, la gestion, le suivi et le contrôle, les relations avec les prestataires de soins, etc.

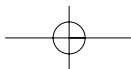
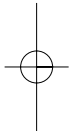
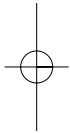
Ce guide traite des mutuelles de santé comme l'une des formes de micro-assurance santé. Il ne propose pas une description des autres formes de systèmes de micro-assurance santé.

Les informations et indications fournies par ce guide doivent aider ses utilisateurs à définir une démarche et des actions propres à leur contexte. Chaque mutuelle émane d'une dynamique sociale particulière et originale. Il n'existe pas de solutions universelles dans ce domaine.

Chapitre 1

Aperçu du problème du financement de la santé en Afrique







La protection sociale et l'accès à des soins de santé de qualité

- *Marcelin, un jeune de 17 ans, vend des cassettes audio et vidéo dans les rues de Ouagadougou. Né dans la ville africaine du cinéma, son rêve a toujours été de devenir technicien-producteur de films. Dès l'âge de quatorze ans, il aidait à porter le matériel technique d'une équipe de réalisateurs lors de la préparation d'un documentaire. Au cours de cette période, son père est tombé gravement malade. Marcelin, fils aîné, a dû quitter l'école et travailler pour nourrir sa famille et prendre en charge les soins de santé de son père...*
- *Salimata est couturière à Conakry. Après l'indépendance, l'Etat guinéen fournissait gratuitement les soins de santé à toute la population. Depuis plusieurs années, la situation a changé, et la population doit participer au paiement des soins. Salimata souffre de paludisme et a besoin d'argent immédiatement. Elle est obligée de brader ses derniers modèles et d'utiliser le fonds de roulement de son commerce. Après deux mois, elle est contrainte de vendre l'équipement de son atelier. Finalement, elle doit fermer son commerce pendant trois mois pour cause de maladie. Les membres de la fédération des artisans confrontés fréquemment à ce même processus d'appauvrissement cherchent à créer un système de prévoyance santé afin de pouvoir se protéger de ce type de situation...*
- *Coumba est présidente d'une caisse populaire d'épargne et de crédit des femmes au Bénin. Celle-ci couvre deux quartiers de Porto-Novo. Pour demeurer accessible aux membres, le rayon d'action de cette caisse ne dépasse pas 15 kilomètres. Elle collecte l'épargne et en redistribue une partie sous forme de crédit à ses membres pour financer des activités génératrices de revenus. En 1998, une épidémie de rougeole a causé une grande mortalité infantile et un arrêt brutal des remboursements des prêts...*

Marcelin, Salimata et les membres de la caisse populaire ont été confrontés au même problème: un besoin urgent d'argent pour payer leurs soins de santé.

Des études récentes ont montré que la majeure partie de la population de l'Afrique de l'Ouest est exposée à des problèmes similaires. Il s'agit principalement de personnes travaillant dans le secteur informel et de leur famille. Ces personnes ne sont couvertes par aucune assurance santé.

a) La prise en charge des soins de santé de qualité

En Afrique, pendant la période coloniale, les soins de santé furent en général dispensés gratuitement. Les pouvoirs publics construisirent des hôpitaux, des dispensaires et des centres de santé dont ils prirent en charge le fonctionnement. Par ailleurs, les entreprises privées devaient le plus souvent couvrir les frais médicaux de leur personnel.

La charge financière liée au fonctionnement des systèmes de santé fut difficilement assumée par les jeunes Etats au lendemain des indépendances. La part réelle des dépenses publiques dans le secteur de la santé diminua progressivement dans de nombreux pays africains au cours des années 70. La situation ne fut pas améliorée avec les programmes d'ajustement structurel qui réduisirent à court terme les dépenses publiques affectées aux secteurs sociaux. Le plus souvent, il en résulta une dégradation des infrastructures sanitaires, une pénurie de médicaments et une démotivation du personnel médical.

Pour faire face à ces problèmes, un sommet des ministres africains de la santé fut tenu à Bamako en 1987, sous l'impulsion de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). A l'issue de ce sommet, fut lancée l'«Initiative de Bamako» qui avait pour objectif d'étendre l'accès aux soins de santé primaire. Cette initiative prévoyait également une plus grande participation de la population à la gestion des centres de santé et au financement des soins (recouvrement des coûts) notamment pour améliorer l'approvisionnement en médicaments.

Cette réorientation des politiques de santé dans le cadre de l'Initiative de Bamako a permis d'améliorer la qualité des services de santé et un meilleur accès aux soins de base des populations défavorisées. Cependant, elle n'a pas résolu l'ensemble des difficultés d'accès aux soins lesquelles restent encore très importantes.

b) La protection sociale et l'assurance santé

Il existe beaucoup d'interprétations et de définitions de l'expression «protection sociale». Certains définissent la protection sociale comme le produit des activités des caisses de sécurité sociale, tandis que d'autres considèrent toute intervention de nature sociale comme de «la protection sociale».

Par protection sociale il est entendu ici la couverture que la société ou une organisation assure à ses membres grâce à un ensemble de mesures publiques ou privées :



- pour compenser l'absence de revenu du travail ou une forte diminution de ce revenu dans une série d'éventualités (notamment la maladie, la maternité, l'accident du travail ou la maladie professionnelle, l'invalidité, la vieillesse, le décès du soutien de famille et le chômage);
- pour assurer les soins médicaux;
- pour apporter une aide aux familles avec enfants.

Dans ce document, il ne sera fait référence au sein de la protection sociale qu'à l'assurance santé.

Des assurances santé obligatoires ont été introduites en Afrique sur le modèle des pays colonisateurs. Ces assurances font partie intégrante des systèmes de sécurité sociale. Elles ne touchent généralement que des salariés du secteur formel soit une très faible proportion de la population de l'Afrique subsaharienne.

Parfois des régimes spécifiques ont été constitués pour le secteur privé. C'est le cas par exemple au Sénégal où il existe les institutions de prévoyance maladie (IPM). Ces régimes ont également une couverture limitée au regard de la part de population touchée. De plus, la situation des travailleurs devenus inactifs (chômeurs, invalides et retraités) reste précaire.

Ce déficit de protection dont souffre l'immense majorité de la population a favorisé l'émergence d'initiatives locales basées sur la solidarité.

2 Vers une protection sociale pour le secteur informel

a) La vulnérabilité des travailleurs du secteur informel

Un des problèmes majeurs mentionné au début de ce chapitre est le manque de prévoyance et l'accès limité aux soins de santé de qualité. Marcelin, Salimata et les membres de la caisse populaire ont été confrontés à un besoin urgent d'argent pour payer leurs soins de santé. En fait, la plupart des travailleurs du secteur informel sont particulièrement vulnérables face aux risques de santé en raison de conditions de travail dangereuses, d'un manque de prévoyance et de revenus faibles et irréguliers. En raison, entre autres, de leur faible niveau d'instruction, ces travailleurs n'ont qu'un accès réduit aux informations et aux mesures de prévention des maladies.

Les conditions de travail

Améliorer la sécurité et la santé des travailleurs du secteur informel constitue une tâche difficile. Il est impossible à la plupart des entreprises du secteur informel de se conformer, à court terme, à toutes les normes officielles relatives à la sécurité et l'hygiène. Il convient toutefois de favoriser cette évolution. Il importe également d'attirer l'attention des travailleurs sur les risques les plus graves auxquels ils peuvent être exposés, comme ceux liés à l'utilisation de machines (souvent obsolètes, peu sûres et dépourvues de dispositifs de protection), dont les travailleurs eux-mêmes peuvent ne pas être conscients, et ceux associés à l'utilisation de substances dangereuses, à la pollution de l'air ou de l'eau, ou simplement à une ventilation et un éclairage déficients.

| Secteur formel | Secteur informel |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • contrat de travail • emploi régulier • salaire fixe • horaire de travail fixe • engagement permanent avec protection légale | <ul style="list-style-type: none"> • pas de contrat de travail formel • emploi irrégulier • revenus incertains • horaire variable • pas d'engagement permanent et pas de protection légale |

Source: BIT-STEP; WIEGO, 2000.

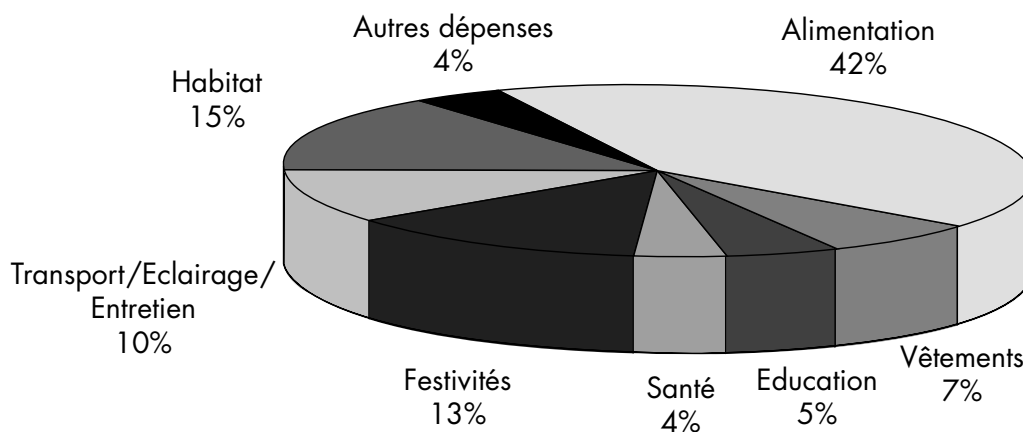
Le manque de prévoyance

La maladie est le plus souvent imprévisible. Les dépenses qu'elle occasionne ne peuvent être prévues ni quant à leur montant, ni quant à la période où elles seront nécessaires. L'individu et la famille sont pourtant contraints d'assumer ces dépenses au moment où la maladie survient.

La prévoyance consiste pour une personne à réserver une partie de ses ressources pour faire face à des événements incertains qui pourraient se produire dans le futur. Les travailleurs du secteur informel vivent souvent «au jour le jour» et ne peuvent pas toujours consacrer une partie de leurs ressources à la prévoyance dans le domaine de la santé et de l'éducation.

Une étude réalisée au Sénégal a examiné la répartition des dépenses moyennes par ménage. Les enquêtes menées auprès de 346 ménages dans quatre villages de la région de Thiès ont relevé que la famille ne dépense en moyenne que 4 pour cent de son budget pour la santé.

Répartition des dépenses moyennes par ménage



Source: ZEF, 2000.

Le manque de revenus

Les travailleurs du secteur informel sont souvent plus démunis que ceux du secteur formel. Ils sont les plus affectés par les risques financiers liés à la maladie. Fréquemment, ils ne disposent pas des ressources suffisantes pour accéder à des soins adéquats. Lorsqu'ils parviennent à réunir les montants nécessaires au paiement des soins, c'est assez souvent au prix d'un endettement ou de la vente de biens de production qui les entraînent dans la pauvreté où les empêchent d'en sortir comme l'a montré l'exemple de Salimata. De plus, la maladie immobilise le travailleur, réduit sa productivité et aboutit à une perte de revenus qui rend d'autant plus difficile le financement des soins.

Au Sénégal, par exemple, une enquête de la Fenagie/Pêche (1997) a permis de constater que dans les communautés de pêcheurs, les revenus moyens d'une famille sont d'environ 5 000 francs CFA par jour pour 20 personnes. 75 pour cent des 6 500 familles de pêcheurs vivent au-dessous du seuil de pauvreté. Les pêcheurs vivent en général en régime polygame dans des familles nombreuses (en moyenne 15 personnes) dont les besoins de santé et d'éducation sont difficilement satisfaits.

