



La mise en réseau de mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest

L'union fait-elle la force ?

Les enseignements d'un colloque international organisé à
Nouakchott, Mauritanie
19 et 20 décembre 2004

Edité par Maria-Pia Waelkens et Bart Criel,
Département de santé publique,
Institut de médecine tropicale (IMT), Anvers, Belgique

Avril 2007

Edité par Maria-Pia Waelkens et Bart Criel, Institut de médecine tropicale d'Anvers (IMT), avec les contributions de Werner Soors (IMT), de Mathieu Noirhomme (consultant indépendant) et de Daniel Ferette (consultant indépendant) et avec la participation de Bâ Abdoulaye Samba (Projet Santé Dar-Naïm, Nouakchott).

Le colloque fût organisé en décembre 2004 par Caritas Mauritanie et l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, sous le haut patronage de son excellence Monsieur le ministre de la Santé et des Affaires sociales de la République Islamique de Mauritanie.

Anvers,
Avril 2007

Avant Propos

Dr Idoumou Ould Mohamed Vall, représentant du ministre de la Santé et des Affaires sociales, République Islamique de Mauritanie.

Les mutuelles de santé sont une approche récente dans le paysage mauritanien. Elles s'inscrivent dans une dynamique qui est appelée à se développer davantage dans les années à venir. L'expérience accumulée dans plusieurs pays voisins recèle des leçons importantes pour augmenter leurs chances de succès.

En Mauritanie, la solidarité communautaire et le partenariat sont perçus comme les instruments d'une meilleure prise en charge des problèmes de santé des populations. Les expériences du forfait obstétrical et des mutuelles de santé sont des avancées concrètes en ce sens. Elles traduisent une volonté d'impliquer les citoyens à la construction de leur bien-être social. Différents programmes de développement ont produit des résultats intéressants ces dernières années. Leurs retombées sont perceptibles au travers d'une amélioration des indicateurs sociaux entre autres dans les secteurs de l'éducation, de la santé ou de l'accès à l'eau potable.

Depuis 1999, notre pays est éligible à l'initiative de réduction de la dette au profit des pays pauvres très endettés. Ceci ouvre l'accès à d'importantes ressources financières, que le gouvernement affecte en priorité à la lutte contre la pauvreté. Les orientations stratégiques du ministère de la Santé publique incluent le développement de mécanismes de partage du risque maladie au sein des communautés. En matière de mutuelles, des expériences réussies ont été menées dans plusieurs départements du pays. Nous pouvons, en particulier, épingler l'appui apporté par Caritas à travers le projet Dar-Naïm, et par les coopérations française et allemande à Nouakchott et à Aioun.

Le colloque international tenu à Nouakchott les 19 et 20 décembre 2004 visait à tirer les leçons du partage d'expériences mutualistes tant en matière d'accès financier aux soins hospitaliers qu'en ce qui concerne la mise en réseau du mouvement mutualiste. Nous pensons ces leçons utiles pour les participants à ce colloque et pour les citoyens de ce pays. Cette publication en représente une synthèse. Elle vise à rendre accessible l'essentiel des débats qui ont animé ce colloque à tout acteur désireux de s'engager sur la longue route du développement d'un réseau de mutuelles.

Remerciements

Nous tenons à remercier les institutions et les personnes suivantes pour leur appui au colloque international sur les mutuelles de santé tenu à Nouakchott, Mauritanie, les 19 et 20 décembre 2004 :

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales (MSAS) de la République Islamique de Mauritanie,

La Direction générale de la coopération au développement (DGCD), Bruxelles, qui a permis l'organisation de ce colloque sur la base de l'accord cadre qu'il a signé avec l'Institut de médecine tropicale d'Anvers pour la période 2003-2007,

L'organisation non gouvernementale Caritas Mauritanie et en particulier son directeur, Jean Meunier,

Les responsables des mutuelles de santé de Nouakchott : la mutuelle communautaire de santé de Arafat, la mutuelle de la Confédération libre des travailleurs de Mauritanie, la mutuelle Tadamoun Niswi de Sebkha, la mutuelle communautaire de santé de El Mina et en particulier la mutuelle communautaire de santé de Dar-Naïm,

Les participants sénégalais, maliens, guinéens et belges au colloque international des mutuelles de santé,

Le coordinateur de la Concertation, Mr Pascal Ndiaye,

Et tous ceux qui ont contribué au bon déroulement du colloque.