Par manque de revenus, certains travailleurs ont recours aux soins traditionnels moins chers mais qui sont parfois inadéquats.

b) Une protection sociale pour les travailleurs du secteur informel

Dans la plupart des pays africains, il n'existe pas d'assurance santé formelle pour la grande majorité de la population. Par exemple, c'est le cas d'environ 91 pour cent de la population active du Sénégal (BIT-ACOPAM, BIT-STEP, WSM, ANMC, 1998) et de 99,7 pour cent de celle du Nigéria (Nolan et Turbat, 1993).

En général, peu d'initiatives sont prises en faveur de la protection contre le risque maladie des personnes non couvertes par les régimes de sécurité sociale, à l'exception des plans annuels de prépaiement proposés par les hôpitaux et les centres de santé.



*Cycle familial social:
un enfant qui a été bien éduqué et soigné
grandira et s'occupera à son tour des soins
accordés à sa mère âgée.*

Depuis plusieurs années, quelques compagnies commerciales **d'assurance** proposent des produits d'assurance santé, avec accès individuel ou collectif. Mais le montant des primes demandées réserve ce type d'assurance aux cadres d'entreprise et aux commerçants aisés.

Certaines **caisses de sécurité sociale** ont lancé des initiatives pour étendre leurs services à certaines catégories de travailleurs du secteur informel. Au Sénégal par exemple, depuis 1998, la Caisse de sécurité sociale collabore avec la Fédération des chambres de métiers afin d'encourager les artisans à adhérer individuellement aux services de la Caisse (assurance accidents de travail).

Par ailleurs, il existe, en Afrique, de nombreuses **pratiques d'entraide et de solidarité** en matière de santé, comme l'illustrent les exemples suivants :

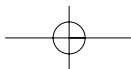
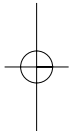
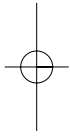
- en Guinée, à Conakry, dans une tontine composée de 50 chefs de famille d'un même quartier, une partie des montants épargnés n'est pas redistribuée: elle est mise de côté pour octroyer des aides d'urgence à des membres dans le besoin;
- au Burkina Faso, dans la zone de la Kompienga, le groupement féminin de Signogin cultive un champ collectif dont les bénéfices servent à octroyer des prêts ou des dons à des membres ayant des problèmes de santé dans leur famille;
- au Cameroun, à Tchou'ah ou à Djanguï, il existe une longue tradition d'organisations de solidarité, appelées aussi «tontines». Il s'agit de systèmes informels d'épargne-crédit rotatif, avec une composante sociale et culturelle.

Plus récemment d'autres initiatives ont vu le jour. Notamment des formes d'assurance pour les personnes démunies appelés «systèmes de micro-assurance».

Les **mutuelles de santé** constituent un exemple de système de micro-assurance santé. Elles sont des groupements sociaux ou professionnels qui se sont développés progressivement en Afrique au cours de ces dernières années.

Une étude récente (BIT-STEP, BIT-ACOPAM, USAID-PHR, ANMC, WSN, 1998) a confirmé l'émergence de systèmes de santé mutualistes en Afrique de l'Ouest et du Centre. En général, ces systèmes sont de faible ou de moyenne taille, au regard du nombre de leurs membres et sont de création récente.

Ce document présente les caractéristiques et les principes de fonctionnement de ces systèmes de micro-assurance santé que sont les mutuelles de santé.



Chapitre 2

Les mutuelles de santé





La micro-assurance santé

L'assurance santé permet à plusieurs personnes de partager les risques financiers liés aux dépenses de soins. Les ressources des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un risque.

En d'autres termes, ceux qui ne tombent pas malades paient pour ceux qui ont moins de chance qu'eux. Ils acceptent de le faire parce qu'ils sont conscients de ne pas être à l'abri des risques couverts par l'assurance, que leur aversion pour ces risques est forte et qu'ils ne sont pas en mesure d'y faire face individuellement.

Le terme **micro-assurance santé** regroupe une importante variété de systèmes qui se développent sur le continent africain, ainsi que dans l'ensemble des pays en développement. Les systèmes de micro-assurance santé s'adressent aux populations démunies du secteur informel, non couvertes par les systèmes d'assurance santé mis en place par l'Etat ou proposés par des sociétés commerciales.

Les caractéristiques communes aux systèmes de micro-assurance font l'objet de débats. STEP a retenu quelques caractéristiques importantes :

1. *Fonction «assurance»: les systèmes mettent en jeu une assurance santé c'est-à-dire un instrument financier par lequel des souscripteurs, en contrepartie du versement d'une cotisation (ou prime), obtiennent une garantie de réparation financière (ou de prise en charge) en cas de réalisation d'un risque de maladie. Les souscripteurs renoncent à la propriété des cotisations qu'ils versent. Ces cotisations sont ainsi utilisées pour assurer le coût des prestations.*
2. *Participation financière: les bénéficiaires (ou les adhérents) au système d'assurance apportent les contributions nécessaires, au moins partiellement, au financement des prestations.*
3. *Adhésion non obligatoire: les bénéficiaires du système sont assurés sur une base volontaire ou automatique et non de manière obligatoire.*
4. *Exclusion de la sécurité sociale: les bénéficiaires du système sont, au moins en partie, des personnes exclues des systèmes de sécurité sociale ou qui ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté défini sur le plan national.*
5. *Implication des bénéficiaires dans la gestion: les bénéficiaires ou les adhérents sont associés ou participent à la gestion du système d'assurance, tout au moins au choix des services de santé couverts par ce dernier.*
6. *Complément aux systèmes classiques de sécurité sociale: la création du système est issue de l'initiative d'opérateurs autres que les initiateurs classiques des systèmes de sécurité sociale comme les caisses de prévoyance maladie.*

Parmi les systèmes de micro-assurance santé, on peut citer, par exemple :

- les assurances fournies par des prestataires de soins. Un centre de santé ou un hôpital peut proposer à ses utilisateurs potentiels de payer une cotisation donnant droit, soit à la gratuité, soit à une réduction du prix des soins. Le plus souvent, les adhérents ne sont pas impliqués dans la gestion du système;
- les assurances pour le transport sanitaire sans but lucratif. Elles sont mises en œuvre par exemple par une commune qui dispose d'une ambulance. Chaque personne qui veut bénéficier du tarif préférentiel doit cotiser. Les fonds collectés assurent une gratuité ou une réduction du coût d'une évacuation en urgence et servent à financer les frais d'utilisation liés au véhicule;
- les mutuelles de santé. Elles associent les concepts d'assurance, de solidarité et de participation.

Ce document ne décrit pas les différents systèmes de micro-assurance santé. Il examine les mutuelles de santé, qui constituent une des formes de micro-assurance les plus développées en Afrique.

2 Les principes de fonctionnement et la définition d'une mutuelle de santé

a) Les principes de base d'une mutuelle de santé

Les mutuelles de santé constituent une composante essentielle de l'économie sociale. Elles fonctionnent sur la base d'un certain nombre de principes fondamentaux :

- la solidarité;
- la participation démocratique;
- l'autonomie et la liberté;
- la poursuite d'un but non lucratif;
- l'épanouissement de la personne;
- la responsabilité des membres;
- la dynamique d'un mouvement social.

La recette d'une mutuelle de santé ingrédients :

- une calebasse d'autonomie et de liberté
- un litre de solidarité
- une dose de participation démocratique
- une boîte d'épanouissement de la personne
- un bidon de but non lucratif

Mélanger avec :

- beaucoup de responsabilité dans la gestion
- un canari de dynamique de mouvement social



Solidarité

Le principe de solidarité est le fondement de la mutualité. Ses implications sont doubles :

- chaque membre paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade. Le montant de la cotisation n'est pas déterminé par l'âge, le sexe ou l'état de santé du membre;
- chacun bénéficie des mêmes services en cas de maladie pour un même niveau de cotisation.

La mutualité instaure donc une solidarité entre malades et bien-portants, entre jeunes et vieux, et entre les différentes catégories professionnelles et sociales.

La solidarité ne concerne pas uniquement l'aspect financier. Elle peut aussi se concrétiser par un engagement bénévole en faveur des malades, des handicapés ou des personnes âgées.



Fonctionnement démocratique et participatif

Chacun est libre d'adhérer à une mutuelle et ce, sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique. Tous les membres ont les mêmes droits et obligations. Ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision.

Cette démocratie interne se concrétise à travers des structures qui garantissent la participation des membres aux prises de décisions et au contrôle du fonctionnement de la mutuelle. Dans les mutuelles de grande taille, il faut trouver des mécanismes de représentation (sur une base géographique, professionnelle ou autre) des différents groupes qui la composent.

Exemple: La représentation d'un comité d'initiative au sein d'une fédération

Au Sénégal, une fédération composée de 50 groupements de promotion féminine voulait mettre en place une mutuelle de santé. Pour ce faire, les 50 présidentes se sont réunies et ont constitué un comité d'initiative. De cette façon, chaque groupement pouvait être représenté de manière démocratique. Pour des raisons d'efficacité, les femmes ont créé, dans une deuxième phase, un comité d'initiative réduit de 20 personnes, mais assurant la représentation des 50 groupements.

Autonomie et liberté dans le respect des lois

Une mutuelle est une organisation libre qui doit, en conséquence, pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités publiques. Cette souplesse dans l'action est bénéfique pour les membres, car elle permet d'adapter les services offerts à leurs besoins.

Une mutuelle ne doit pas être autonome seulement vis-à-vis de l'Etat, mais également vis-à-vis des partis politiques, des groupes de pression qui défendent parfois des intérêts contraires à ceux des membres.

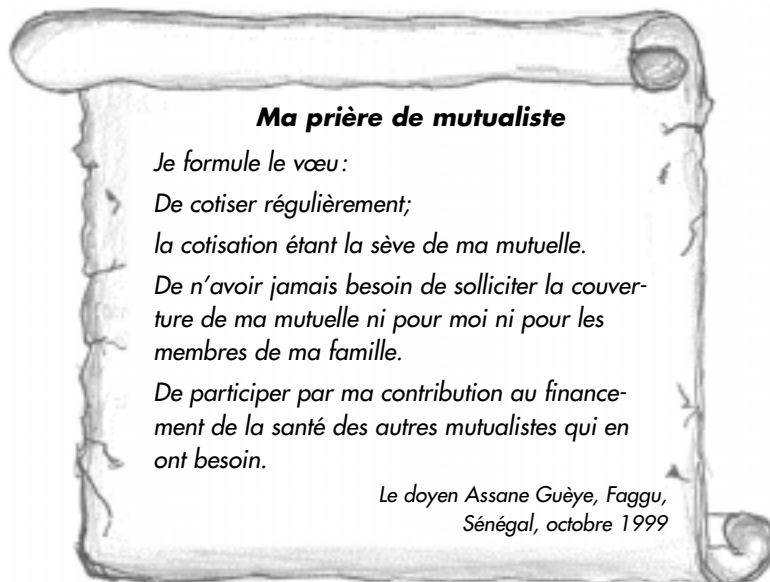
But non lucratif

Par vocation, une mutuelle consacre son action au service de ses membres. Elle ne poursuit pas un but lucratif. La recherche du profit est incompatible avec sa nature. Cependant, cela ne veut pas dire que les considérations économiques et les principes de bonne gestion peuvent être négligés, car ils contribuent à la réalisation du bien-être collectif.

Un surplus de recettes peut, une fois qu'une réserve raisonnable a été constituée, permettre d'améliorer les services existants, répondre à d'autres besoins des membres ou éventuellement réduire le montant des cotisations.

Epanouissement de la personne

Le respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions, quels que soient son sexe, sa race, son ethnie, son origine sociale, est un autre principe de base de la mutualité. Reconnaissant l'originalité de chacun, la recherche de l'épanouissement de la personne doit aboutir à une plus grande autonomie et responsabilité vis-à-vis de soi-même et des autres.



C'est dans cet esprit que les mutuelles offrent à leurs membres non seulement des formations, mais aussi des programmes d'éducation à la santé et qu'elles les encouragent à un engagement social en vue de l'intégration des malades et des plus démunis.

Responsabilité des membres

La solidarité, la démocratie participative, l'autonomie et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses membres prennent leurs responsabilités.

Les autres principes resteront lettre morte si la gestion de la mutuelle n'est pas saine, si les membres ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis de leur santé, et de celle des autres, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle, dans les décisions qu'ils prennent dans les différentes assemblées, etc.

Dynamique d'un mouvement social

De tout ce qui précède, il découle que les membres des mutuelles ne sont pas des «consommateurs» passifs mais des personnes engagées dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense du bien-être et des intérêts communs.

Ce mouvement social peut faire partie d'un ensemble plus large comme un syndicat, un mouvement féminin, un groupement d'épargne et de crédit, un mouvement de jeunes ou de personnes âgées. Il est souhaitable qu'il collabore avec d'autres organisations pour atteindre ses objectifs.

b) La définition d'une mutuelle de santé

Une mutuelle de santé est une association à but non lucratif, basée sur les principes de solidarité et d'entraide entre des personnes physiques qui y adhèrent de façon libre et volontaire. Son objectif principal est de mener, au moyen des cotisations des membres et à leur profit, des actions de prévoyance dans le domaine de la santé.

Les membres définissent les objectifs, les modalités d'organisation et les activités de leur mutuelle et participent à son fonctionnement. Ils versent des cotisations qui ne sont pas liées à leur risque personnel de tomber malade.

Grâce aux cotisations, la mutuelle garantit à ses membres le paiement (ou le remboursement) de tout ou partie du coût de leurs soins de santé. Ceux-ci sont fournis par des prestataires avec lesquels la mutuelle a conclu, le plus souvent, des accords portant, entre autres, sur les tarifs et la qualité des soins.

3 Les services d'une mutuelle de santé

Une mutuelle de santé a pour but de servir ses membres. Il est donc important d'identifier les besoins prioritaires de ceux-ci, et partant, de déterminer les services à fournir.

a) Les besoins de santé

Au moins au départ, tous les soins ne pourront pas être pris en charge. Il faudra donc déterminer quelles prestations couvrir parmi les soins de santé de base, les soins hospitaliers ou spécialisés, les médicaments, le transport des malades ou autre.

Soins de santé de base

Les soins de santé de base sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les cases, postes ou centres de santé, premier point de contact de la population avec les systèmes de santé. Ils comprennent :



- **les soins préventifs et promotionnels** qui incluent les consultations pré et postnatales, les vaccinations, la planification familiale, l'éducation à la santé, l'assainissement;
- **les soins curatifs**, soit essentiellement les consultations, les soins infirmiers, les médicaments et certains types d'analyse de laboratoire. Parfois, on y adjoint la petite hospitalisation qui a lieu dans les centres de santé (mise en observation) ou les accouchements assistés;
- la prise en charge des enfants souffrant de **malnutrition** et la récupération nutritionnelle à partir des aliments locaux.

Soins hospitaliers ou spécialisés

Ces soins comprennent tant l'hébergement que les actes médicaux, chirurgicaux, techniques et les médicaments délivrés à l'hôpital. Compte tenu du coût élevé des prestations liées à l'hospitalisation, on les désigne souvent par l'expression «gros risques».

Les soins spécialisés comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques, telles que la radiologie et la biologie clinique, qui sont dispensés, soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit à titre externe (visite du patient).

Les soins dentaires peuvent aussi être couverts par la mutuelle. Dispensés par des cabinets dentaires souvent distincts des centres de santé, la couverture des soins dentaires constitue le plus souvent un service à part.



Médicaments

En ce qui concerne les médicaments, il importe de déterminer la liste de ceux qui seront remboursés par la mutuelle. Etant donné la disparité de prix entre les médicaments de marque (spécialités) et les médicaments génériques, il est conseillé de ne rembourser que ces derniers, lorsqu'ils sont disponibles, ou les spécialités correspondantes sur la base du prix des génériques. Il est nécessaire de limiter la liste des spécialités couvertes (listes des médicaments essentiels établies par le ministère de la Santé du pays et par l'OMS).

L'idéal est que les médicaments soient délivrés par les formations médicales. Si cela n'est pas possible, les médicaments de la liste ne seront remboursés que s'ils ont été prescrits. Dans cette dernière hypothèse, les éventuels abus sont plus difficiles à contrer.

Transport des malades

Outre la prise en charge des soins de santé, la mutuelle peut organiser et prendre en charge le transport des bénéficiaires malades vers un centre de santé ou leur transfert vers l'hôpital accrédité le plus proche, dans le cadre d'une référence (patient transféré vers un hôpital après avoir consulté un centre de santé).



Autres risques sociaux

Certaines mutuelles couvrent aussi d'autres risques sociaux auxquels leurs membres sont exposés. Ainsi, la mutuelle peut octroyer des allocations de type forfaitaire à l'occasion de certains événements: naissance, mariage, etc. Parmi les autres risques sociaux pouvant être couverts par la mutualité, on peut citer:

- l'incapacité de travail suite à une maladie ou à un accident (allocation journalière);
- l'invalidité (rente périodique);
- la vieillesse (allocation de pension);
- le décès (allocation et services funèbres).

En plus de la couverture des risques sociaux, les mutuelles peuvent proposer des activités promotionnelles d'éducation à la santé ou des actions «préventives» comme des causeries ou des manifestations socioculturelles.

b) Le choix des services offerts par la mutuelle de santé

Le choix des services offerts par la mutuelle doit tenir compte de trois facteurs essentiels:

- les besoins de santé;
- l'offre existante en matière de santé;
- la capacité de contribution financière des membres.

Ce choix s'effectue en général lors de l'étude de faisabilité (cf. chapitre suivant).

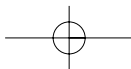
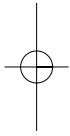
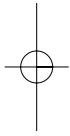
Le but des mutuelles est de permettre aux membres et à leurs personnes à charge d'accéder à des soins de santé de qualité. Elles cherchent donc, avant tout, à supprimer les barrières financières et, si nécessaire, les barrières géographiques à l'accès aux soins.

Principales caractéristiques de certains systèmes de micro-assurance en Afrique de l'Ouest

| Noms des mutuelles de santé | Pays et dates de création des mutuelles | Groupes cibles | Adhérents (ainsi que les bénéficiaires et le total de la population cible) | Initiateurs | Mécanismes créateurs des revenus | Prestations |
|-----------------------------|---|--|---|---|---|---|
| Sirarou UGCM | Bénin 1995 | Villages de la commune de Sirarou | Nombre total de bénéficiaires : 1995-96 : 269 1996-97 : 1 535 1997-98 : 3 080 Pop. cible : 13 000 | Commune et membres | Assurance | Hospitalisation, accouchement, petites interventions, chirurgie et morsures de serpent : couverture à 100 % |
| AMIBA | Côte d'Ivoire 1994 | Surtout le secteur informel de Bogoué dans la commune de Koumassi, à Abidjan | 192 membres ; les épouses bénéficient aussi de la couverture médicale | Propriété des membres | Droits mensuels (assurance) | Indemnité fixe pour l'admission à l'hôpital d'un membre ou de son conjoint |
| MC 36 | Côte d'Ivoire janvier 1994 | Les femmes du secteur formel (ex. secrétaires, enseignantes) et informel (ménagères, retraitées, vendeuses) de la zone du Canal 36 à Abidjan | 40 membres (les prestations autres que médicales sont étendues aux parents) | Propriété des membres | Droits mensuels (assurance) et cotisations exceptionnelles | Montant fixe (1,5 000 francs CFA) pour l'hospitalisation et somme moins élevée (6 000 francs CFA) pour les maladies secondaires |
| Association Dagaaba | Ghana 1996 | Membres du groupe ethnique Dagaaba vivant dans le district de Duayaw Nkwanta et les villages environnants | 82 membres en 1997 avec 1 60 bénéficiaires | Propriété des membres | Cotisations avec un élément d'assurance | Hospitalisation |
| Centre de santé MUTEK | Mali février 1990 | Enseignants et l'ensemble de la population de Bamako et des environs | 833 membres en 1996 ; la population cible n'est pas chiffrée | MUTEK (Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture) | Paiement de cotisations de type assurance, donnant droit aux membres à des réductions tarifaires au centre de santé | Soins de santé primaires dispensés par le centre |

| Principales caractéristiques de certains systèmes de micro-assurance en Afrique de l'Ouest (Suite) | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|--|
| Noms des mutuelles de santé | Pays et dates de création des mutuelles | Groupes cibles | Adhérents (ainsi que les bénéficiaires et le total de la population cible) | Initiateurs | Mécanismes créateurs des revenus | Prestations |
| Kolokani | Mali janvier 1997 | Villages de Didieni (17 350 hab.), Massantola (6 717 hab.), Nossombougou (14 942 hab.) et Sabougou (11 820 hab.) | Environ 50 000 sur une population cible de 200 000 | Autorités sanitaires de Kolokani (principalement) en collaboration avec les associations de santé communautaire (ASACO) | Paiement de cotisations de type assurance, contribution de la communauté (par le biais de l'ASACO) et paiement à l'acte par les usagers | Hospitalisation, y compris l'évacuation et la chirurgie |
| Fonds de développement pour la santé de COWAN | Nigéria 1989 | Femmes en milieu rural | Nombre de groupes adhérents (chaque groupe comprend entre 5 et 25 personnes) : 1992: 6 264 1993: 6 960 1994: 7 800 Environ 78 000 membres en support une moyenne de 10 membres par groupe | Association nationale des femmes pour le fonds de développement de la santé au Nigéria (COWAN) | Épargne (prêts aux membres pour les dépenses de santé) | Maladie grave (hospitalisation, etc.) |
| Lalane Diassap | Sénégal janvier 1994 | Villages de Lalane, Diassap, et le quartier de Médina Fall à Thiès (tous dans la région de Thiès) | 189 en 1997 (989 bénéficiaires sur une population totale de 1 200 hab.) | Initié par l'association des jeunes de Lalane; appartient aux membres | Assurance | Maximum 15 jours d'hospitalisation, chirurgie exclue |
| Mutuelle des volontaires de l'éducation | Sénégal novembre 1995 | Volontaires de l'éducation recrutés pour quatre ans | nov. 1995: 1 200 nov. 1996: 2 400 nov. 1997: 3 704 Adhésion obligatoire et familles exclues | Les volontaires, avec un soutien technique du Ministère de l'éducation | Assurance | 100 % de l'hospitalisation y compris les évacuations et la chirurgie |

Source: BIT-STEP, BIT-ACOPAM, USAID-PHR, ANMC, WSM, 1998



Chapitre 3

Comment mettre en place une mutuelle de santé?