Bart Criel et Maria-Pia Waelkens, Institut de médecine tropicale, Anvers
Bâ Abdoulaye Samba, Projet Santé Dar-Naïm, Nouakchott.

Avril 2007

Résumé

La mise en réseau de mutuelles de santé est-elle une stratégie pertinente et efficace pour améliorer l'accès des mutualistes aux soins hospitaliers ? Voilà la question qui a motivé l'organisation du colloque régional tenu les 19 et 20 décembre 2004 à Nouakchott, capitale de la Mauritanie. Ce colloque est le fruit d'une collaboration entre l'organisation non gouvernementale Caritas Mauritanie et le département de Santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, sous l'égide du ministère de la Santé et des affaires sociales de la Mauritanie. Il a rassemblé des participants venus de la Guinée, du Mali, du Sénégal et de la Mauritanie, tous acteurs du mouvement mutualiste, issus de différents niveaux du système de santé de leur pays ou de la société civile.

Les objectifs du colloque étaient (i) d'analyser les problèmes des mutuelles en termes d'accès aux soins aux structures de santé de référence, (ii) d'étudier les stratégies possibles pour améliorer l'accès des mutualistes aux soins hospitaliers, notamment la mise en réseau des mutuelles de santé, (iii) de partager les expériences en matière d'accès des mutualistes aux soins de référence et de mise en réseau des mutuelles de santé et (iv) d'identifier les enseignements et formuler des recommandations éventuelles pour améliorer l'accès des mutualistes mauritaniens aux soins de référence.

Une analyse de la situation des mutuelles de santé en Guinée, au Mali et au Sénégal montre que, en grande majorité, les mutuelles de santé de ces pays couvrent d'abord les soins de première ligne ; là où les soins de référence sont couverts, cette couverture n'est souvent que partielle. En même temps, on observe dans ces trois pays un intérêt grandissant pour la mise en réseau de mutuelles de santé qui se matérialise, ici et là, par la création de fédérations de mutuelles. A côté des avantages évidents en termes d'échange d'expériences et de connaissances, ces dynamiques de collaboration contribuent à élargir la base d'adhésion de la mutuelle de santé par l'extension du risque à un plus grand nombre de membres. Ceci permet des économies d'échelle, qui contribuent à consolider la situation financière des mutuelles individuelles, et favorisent la mise en place d'une gestion professionnelle. Finalement, l'action conjuguée

donne un poids politique au réseau de mutuelles dans ses négociations avec les prestataires de soins et dans les démarches de plaidoyer auprès des autorités publiques.

Le colloque a montré que la stratégie de mise en réseau est pertinente pour la Mauritanie, même si les expériences de mutuelles de santé y sont récentes. Il a mis en exergue le rôle important que l'État peut jouer dans l'accompagnement du mouvement mutualiste en général, et dans la mise en réseau de mutuelles de santé en particulier. Enfin, il a souligné la nécessité de ressources humaines compétentes pour appuyer et accompagner ces dynamiques.

Il y a lieu cependant de conceptualiser d'avantage les modalités de mise en réseau de mutuelles de santé, de mieux définir les avantages et les limites des différentes formes de mise en réseau, et d'étudier quel modèle de mise en réseau serait le plus approprié dans un contexte donné. Un effort de recherche s'impose: d'une part, à partir de données empiriques, tenter de classer et mieux comprendre les différentes formes de regroupement de mutuelles de santé ; d'autre part, par des projets de recherche action, accompagner la mise en place et documenter les résultats d'initiatives de mise en réseau. Les connaissances générées pourront nous aider à mieux planifier et gérer le « passage à échelle » des mutuelles de santé africaines.

Introduction : contenu et structure du livre

En Afrique de l'Ouest, l'accès aux soins de santé est problématique. C'est particulièrement vrai pour l'accès aux soins hospitaliers ou soins de référence. Nous avons là un des objectifs centraux des mutuelles de santé. Le paradoxe est que peu de mutuelles parviennent à étendre leurs services aux soins de référence. En théorie, une assurance maladie devrait couvrir en priorité les risques santé dont les conséquences peuvent s'avérer désastreuses pour les familles d'adhérents. En pratique, les couvertures mutualistes en Afrique de l'Ouest ne concernent souvent que les petits risques.