1 Les conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé

Un certain nombre de facteurs déterminent l'intérêt de mettre en place une mutuelle de santé et son bon fonctionnement ultérieur. Il s'agit principalement de l'existence :

- d'un besoin réel en matière de financement des soins de santé;
- de services de santé de qualité;
- d'une dynamique de développement économique au niveau local;
- de liens de solidarité entre les futurs membres;
- d'une confiance envers les initiateurs du projet.



a) Un besoin réel et prioritaire

La future mutuelle de santé apportera une solution aux problèmes de financement des soins de santé éprouvés par ses membres. Cette difficulté de financement est le premier élément justifiant la création d'une mutuelle.

Pour que la population visée éprouve un véritable intérêt pour la mutuelle, il est nécessaire non seulement que celle-ci réponde à un besoin réel mais que ce besoin soit considéré comme prioritaire ou, pour le moins, comme important. Cette condition n'est pas toujours remplie au début du projet. Il faut alors aider les populations à clarifier et à exprimer leurs besoins sans en susciter de manière artificielle.

b) Des services de santé de qualité

La mutuelle doit compter sur une offre de soins permettant de faire face aux principaux besoins de la population. Ces services peuvent être fournis par des centres de santé, des hôpitaux ou par des professionnels de la santé du secteur privé opérant individuellement (médecins, infirmiers, physiothérapeutes, etc.).



La situation sanitaire au Burkina Faso

Au Burkina Faso, on comptait en 1995 un médecin pour 29 316 habitants (norme OMS: 1/5 000), un infirmier pour 13 214 habitants (norme OMS: 1/5 000) et une sage-femme pour 27 415 habitants.

Respectivement 53 pour cent, 36 pour cent et 62 pour cent de ces catégories de personnel travaillent dans les deux principales villes du pays où ne réside que 10 pour cent de la population environ.

Source: Institut de la Statistique et de la Démographie, 1997.

Ces services doivent être offerts dans des lieux pas trop éloignés de ceux de résidence et de travail de la population concernée par la mutuelle. Il se pourrait, cependant, que certains centres de santé ne soient pas bien considérés par la population parce qu'ils sont, par exemple, régulièrement confrontés à des pénuries de médicaments ou parce que l'accueil n'y est pas toujours convenable (souvent en relation avec les niveaux des salaires, l'état des équipements, etc.). Il faudra alors voir si la mutuelle peut apporter une réponse à ces déficiences avec une amélioration de ses disponibilités financières permettant d'avoir un stock de médicaments et en créant de meilleures conditions de travail pour le personnel afin qu'il soit plus motivé, etc.

c) Une dynamique de développement économique local

L'existence d'une dynamique de développement économique facilite l'introduction d'un financement mutualiste des services de santé. Les activités économiques rentables donnent aux populations des ressources financières qui, si elles ne leur permettent pas de couvrir individuellement le coût de leurs soins de santé, facilitent leur couverture collective par le biais de la solidarité entre les malades et les bien-portants.



d) Des liens de solidarité entre les futurs membres

La solidarité est un facteur indispensable à tout regroupement d'entraide. Comme il a été vu au chapitre précédent, elle est la base fondamentale de la mutualité. Les liens de solidarité nécessaires à la mise en place d'une mutuelle de santé peuvent découler de plusieurs situations: habitants d'un même village ou d'un quartier, travailleurs d'une même entreprise, membres d'un même mouvement social, etc.

e) La confiance accordée aux initiateurs du projet

Les personnes susceptibles d'adhérer à la future mutuelle doivent faire confiance aux initiateurs du projet. En effet, elles vont confier leurs cotisations à l'organisation en gestation. De ce fait, les antécédents relatifs aux relations entre la population et les initiateurs du projet constitueront des éléments importants pour apprécier les possibilités de création d'une mutuelle.

La confiance de la population dans le projet sera aussi conditionnée par les succès ou les échecs qu'elle aura connus dans le même domaine ou dans des expériences similaires (coopératives de service, caisses d'épargne et de crédit, etc.).

2 Les étapes de mise en place d'une mutuelle de santé

Chaque mutuelle de santé émane d'une dynamique sociale particulière et originale. Néanmoins, on peut retrouver des étapes «naturelles» dans la mise en place de la plupart des initiatives mutualistes. La prise en compte de ces étapes peut renforcer la bonne réussite et la pérennisation de la mutuelle de santé.

Ce document met l'accent sur les étapes suivantes :

- l'information, la sensibilisation et le diagnostic;
- la constitution d'un comité d'initiative et la formation de ses membres;
- l'étude de faisabilité;
- les contacts avec les prestataires de soins de santé;
- l'assemblée générale constitutive;
- la formation des responsables;
- l'information/sensibilisation continue.

a) L'information, la sensibilisation et le diagnostic

Au cours des travaux préliminaires, il est important que les initiateurs du projet, en particulier s'il s'agit de promoteurs externes au milieu, développent une concertation étroite avec la population pour recueillir son point de vue, préciser ses besoins et définir les actions à entreprendre.

Lors des premières sessions de sensibilisation et d'information, les initiateurs doivent s'interroger sur l'opportunité et la pertinence de mettre en place une mutuelle de santé. Il s'agit de vérifier si les conditions préalables à la mise en place d'une organisation de ce type sont bien réunies (voir chapitre précédent). L'annexe 1 présente un exemple de questionnaire qui permet de recenser des informations utiles à ce propos.

Pour favoriser l'implication de la population, des actions d'information et de sensibilisation peuvent être menées autour des problèmes du financement des soins de santé. Une bonne sensibilisation tient compte des particularités du groupe cible. Les principaux besoins identifiés dans la communauté, le niveau d'instruction, les habitudes de communication, les barrières culturelles sont des paramètres importants à prendre en compte dans la préparation d'une session d'information et de sensibilisation. D'autres formes de sensibilisation comme le «porte-à-porte» peuvent aider à une meilleure compréhension des objectifs et des modalités de fonctionnement de la mutuelle.

b) La constitution d'un comité d'initiative

Pour des raisons d'efficacité, les initiateurs du projet peuvent constituer, dans un premier temps, un comité d'initiative avec les futurs membres fondateurs.

Le comité d'initiative est à la base de la création de la mutuelle. Les membres du comité d'initiative effectueront les travaux préparatoires précédant l'assemblée générale constitutive. Pour cela, il importe de veiller à une bonne composition de ce comité.



Plusieurs thèmes pourraient être discutés lors de la mise en place de ce comité :

- principes de fonctionnement et services à offrir par la mutuelle de santé;
- étapes de la création de la mutuelle;
- préparation d'une campagne d'information et de sensibilisation;
- élaboration d'un programme d'action provisoire.

c) L'étude de faisabilité

L'étude de faisabilité va déterminer directement le fonctionnement de la mutuelle.

Il est important de bien connaître la situation dans laquelle la mutuelle va œuvrer grâce à des informations solides sur les aspects démographiques, socio-économiques, culturels, sanitaires, financiers et juridiques. Ces données sont nécessaires pour apprécier la faisabilité du projet, réaliser les projections financières, déterminer les besoins concrets de la population et les prestations à offrir.

Il faut prendre garde à ne rechercher que les informations pratiques et utiles pour la mise en place d'une mutuelle de santé. L'expérience montre que cette précaution n'est pas toujours prise en compte. Beaucoup d'informations sont accumulées sans être utilisées (informations inutiles, surabondantes ou inexploitable).

Avant d'entreprendre tout travail d'enquête, il convient également de contacter différentes institutions pour recueillir les informations déjà disponibles. L'annexe 2 propose un modèle de document d'enquête pour l'identification des besoins et de la capacité contributive de la population.

Au cours de l'étude de faisabilité, le comité d'initiative avec l'appui éventuel d'intervenants extérieurs apprécie les possibilités, sur le plan financier, de créer la mutuelle. Pour ce faire, il réalise des calculs basés sur une estimation des dépenses et des recettes.

Un défi majeur est l'estimation du coût moyen des services et de la fréquence de survenue des problèmes de santé correspondants (taux de risques). Dans beaucoup de cas, les initiateurs devront se contenter de chiffres approximatifs. Ils auront à mettre en place un système de suivi qui permettra d'apporter les corrections nécessaires en temps utile.

Pour identifier les services qu'une mutuelle de santé peut offrir, deux démarches sont possibles :

- partir des revenus disponibles et fixer des objectifs en relation avec ceux-ci;
- identifier les besoins prioritaires et évaluer les moyens financiers nécessaires pour les satisfaire.

Dans les milieux où la contrainte principale est la faiblesse des revenus des adhérents potentiels, la démarche consiste à :

- fixer un niveau de cotisation accessible à la population cible;
- estimer le nombre d'adhérents potentiels et les recettes annuelles;
- déterminer les services prioritaires en fonction des moyens disponibles.

Dans les milieux où la contrainte économique est moindre, on peut procéder comme suit :

- évaluer les besoins prioritaires;
- déterminer le volume de ressources nécessaires pour les satisfaire;
- fixer le taux de cotisation de manière à disposer de ces ressources.

Quelle que soit la démarche adoptée, elle sera longue et laborieuse. Il faudra en effet presque toujours établir plusieurs scénarios, sur lesquels l'assemblée générale de la mutuelle devra se prononcer. L'étendue et la nature des activités seront alors révisées en fonction des priorités des adhérents.

Il faudra tenir compte aussi des frais de fonctionnement de la mutuelle (ils ne devraient pas excéder 15 pour cent du chiffre d'affaires).

d) Les contacts avec les prestataires de soins de santé

Ces contacts ont pour but d'évaluer les possibilités d'établir des conventions entre les prestataires de soins et la mutuelle. Ces accords doivent, entre autres, fixer les prix des services. Il s'agit d'un élément essentiel pour déterminer le montant des cotisations et le coût d'utilisation

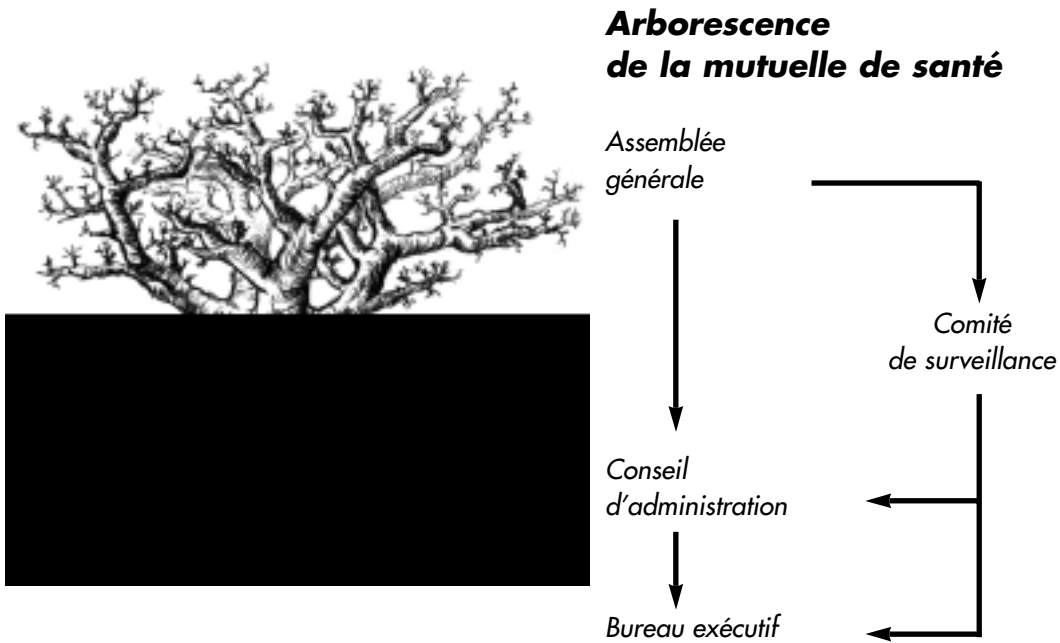
des services de santé pour le malade, c'est-à-dire la part restant à sa charge. Par ailleurs, la qualité des relations de la mutuelle avec les prestataires de soins déterminera, en partie, son efficacité.

En l'absence de services de qualité, il faudra examiner la possibilité d'en créer. Il s'agit cependant d'une activité généralement onéreuse et qui soulève plusieurs difficultés. Bien entendu, la mutuelle ne pourra démarrer effectivement que lorsque les nouveaux services de santé seront disponibles.

e) L'assemblée générale constitutive

La constitution de la mutuelle s'effectue lors d'une assemblée générale. De même que pour la mise en place d'associations ou de coopératives, les étapes de préparation de l'assemblée générale constitutive (AGC) sont les suivantes :

- élaboration d'un projet de statuts;
- préparation d'un projet de règlement intérieur;
- élaboration d'un premier budget;
- établissement de l'ordre du jour;
- convocation de l'AGC.



Les différents documents seront adressés aux autorités administratives pour enregistrement, conformément à la réglementation en vigueur.

L'AGC devra également mettre en place les organes chargés d'assurer le démarrage et la promotion de la mutuelle. Une définition précise des compétences et des responsabilités des différents organes de la mutuelle est indispensable à un fonctionnement efficace. L'organigramme de la mutuelle doit déterminer avec précision la place de chacun d'eux, c'est-à-dire définir les fonctions, répartir les responsabilités et attribuer l'autorité.

La mutuelle de santé peut comporter les organes suivants :

- l'assemblée générale;
- le conseil d'administration;
- le comité de surveillance;
- le bureau exécutif.

L'assemblée générale est l'organe de prise de décisions le plus important de la mutuelle. En effet c'est elle qui détermine sa politique générale. Ses décisions engagent tous ses membres et tous ses organes.

Le comité de surveillance, élu par l'assemblée générale, a pour mission de contrôler l'exécution des décisions prises par celle-ci, de proposer des améliorations et de garantir un fonctionnement efficace des organes de la mutuelle autres que l'assemblée générale.

Le conseil d'administration est responsable de la gestion de la mutuelle. Il assume cette mission dans le respect du cadre défini par l'assemblée générale.

L'organe exécutif principal est en général **le bureau exécutif** (encore appelé comité d'exécution, comité de gestion ou comité de direction). Dans beaucoup de mutuelles communautaires, les fonctions liées à la gestion quotidienne sont assurées par des personnes bénévoles qui font partie du comité d'exécution. Ces fonctions ont trait à l'enregistrement des adhésions et du versement des cotisations, au contrôle et à la préparation des paiements, etc. A partir d'une certaine taille, les mutuelles peuvent se professionnaliser et recruter du personnel salarié permanent. En général, ce personnel ne fait pas partie des organes de la mutuelle, mais se voit confier les tâches techniques et administratives liées à la gestion quotidienne: comptabilité, secrétariat, etc.

f) La formation des responsables

Les personnes qui auront la charge de gérer la mutuelle devront recevoir une formation appropriée pour être en mesure d'effectuer correctement leurs tâches.

Il s'avère donc important de bien déterminer les compétences et les responsabilités de chaque instance, de définir les modalités de fonctionnement interne et les outils de gestion administrative et financière à utiliser.

Un appui externe par une unité technique (coordination des mutuelles par exemple) peut être envisagé dès le départ pour certaines activités de gestion, par exemple pour l'établissement du bilan et du compte de résultats.

La formation devrait, dès le début, s'adresser au personnel des formations médicales et autres prestataires ayant un accord de collaboration (convention) avec la mutuelle.

g) L'information et la sensibilisation continues

Pour favoriser le versement régulier de cotisations et pour éviter des abus, les responsables de chaque mutuelle fonctionnelle devront bien informer les membres des principes de fonctionnement de l'organisation : la solidarité, la prévoyance, etc.

Une mutuelle doit au départ chercher à accroître le nombre de ses membres. Plus ce nombre sera élevé, plus le partage des risques sera efficace. De plus, un volume important d'activités permet de réaliser des économies d'échelle, de recruter du personnel salarié et renforce le pouvoir de négociation de la mutuelle.



Les responsables peuvent chercher à développer de nouveaux services pour encourager et motiver les membres. Des campagnes d'information/prévention, la vente de médicaments génériques, l'organisation de soirées culturelles, etc. sont des activités que la mutuelle pourrait organiser à cette fin.

La bande dessinée: un outil de sensibilisation

Durant le mois de juillet 1999, le sous-programme STEP en Afrique a organisé, en deux étapes, un atelier de conception d'une brochure d'information sur la création et la sensibilisation des mutuelles de santé. Il s'est avéré que les bandes dessinées se révèlent, dans certains pays africains, de bons supports pour réaliser des sessions de sensibilisation/information.

Une bande dessinée peut inclure des scénarios basés sur des expériences de terrain et proposés par des mutualistes ou des leaders. A travers cette méthodologie participative, plusieurs aspects des mutuelles de santé peuvent être mis en exergue et une meilleure compréhension des personnes analphabètes peut être envisagée.

Au Sénégal et en Guinée, le message que portent ces bandes dessinées a inspiré des artistes et volontaires pour créer des sketches, des chansons et des poèmes en faveur de la promotion de la mutualité.

Il y a donc une interaction entre les différentes formes de sensibilisation (la bande dessinée, les chansons, les pièces théâtrales, les thés-débats, les animations, les causeries, etc.) car elles partagent et visent à renforcer le même message.

3 Les risques majeurs dans les mutuelles de santé

Certains risques se posent à toute mutuelle naissante ou en croissance. Pour qu'ils ne mettent pas en danger la viabilité de celle-ci, il convient de prendre certaines mesures préventives, car ce qui est vrai en matière de santé vaut également pour la gestion financière: «Mieux vaut prévenir que guérir!»

Les risques majeurs auxquels s'expose toute mutuelle soucieuse de proposer ses services à l'ensemble de la population, sans discrimination, peuvent être les suivants:

- le risque de sélection adverse;
- le risque moral;
- le risque de surprescription;
- les fraudes et les abus;
- l'occurrence de cas «catastrophiques».

a) Le risque de sélection adverse

On parle de sélection adverse lorsque les personnes présentant un risque élevé de maladie constituent une part des bénéficiaires plus élevée que la part de la population qu'elles représentent. Cette situation peut compromettre la viabilité financière de la mutuelle, car elle entraîne un niveau de dépenses trop élevé par bénéficiaire. A la différence d'un système d'assurance privée à caractère commercial, la mutuelle ne peut pas sélectionner ses bénéficiaires, ni faire payer à chacun d'eux des primes correspondant à leur risque personnel.

Pour minimiser le risque de sélection adverse, la mutuelle peut toutefois exiger que l'unité minimale d'adhésion soit la famille.

A la création de la mutuelle, il est souhaitable, pour la même raison, de réaliser des adhésions simultanées de tous les membres d'un groupe déterminé (par exemple les membres d'une entreprise, d'un syndicat, d'un groupement, d'une association ou d'une communauté religieuse).

b) Le risque moral

Le risque moral est la situation souvent observée où des adhérents ou des personnes à leur charge, à partir du moment où ils sont assurés, tendent à consommer abusivement des services proposés. Le fait que la cotisation soit indépendante du montant des dépenses prises en charge incite les individus à consommer un maximum de soins pour «rentabiliser» leurs cotisations.

Pour réduire ce risque, les mesures suivantes peuvent être prises :

- introduction **d'un ticket modérateur** (prise en charge par les adhérents d'un pourcentage des frais) ou utilisation d'une franchise (seuil à partir duquel les dépenses sont remboursées, le reste étant à la charge des adhérents);
- instauration **d'un système de référence obligatoire** : il s'agit de déterminer les conditions d'accès aux soins d'un échelon supérieur, souvent plus coûteux. Par exemple on peut exiger des bénéficiaires qu'ils ne se présentent à l'hôpital qu'après avoir consulté un médecin généraliste dans un centre de santé, et sur la recommandation de ce dernier.



La consommation abusive des soins : le risque moral.

c) *Le risque de surprescription*

Les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation brutale des coûts de santé en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du seul fait qu'il se sait assuré.

Les mesures suivantes peuvent contribuer à minimiser ce risque :

- rémunération sur la base d'un forfait par personne ou par épisode de maladie;
- standardisation des schémas de traitements et contrôle de leur respect par le médecin conseil de la mutuelle;
- obligation pour les prestataires de prescrire des médicaments essentiels génériques ou limitation du remboursement de certains médicaments inscrits sur une liste établie par la mutuelle;
- instauration de plafonds dans la couverture des soins de santé (par exemple, la mutuelle peut décider de ne couvrir qu'un nombre limité de jours d'hospitalisation le reste étant à la charge de l'adhérent);
- instauration de jours de carence ou d'une franchise en cas d'hospitalisation (par exemple le premier jour d'hospitalisation à la charge du patient pour éviter des hospitalisations non indispensables);
- obligation pour les adhérents et les personnes à leur charge de respecter les schémas de vaccination disponibles afin de limiter les risques d'épidémies.

d) Les fraudes et les abus

Une mutuelle de santé est exposée aux risques de fraudes et d'abus de ses adhérents, surtout lorsqu'elle est de taille importante. Les fraudes et abus résultent souvent de la pression qui peut s'exercer sur un adhérent de la part de sa famille, de son cercle d'amis ou de son voisinage.

Il peut se produire également qu'un adhérent opère une sélection au sein de sa famille en ne cotisant pas pour tous ses enfants, par exemple. Lorsque un enfant non couvert tombe malade, la tentation sera alors grande de le faire passer pour l'un de ceux inscrits sur la carte d'adhérent.

Pour lutter contre ce risque, les mesures suivantes peuvent être appliquées :

- assurer **un contrôle avant le recours aux soins** : le malade se présente devant les responsables de sa mutuelle, qui lui délivrent une lettre de garantie, avant de recourir aux soins;
- assurer **un contrôle après le recours aux soins** : les responsables de la mutuelle vérifient que les personnes, pour lesquelles les prestataires de soins facturent des soins, sont réellement tombées malades durant la période concernée. La fraude n'est pas évitée, mais elle peut être repérée et sanctionnée;
- imposer **une photo d'identité** de l'adhérent et les personnes à sa charge sur la carte d'adhérent. Cette solution s'avère souvent onéreuse et peut de ce fait freiner les adhésions.

e) L'occurrence de cas «catastrophiques»

Il concerne les mutuelles qui couvrent les gros risques, sans plafonnement des prises en charge. Sa survenue est particulièrement grave lorsqu'une mutuelle débute ses activités : si une dépense de santé exceptionnellement élevée survient à ce moment, la mutuelle sera très rapidement en situation de crise financière.

La première réponse à ce risque est la constitution de **réserves financières** importantes. L'accès à un **fonds de garantie** ou la réassurance constituent une protection supplémentaire et efficace mais encore très rare dans le cas des mutuelles africaines.

Chapitre 4

Le plan d'action



1

Définition et exemple de plan d'action

Les initiateurs du projet mutualiste auront comme première tâche de répertorier les différentes activités qu'ils auront à conduire et le chronogramme de leur réalisation. Ils devront également identifier les personnes à impliquer et les moyens à utiliser. Le plan d'action est constitué par ces différents éléments.

Une version simplifiée de la présentation d'un plan d'action est donnée ci-dessous à titre d'exemple. Il est important de souligner que chaque initiative a ses particularités et que cet exemple ne peut pas être appliqué tel quel à toute initiative mutualiste.

| Objectifs/Activités | Période | Responsables | Moyens | Suivi |
|---|---------|--------------|--------|-------|
| Information/sensibilisation/ diagnostic | | | | |
| Constitution et formation d'un comité d'initiative | | | | |
| Information/sensibilisation | | | | |
| Etude de faisabilité/contacts avec les prestataires de soins de santé | | | | |
| Information/sensibilisation | | | | |
| Assemblée générale constitutive | | | | |
| Formation des responsables | | | | |
| Information/sensibilisation | | | | |
| Signature des conventions | | | | |
| Début des premières prestations | | | | |
| Information/sensibilisation | | | | |

2 La prise en compte de l'environnement mutualiste

Pour préparer le plan d'action, les initiateurs doivent tenir compte de l'environnement de la mutuelle. Les personnes qui seront impliquées dans le fonctionnement de celle-ci devront autant que possible être associées aux différentes démarches. Il sera important de discuter avec elles du fonctionnement de la mutuelle de santé, de son rôle et de ses services.

Contexte de l'initiative mutualiste



Prestataires de soins



Elus locaux et leaders d'opinion



Adhérents potentiels



Initiative mutualiste



Structures gouvernementales



Structures d'appui



Autres initiatives mutualistes

Les prestataires de soins sont des partenaires de la mutuelle particulièrement importants. En effet l'efficacité de celle-ci sera déterminée en partie par la qualité des relations entre les membres et les prestataires. Lors de l'étude de faisabilité, les modalités de collaboration avec les prestataires devront être examinées. La collaboration entre les deux parties sera matérialisée par une convention.

Les promoteurs de la mutuelle devront chercher à attirer les membres potentiels lors de sessions de sensibilisation et d'information continues. Ces sessions peuvent également s'adresser aux associations ou aux groupements socioprofessionnels s'ils réunissent des membres potentiels.

Il est possible qu'il existe déjà d'autres initiatives mutualistes avec lesquelles la mutuelle peut échanger et travailler dans le cadre de l'étude de faisabilité (données ou expériences pratiques), de négociations avec les prestataires, de formations, etc.

La mutuelle s'inscrit dans un processus de développement socio-économique. Pour cela, il est souhaitable d'informer les élus locaux de sa mise en place. Il sera aussi important de gagner l'appui et, éventuellement, la participation des leaders d'opinion (chefs religieux, notables, etc.).

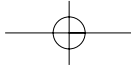
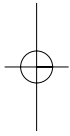
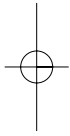
Le comité d'initiative peut bénéficier du support de structures d'appui pour les questions techniques, financières ou organisationnelles. Le comité devra examiner ces différentes possibilités d'appui.

Il sera important de tenir compte de l'environnement institutionnel et juridique, en particulier de vérifier si l'initiative est en conformité avec la réglementation existante. Par ailleurs, certains ministères et administrations décentralisées peuvent réaliser des programmes ou fournir des services en appui à la création des mutuelles de santé.

Une bonne composition du comité d'initiative est un facteur important pour le développement des relations avec les différentes parties. Par exemple, certaines mutuelles cherchent à bénéficier au départ de l'apport d'un médecin-conseil afin de mieux négocier et collaborer avec les prestataires.

Annexes





Annexe 1

Exemple de questionnaire pour l'étude du potentiel de mise en place d'une mutuelle de santé¹

Date:
 Nom de l'association/organisation: Contact:
 Adresse/tél.: Enquêteur:

a) L'association / organisation

- 1. Nombre de groupements:
- 2. Nombre de membres:
- 3. Nombre de villages/villes représentés dans l'association:
 ... villages
 ... villes
- 4. Activités de l'association:

.....

Comment est organisée l'association (président, assistant social, organigramme, etc.)?
 Reçoit-elle des appuis extérieurs?

.....

Combien d'activités organise l'association par an?

- 5. Dans votre association, qui seront les promoteurs éventuels d'une mutuelle de santé?

- 6. Quel est le nombre de femmes dans les instances de décision de l'association?
 sur un total de membres de ces instances.

¹ Ce questionnaire fournit une première information, la faisabilité de la mise en place d'une mutuelle fait l'objet d'un guide séparé.

b) La situation sanitaire

1. Quelles sont les maladies les plus courantes?

.....
.....

2. Y a-t-il des structures sanitaires proches?

- hôpital nombre distance
- centres de santé nombre distance
- postes de santé nombre distance
- maternité nombre distance
- cases de santé nombre distance
- autres nombre distance

3. Quelles sont les barrières à l'accès aux soins de santé (en ordre de priorité: 1, 2, 3,...)

- Financières Socioculturelles Localisation géographique
- Qualité de soins

4. Où trouvez-vous vos médicaments?

.....
.....

c) Situation de développement économique

1. Quelles sont les activités économiques principales des membres de l'association?

.....
.....
.....
.....

2. Les membres ont-ils d'autres sources de revenus?

.....
.....
.....
.....

3. Existe-t-il des systèmes de financement décentralisés (coopérative d'épargne et de crédit, etc.)?

.....
.....
.....

- 4. Les revenus sont-ils saisonniers?
- 5. Quelles formes d'épargne utilisent les membres de l'association?

d) Besoins

- 1. Quels sont les problèmes principaux au niveau de la santé?
.....
.....
.....
.....
- 2. Qu'est-ce que les responsables attendent d'une mutuelle de santé?
.....
.....
.....
.....

Annexe 2

Exemple de grille d'enquête pour la mise en place d'une mutuelle de santé

Date: N° enquête:
 Enquêteur:
 Groupement/localité:

1. Quelle est la taille du ménage (personnes à charge)?
2. Depuis la fête de combien de personnes sont tombées malades dans la famille?
 personnes

| Malade n° | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
| Age de la personne | | | | | | | | | | | | | | | |
| Qu'avez-vous fait? - rester à la maison - guérisseur - médecine privée - case de santé - poste de santé - maternité - centre de santé public - centre de santé privé - hôpital public - hôpital privé - autres: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pourquoi ce choix? ¹ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Combien avez-vous dépensé? | | | | | | | | | | | | | | | |

3. Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans la zone?
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.

¹ 1: peu cher 2: urgence 3: qualité 4: proximité 5: autre

4. Etes-vous intéressé à adhérer à une mutuelle de santé? oui
 non

5. Si oui, combien de personnes voulez-vous inscrire à cette mutuelle?
..... personnes

6. Quelle cotisation êtes-vous disposé à verser par bénéficiaire et par mois? / mois

7. Quelles seraient les prestations que vous souhaiteriez qu'une future mutuelle couvre?

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Consultation | <input type="radio"/> Hospitalisation |
| <input type="radio"/> Pharmacie | <input type="radio"/> Evacuation/transfert |
| <input type="radio"/> Accouchement | |

Autres:

Annexe 3

Glossaire

Accès aux services de santé de qualité

Possibilité, pour la population, d'utiliser les services de santé de qualité. Pour que l'ensemble de la population puisse accéder aux services de santé, il faut que soient levés des obstacles économiques, financiers, géographiques, psychologiques, culturels et autres.

Adhérent (d'une mutuelle)

Personne qui s'affilie à la mutuelle et s'engage à en respecter les statuts et le règlement intérieur et à verser ses cotisations. On l'appelle aussi «titulaire». Il peut ouvrir le droit aux services de la mutuelle à un certain nombre d'individus dépendant directement de lui et qu'on appelle «personnes à charge»: ce sont généralement son conjoint et ses enfants, jusqu'à un certain âge, ses ascendants au premier degré, etc. Les adhérents et les personnes à charge constituent les «bénéficiaires» de la mutuelle.

Assemblée générale

L'assemblée générale regroupe l'ensemble des adhérents ou des actionnaires. Dans les organisations de l'économie sociale (mutuelles, coopératives, associations), l'assemblée générale est l'organe de décision le plus important. Elle détermine les objectifs et la politique générale de l'organisation.

Association

Groupement de personnes qui se réunissent librement en vue d'atteindre un but déterminé ou de défendre des intérêts communs. Exemple: association de producteurs, de consommateurs, de défense des droits de l'homme, sportive, culturelle, etc. Au contraire des sociétés commerciales, les associations mènent leurs activités dans un but non lucratif.

Assurance

Système de couverture des risques ou des événements incertains, par la répartition préalable, entre plusieurs personnes, des coûts résultant de la survenue de ces risques. Dans le langage courant, l'assurance désigne:

- le contrat qui garantit des prestations définies en cas de survenue d'un risque précis, contre le paiement d'une prime ou de cotisations par le «client»;
- l'entreprise ou organisation (commerciale ou non, publique ou privée) qui gère des contrats d'assurance.

Assurance commerciale

Système de couverture des risques par un contrat passé entre un assureur (ou compagnie d'assurance) et un assuré (individu ou groupe). En contrepartie d'un versement de primes/cotisations, l'assureur garantit à l'assuré le paiement d'une indemnité convenue en cas de survenue d'un risque déterminé (incendie, inondation, vol, accident, maladie, perte de récoltes, etc.). Les assurances commerciales sont à but lucratif.

Assurance groupe

Contrat d'assurance passé entre une compagnie d'assurances commerciale et un groupe de bénéficiaires (le plus souvent tout le personnel d'une entreprise). Il s'agit d'une couverture complémentaire aux systèmes de sécurité sociale, soit dans le domaine des soins de santé (exemple: assurance hospitalisation), soit dans celui des pensions de retraite (revenu garanti après la fin de carrière du salarié).

Assurance santé obligatoire (assurance maladie obligatoire)

Système légal et obligatoire de prise en charge par la collectivité des dépenses de santé d'un individu dans le cadre d'un régime de sécurité sociale généralisé et organisé par l'Etat.

Assurance santé complémentaire (assurance santé complémentaire)

Système facultatif de prise en charge des dépenses de santé non couvertes par le régime de sécurité sociale, organisé par une initiative privée, le plus souvent une mutuelle ou une compagnie d'assurances.

Assurance sociale

Expression généralement utilisée pour désigner les systèmes d'assurance obligatoire existant dans certains pays développés (par exemple en Europe) et basés sur la solidarité nationale. Le gouvernement de Bismarck, en Allemagne, a été le premier à instituer un système d'assurance sociale dans ce sens, et depuis lors, celui-ci a inspiré plusieurs systèmes similaires en Europe. Pourtant, dans un sens plus large, l'assurance sociale peut aussi être comprise comme tout système d'assurance à but non lucratif basé sur la solidarité sociale, qu'il soit volontaire ou obligatoire; les mutuelles en constituent un exemple.

Bénéficiaire (d'un systèmes de micro-assurance [SA])

Toute personne qui, à titre d'adhérent ou de personne à charge, bénéficie des services du SA.

Contrôle social

Désigne le contrôle interne induit par l'existence de relations sociales entre les adhérents (ils se connaissent, ils sont du même groupe ethnique, etc.). Le contrôle social ne constitue pas un mécanisme formel de contrôle.

Convention (entre un SA et un prestataire de soins)

Accord conclu entre le prestataire de soins et le SA, comprenant la définition des services couverts, les tarifs à appliquer, le montant et les modalités de remboursement. Les conventions doivent garantir à l'adhérent la possibilité de disposer de soins de qualité à un tarif raisonnable et connu d'avance.

Coopérative

Association de personnes qui se sont volontairement groupées pour atteindre un but commun, par la constitution d'une entreprise dirigée démocratiquement, en fournissant une quote-part équitable du capital nécessaire et en acceptant une juste participation aux risques et aux fruits de cette entreprise au fonctionnement de laquelle les adhérents participent activement (*extrait de la Recommandation 127 sur les coopératives de l'Organisation internationale du Travail*).

Cotisation

Somme d'argent déterminée, périodiquement versée au SA par l'adhérent pour pouvoir bénéficier de ses services. La cotisation désigne le plus souvent la contribution de l'adhérent lorsque celle-ci est proportionnelle au salaire; dans le cas contraire (montant fixe), il est fréquent d'utiliser le terme de «prime».

Coûts cachés

Ils correspondent à des ressources mises à disposition et utilisées par le SA et qui ne sont pas comptabilisées dans le compte de résultat.

Droit d'adhésion

Somme d'argent versée à un SA par le nouvel adhérent au moment de son inscription: elle couvre les frais administratifs et n'est pas récupérable en cas de démission. Le droit d'adhésion est également appelé droit d'entrée, d'inscription ou d'admission.

Echelon des infrastructures sanitaires

Ensemble des infrastructures de santé dont les fonctions sont identiques. Les dispensaires, centres de santé ou cabinets médicaux constituent le premier échelon; les hôpitaux de zone le deuxième échelon; les hôpitaux régionaux ou les hôpitaux universitaires le troisième. En général, il faut un système de référence pour passer d'un échelon à l'autre (sauf en cas d'urgence), ce qui veut dire, par exemple, que pour accéder à un hôpital, il faut y être «référé» par un dispensaire.

Excédent

Ce terme désigne la différence entre les produits et les charges de l'exercice lorsque les produits sont supérieurs aux charges. Suivant les législations et le statut juridique de l'organisation, d'autres termes peuvent être utilisés comme bénéfice ou gain.

Exercice (comptable)

Période sur laquelle sont établis les états financiers. Le choix de l'exercice est généralement soumis à une réglementation. Souvent, il correspond à l'année civile.

Fonds de garantie

L'expression désigne un fonds auquel un SA peut faire appel en cas de difficultés financières. Généralement, le fonds de garantie intervient sous forme de prêt au SA qui le sollicite. Les cas qui permettent de recourir au fonds de garantie sont souvent définis avec précision. L'intervention du fonds de garantie peut être conditionnée à des modifications dans le fonctionnement du SA.

Fonds de réserve

Capitaux propres constitués par le SA pour faire face à des dépenses futures en particulier en cas de situations imprévues. Leur montant fait habituellement l'objet de dispositions réglementaires.

Forfait (prestation)

Montant versé comme prestation aux adhérents lorsqu'il est fixé d'avance et indépendamment du montant réel des frais médicaux.

Formation médicale ou formation sanitaire

Toute structure ou institution intervenant dans le domaine de la santé en tant que prestataire de soins de santé auprès de la population (centre de santé, dispensaire, cabinet médical, hôpital, etc.).

Franchise

Lorsqu'un SA ne couvre que les montants supérieurs à une somme fixée à l'avance, cette somme est appelée franchise. La franchise est en général fixée en fonction du type de services couverts.

Garanties

Ensemble des avantages octroyés par un assureur à un assuré en contrepartie du versement de cotisations ou d'une prime d'assurance.

Médecin-conseil

Médecin qui travaille pour un SA et lui fournit des conseils ainsi qu'aux prestataires de soins et aux patients. Il conseille le SA dans l'établissement de conventions avec les prestataires de soins. Il contrôle la pertinence des soins donnés, le bien-fondé et le respect des règles de remboursement. Il peut aussi intervenir dans les activités d'éducation à la santé.

Médicament générique

Médicament désigné par le nom de son principe actif le plus important, et non par son appellation commerciale. En général, la Dénomination commune internationale (DCI), établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), correspond au nom générique.

Médicaments essentiels

Les médicaments essentiels sont ceux qui sont sélectionnés par l'OMS en raison de leur importance pour prévenir ou soigner les maladies les plus fréquentes dans un pays. L'emploi de cette sélection permet d'améliorer la thérapie, de garantir un bon usage des médicaments et contribue à réduire les dépenses de santé.

Mouvement social

Tout groupe social organisé (association de personnes, syndicat, groupement, mutuelle, coopérative...) qui mène des actions en faveur du bien-être de ses adhérents et de la société en général.

Mutualisation du risque

Principe selon lequel les risques individuels sont regroupés pour être redistribués entre les adhérents d'une mutuelle. Il s'agit d'un partage du risque sur lequel reposent les mécanismes d'assurance.

Offre de soins

Désigne l'ensemble des services de santé disponibles pour une population donnée.

Patient

Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.

Période probatoire ou période d'attente

Egalement appelée période d'observation ou stage d'attente (ou tout simplement «stage»), elle correspond au temps pendant lequel un nouvel adhérent paie ses cotisations sans avoir droit aux services du SA. Cette période est nécessaire pour éviter que certaines personnes ne s'affilient uniquement au moment précis où elles en ont besoin et se retirent ensuite (par exemple adhésion en prévision d'un accouchement).

Personnalité juridique

La personnalité juridique peut être accordée aux personnes physiques ou morales. La personne physique est tout être humain, tandis que la personne morale est un groupement d'individus auquel la loi reconnaît une personnalité juridique distincte de celle de ses adhérents. Comme une personne physique, une personne morale a des droits et des obligations. La personnalité juridique peut s'acquérir par l'enregistrement sous différentes formes: association sans but lucratif (ASBL), coopérative, mutuelle, société anonyme, société à responsabilité limitée (SARL), etc.

Personne à charge

Personne qui, sans être adhérent du SA, bénéficie de ses services en raison de son lien de parenté avec un adhérent (par exemple un conjoint, un enfant, un ascendant, etc.).

Perte

Ce terme désigne la différence entre les produits et les charges de l'exercice lorsque les charges sont supérieures aux produits. Suivant les législations et le statut juridique de l'organisation, d'autres termes peuvent être utilisés comme «déficit».

Plafonnement des prises en charge

Le SA peut limiter sa prise en charge à un montant maximum pour un événement particulier. La part des frais supérieure à ce montant est à la charge de l'adhérent. Ce plafonnement permet de limiter les dépenses du SA et de le protéger de cas «catastrophiques» qui, par leur coût très élevé, pourraient entraîner la faillite du système.

Portefeuille de risques

Ensemble des contrats écrits ou non en cours de validité. Chaque contrat couvre une ou plusieurs personnes contre une certaine quantité de risques correspondants aux prestations couvertes.

Prestataires de soins

Terme général désignant toute personne ou formation médicale, qui dispense des soins de santé à un patient.

Prévoyance

Attitude qui consiste à prendre un certain nombre de mesures, à s'organiser pour pouvoir faire face à la survenue future d'un risque. Par exemple, stocker des denrées alimentaires en prévision d'une sécheresse ou d'une pénurie, épargner en vue d'un mariage, etc.

Protection sociale

Terme générique couvrant l'ensemble des garanties contre la réduction ou la perte de revenu en cas de maladie, de vieillesse, de chômage (ou d'autres risques sociaux), incluant la solidarité familiale ou ethnique, l'épargne individuelle ou collective, l'assurance privée, les assurances sociales, la mutualité, la sécurité sociale, etc. (d'après le thésaurus du Bureau international du Travail, Genève, 1991).

Réassurance

La réassurance est un mécanisme selon lequel un système d'assurance souscrit une assurance auprès d'une autre assurance. Il s'agit donc de l'assurance de l'assureur. C'est une assurance de deuxième degré pour un SA qui le lie à un réassureur. Ce mécanisme permet une diversification des risques et leur répartition sur une base plus large.

Référence obligatoire

Désigne l'obligation de consulter un médecin d'un échelon donné avant de pouvoir être reçu par une formation médicale d'un échelon supérieur. Le médecin réfère le patient à l'échelon supérieur.

Règlement intérieur

Document qui fixe les règles et modalités pratiques de fonctionnement d'une association, que tous les adhérents doivent s'engager à respecter. Le règlement intérieur complète et rend plus explicites les statuts.

Risque

Probabilité qu'un événement (bon ou mauvais) se produise. Par extension, événement indésirable contre la survenance duquel on s'assure. Les principaux risques sociaux sont: la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage, le décès, etc. (voir sécurité sociale). Les risques sociaux positifs sont le mariage, la naissance, etc.

Risque de surprescription

Les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation des prestations en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du fait que ce dernier sait qu'il est assuré.

Risque de surconsommation

Il se rapporte au phénomène suivant lequel les bénéficiaires d'une assurance ont tendance à consommer abusivement ou plus que d'ordinaire, les services proposés, de manière à «valoriser» au maximum les cotisations versées.

Risques de santé

En matière de soins de santé, on fait la différence entre gros risques et petits risques. Les gros risques sont ceux qui impliquent des dépenses importantes, comme une hospitalisation, un accouchement, une opération chirurgicale, etc. Les petits risques sont ceux qui impliquent des dépenses moins élevées, comme les consultations auprès d'un médecin généraliste ou l'achat de médicaments.

Santé

Selon la définition de l'OMS: «La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité.»

Sécurité sociale

Protection que la société accorde à ses membres, grâce à une série de mesures publiques, contre le dénuement économique et social où pourraient les plonger, en raison de la disparition ou de la réduction sensible de leur gain, la maladie, la maternité, les accidents du travail et les maladies professionnelles, le chômage, l'invalidité, la vieillesse ou un décès; à cela s'ajoute la fourniture de soins médicaux et l'octroi de prestations aux familles avec enfants. (D'après la Convention n° 102 de l'Organisation internationale du Travail concernant la sécurité sociale [norme minimale]).

Sélection adverse

Il y a sélection adverse ou antisélection, lorsque les personnes courant un risque plus élevé que la moyenne s'affilient à un système d'assurance, dans une proportion supérieure à celle qu'elles représentent dans la population générale. Cette situation peut compromettre la viabilité financière du système par un niveau de dépenses trop élevé par adhérent.

Sinistralité (d'un SA)

Le terme désigne la relation entre les prestations dont bénéficient les adhérents et les cotisations qu'ils paient au SA.

Soins de santé de base

Soins courants dispensés aux patients dans les formations médicales, premier point de contact de la population avec le système de santé. Ils comprennent les soins préventifs et promotionnels, les soins curatifs simples et la récupération nutritionnelle.

Soins de santé primaires

Stratégie de développement sanitaire basée sur l'amélioration de la qualité des services de santé de premier échelon, sur leur extension (de l'aspect curatif aux interventions de prévention et de promotion) et sur l'encouragement de la participation de la population à la gestion des services et à la prise en charge de leurs coûts.

Soins ambulatoires

Soins effectués dans un établissement médical mais sans hospitalisation ou internement du patient.

Soins à domicile

Soins dispensés au domicile du patient. Dans certains pays, les médecins ou les infirmières effectuent ainsi des visites à domicile, dont les tarifs sont plus élevés pour tenir compte des frais de déplacement du prestataire.

Soins hospitaliers

Soins dispensés à l'occasion de l'hospitalisation d'un patient, c'est-à-dire d'un séjour en hôpital comptant au moins une nuit.

Soins spécialisés

Consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques (radiologie, biologie clinique, etc.).

Spécialité

Médicament protégé par un brevet et vendu sous un nom de marque choisi par le fabricant.

Ticket modérateur

Il représente la part du coût du service couvert déduite du montant remboursé à l'adhérent. Il est exprimé en pourcentage. On l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de modérer la consommation de soins de santé.

Tiers-payant

Système de paiement des dépenses de santé dans lequel l'adhérent ne paie au prestataire que la partie du coût des soins qui est à sa charge (ticket modérateur). Le SA paie le complément de ce coût directement au prestataire.

Vulnérabilité

Une personne est vulnérable si elle n'est pas capable de mobiliser des ressources pour faire face à des événements externes défavorables. La vulnérabilité indique donc la probabilité de réduction du bien-être diminue quand un risque se produit.

Annexe 4

Un réseau de partage d'expériences...



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

En 1998, le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Bureau international du Travail (BIT), le projet «Partnerships for Health Reform» (PHR), financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), la Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ), l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique (ANMC) et Solidarité mondiale WSM ont réuni à Abidjan différents acteurs impliqués dans le développement des mutuelles de santé: fédérations mutualistes d'Afrique et d'autres régions du monde, organisations internationales, Etats, agences de coopération, projets, prestataires de soins, ONG locales et internationales, universités, centres de recherche et confédérations syndicales.

Au cours de cette rencontre, les participants ont formulé une recommandation pour développer *une concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre*.

La Concertation est un réseau d'information actualisée de la mutualité aux niveaux national et sous-régional. Elle permet de partager des expériences, de l'information et des connaissances et contribue à la création de collaborations et de synergies.

Ses activités touchent 11 pays: Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée (Conakry), Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad et Togo. Une extension de cette couverture géographique à d'autres pays d'Afrique est envisagée.

Les activités de la Concertation sont les suivantes:

- gestion d'un site web spécifique à la mutualité de santé en Afrique: www.concertation.org;
- diffusion d'une lettre d'information, le «Courrier de la Concertation»;
- mise en œuvre d'un système de suivi du développement des mutuelles de santé;
- organisation d'ateliers thématiques.

La Concertation propose gratuitement plusieurs bases de données actualisées relatives aux organisations mutualistes, aux structures d'appui, aux événements, aux publications (études, articles, rapports, discours, communications, etc.).

La Concertation
BP 414, Dakar - Sénégal
Tél.: (221) 860 46 28
Tél./fax: (221) 860 11 25
E-mail: concemut@sentoo.sn
Visitez notre page web: <http://www.concertation.org>

Annexe 5

Bibliographie

Abani, R. 1996: *Analyse des déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les prestataires de services de planification familiale, et les conséquences de leur comportements sur la qualité des services* (Dakar, Population Council).

Abel-Smith, B. 1987: *Forum mondial de la santé. Soins de santé. Qui paie?* (Genève, OMS).

Ako, A. 1994: *Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé: cas de Sénégal* (Dakar).

Atim, C. 1999: «Social movement and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon», *Social Science & medicine* (Oxford), vol. 48, pp. 881-896.

Atim, C. 1995: *Systèmes mutualistes de financement des soins de santé en Afrique* (Bruxelles, Solidarité mondiale).

Bennet, S.; Creese A.; Monasch R. 1998: *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*, ARA Paper n° 16 (Genève, OMS).

BIT. 1994: *Basic management training for micro-enterprises, Trainers' guide* (Genève).

BIT. 1991: *Le dilemme du secteur non structuré, Rapport du directeur général* (Genève).

BIT-ACOPAM; ANMC; WSM; USAID. 1998: *Mutuelles de santé au Burkina Faso, Brochure d'information* (Dakar, ACOPAM).

BIT-ACOPAM; ANMC; WSM; USAID. 1998: *Mutuelles de santé au Sénégal, Brochure d'information* (Dakar, ACOPAM).

BIT-ACOPAM; ANMC; WSM; USAID. 1998: *Mutuelles de santé en Guinée, Brochure d'information* (Dakar, ACOPAM).

BIT-ACOPAM; ANMC; WSM. 1997: *Mutuelles de santé en Afrique. Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants* (Dakar, ACOPAM).

BIT-ISEP. 1999: *Le secteur informel en Afrique face aux contraintes légales et institutionnelles* (Genève, ISEP).

BIT-STEP; CIDR. 2001: *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé* (Genève, STEP).

BIT-STEP. 2001: *Women organizing for social protection. The Self-employed Women's Association's integrated insurance scheme* (Genève, STEP).

BIT-STEP. 2000: *A compendium of micro-insurance schemes* (Genève, STEP).

BIT-STEP; WSM; ANMC. 2000: *Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs* (Genève, STEP).

BIT-STEP. 2000 : *Module en gestion administrative et financière des mutuelles de santé* (version provisoire) (Dakar, STEP).

BIT-STEP. 2000 : *Module sur la collaboration entre l'offre de soins et la mutuelle de santé* (version provisoire) (Dakar, STEP).

BIT-STEP; WIEGO. 2000 : *Learning from experience: a gendered approach to social protection for workers in the informal economy* (Genève, STEP).

BIT-STEP; OPS. 1999 : *Guide méthodologique pour la production des études de cas* (Genève, STEP).

BIT-STEP. 1999 : *La mutuelle de santé, la prévoyance et la solidarité pour une meilleure santé, Brochure d'information* (Dakar, STEP).

BIT-STEP. 1999 : *Mutual Health Insurance, The trainer's guide* (Dar es-Salaam, STEP).

BIT-STEP; BIT-ACOPAM; USAID-PHR; WSM; ANMC. 1998 : *Etude sur la contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement des soins de santé en Afrique. Etude de cas au Sénégal* (Dakar, STEP).

BIT-STEP; BIT-ACOPAM; USAID-PHR; WSM; ANMC. 1998 : *Etude sur la contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement des soins de santé en Afrique. Etude de cas au Bénin* (Dakar, STEP).

BIT-STEP; BIT-ACOPAM; USAID-PHR; WSM; ANMC. 1998 : *Etude sur la contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement des soins de santé en Afrique. Etude de cas au Ghana et Nigéria* (Dakar, STEP).

BIT-STEP; BIT-ACOPAM; USAID-PHR; WSM; ANMC. 1998 : *Etude sur la contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement des soins de santé en Afrique. Etude de cas au Mali* (Dakar, STEP).

BIT-STEP; BIT-ACOPAM; USAID-PHR; WSM; ANMC. 1998 : *La contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé. Synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre* (Genève, STEP).

BIT-STEP; BIT-ACOPAM; USAID-PHR; WSM; ANMC. 1998 : *Plate-forme d'Abidjan. Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique* (Genève, STEP).

Carrin, G.; Perrot G.; Sergent F. 1993 : *L'influence de la participation financière des populations sur la demande de soins de santé: une aide à la réflexion pour les pays les plus démunis* (Genève, OMS).

Concertation. 2000 : *Le courrier de la concertation entre les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre, volume n° 2* (Dakar).

Criel, B.; van der Stuyft; van Lerberghe. 1999 : *The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its impact on hospital utilisation patterns, Social science & medicine* (Oxford), vol. 48, pp. 897-911.

Defourny, J.; Develtere, P.; Fonteneau, B. 1999 : *L'économie sociale au Nord et au Sud* (Bruxelles, De Boeck).

Diallo, I. 1993 : *Financement de la santé au Sénégal: Problématique, solutions et perspectives* (Dakar).

Dror, D.; Jacquier, C. 1999: «Micro-assurance: élargissement de l'assurance maladie aux exclus», *Revue internationale de sécurité sociale* (Genève, AISS), vol. 52, n° 1.

Faure, V.; Sakho, D. 1996: *Etude pour le développement de la mutualité au Sénégal, stratégies pour un dispositif d'appui* (Dakar).

Fonteneau, B. 1999: *L'émergence de pratiques d'économie sociale en matière de financement de la santé au Burkina Faso* (Leuven, KUL).

Institut de la Statistique et de la Démographie. 1997: *Pauvreté et santé au Burkina Faso* (Ouagadougou).

Lalarisse, F.; Atlan, M. 1996: *Etude du cadre juridique et réglementaire de la mutualité au Sénégal* (Dakar).

Nzemen, M. 1993: *Tontines et développement ou le défi financier de l'Afrique* (Cameroun, Presses Universitaires du Cameroun).

Nolan, B.; Turbat, V. 1993: *Cost recovery in public health services in sub-saharian Africa* (Washington, DC, Banque mondiale, Institut de développement économique).

OMS (Organisation mondiale de la Santé). 1997: *L'approche contractuelle: de nouveaux partenariats pour la santé dans les pays en développement* (Genève).

—. 1987: «Soins de santé, qui paie», *sélection d'articles du forum mondial de la santé 1987* (Genève).

PNUD. 1998: *Progrès dans la lutte contre la pauvreté en Afrique* (Abidjan, PNUD).

Sauerborn R. et Al. 1996: *Les coûts économiques de la maladie en milieu rural au Burkina Faso* (Ouagadougou).

Shaw, P. R.; Griffin, C. C. 1995: «Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et de l'assurance», *Le développement en marche* (Washington, DC, Banque mondiale).

Shepard, D. et al. 1992: *Les régimes d'assurance maladie au Zaïre*.

UNICEF. 1999: *Guide pratique pour l'atteinte des objectifs 2000* (Sénégal).

Wade, M. 1998: *Guide des administrateurs des mutuelles de santé* (Dakar, CAMICS).

ZEF. 2000: *Impact des mutuelles de santé sur la santé et la productivité des ménages ruraux. Résultats préliminaires*.

Les publications de STEP sur la «micro-assurance santé»

Publications gratuites

Plate-forme d'Abidjan: *Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique*
BIT/BIT-STEP/USAID-PHR/GTZ/ANMC/AIM/WSM, 1999, 31 pages + annexes

Disponible en français et en anglais.

www.ilo.org/step/publs

Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre
BIT-STEP/BIT-ACOPAM/UAID-PHR/ANMC/WSM, 1998, 59 pages + annexes.

Disponible en français et en anglais.

www.ilo.org/step/publs

Mutuelles de santé au Sénégal: Brochure de sensibilisation
BIT-STEP, 1999.

Disponible en français, en wolof, haall poulaar (version arabe Guinée)

www.ilo.org/step/publs

Les publications payantes

Manuel de formateurs. *Mutuelles de santé en Afrique: Caractéristiques et mise en place*
BIT-STEP/ANMC/WSM, 2000, 301 pages, 30 fr.s., 18 euros, 7500 FCFA.

Disponible en français.

Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs. Guide
BIT-STEP/BIT-SEED, 2001, 59 pages, 10 fr.s., 6 euros, 2500 FCFA.

Disponible en français et en anglais.

Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé
BIT-STEP/CIDR, 2001,

Tome 1: 144 pages, 15 fr.s., 9 euros, 3750 FCFA

Tome 2: 102 pages, 10 fr.s., 6 euros, 2500 FCFA

Tome 1 + Tome 2: 242 pages, 22 fr.s., 13.50 euros, 5500 FCFA.

Disponible en français.



Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté

Service politiques et développement de la sécurité sociale

Bureau international du Travail
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22, Suisse
Tél.: (41 22) 799 65 44
Fax: (41 22) 799 66 44
E-mail: step@ilo.org
Site web: www.ilo.org/step

ISBN 92-2-212852-4

Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique

BIT-STEP