Certaines mutuelles de santé ont réussi à convaincre leurs adhérents de cotiser pour un paquet de service incluant les soins hospitaliers. Elles signent alors une convention avec l'hôpital, qui régit les relations respectives entre les deux institutions, et définit la nature et le volume des soins à donner aux mutualistes couverts. La force de ce type d'arrangement tient entre autres à sa représentativité. Ni l'hôpital, ni les mutuelles n'ont intérêt à une multiplication de petits contrats distincts pour des populations réduites. A contrario, nous pensons que la mise en réseau de mutuelles de santé peut contribuer à donner plus de poids à la voix de mutuelles de santé individuelles, à améliorer la qualité et l'efficacité de leur gestion, et à consolider leur capacité d'établir avec des hôpitaux des relations fonctionnelles mutuellement bénéfiques.

Des considérations stratégiques de ce type sont au cœur des questions que se posent les jeunes mutuelles de santé de Mauritanie. Pour les étudier en profondeur, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales et certains des ses partenaires ont suggéré d'organiser un colloque régional qui s'est tenu en décembre 2004 à Nouakchott. En partant des expériences de quatre pays d'Afrique de l'Ouest - la Guinée, le Mali, la Mauritanie et le Sénégal - il visait à mieux comprendre les problèmes d'accès aux soins hospitaliers auxquels les adhérents de mutuelles de santé sont confrontés, et à étudier la pertinence et l'efficacité des approches de mise en réseau des mutuelles dans leur collaboration avec les hôpitaux.

Ce livre entend restituer les présentations du colloque et mettre en perspective les différents enseignements qui en ont été tirés. Il est organisé en trois parties.

La première partie traite des problèmes d'accès aux soins hospitaliers.

Pour la Mauritanie, Mr Bâ Abdoulaye Samba, de l'équipe du Projet santé Dar-Naïm (soutenu par l'organisation non gouvernementale Caritas Mauritanie, en banlieue de Nouakchott) présente les principaux problèmes auxquels les mutuelles de santé font face en termes d'accès aux soins hospitaliers. Il évoque entre autres les difficultés pour inclure les soins hospitaliers dans le paquet de bénéfices des mutuelles, pour prévoir les coûts des soins hospitaliers, et pour remédier à la qualité déficiente des soins (notamment les problèmes de disponibilité des médicaments).

Pour la Guinée, Mme Aïssatou Barry, présidente de l'organisation d'appui *Dynamique Mutualiste* (DynaM) qui regroupe plusieurs mutuelles distinctes, présente les initiatives de son organisation pour améliorer l'accès aux soins de référence des adhérents. Elle décrit en particulier les actions concrètes qui ont été menées pour construire un dialogue et un partenariat entre mutuelles de santé et hôpitaux.

Pour le Sénégal, Mr Cheikh Vilane, président de l'Union des mutuelles de santé de Dakar passe en revue les réformes initiées dans son pays en matière de politique de santé. Des mutuelles fragiles se trouvent face à des hôpitaux frileux par rapport à la mise en place de conventions. Cheikh Vilane en tire quelques pistes pour les orientations futures des mutuelles de santé.

La deuxième partie présente les expériences de mise en réseau de mutuelles de santé en Guinée, au Mali et au Sénégal. Ces descriptions nous donne un aperçu du contexte social et de l'historique des mutuelles de santé. Elles décrivent les objectifs poursuivis par la dynamique de mise en réseau, le type d'organisation mis en place, les services offerts et les résultats atteints par les mutuelles engagées dans le réseau. Enfin, elles brossent les projets en perspective et les écueils à éviter. Cette revue d'expériences nous permet de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les mutuelles se mettent en réseau, la valeur ajoutée

qu'elles y trouvent, et la division des tâches entre mutuelles individuelles et réseau. En particulier, elles permettent d'examiner comment un réseau peut améliorer la relation entre les mutuelles de santé et les hôpitaux.

L'Union technique de la mutualité (UTM) du Mali rassemble pratiquement toutes les fonctions d'un réseau ou d'une union de mutuelles. Cette organisation est décrite par Dr Oumar Ouattara, le directeur général de l'UTM.

Mr André Demba Wade présente les expériences de deux réseaux de mutuelles de santé du Sénégal : d'une part la Coordination régionale des mutuelles de santé de Thiès, berceau des mutuelles de santé au Sénégal, et d'autre part l'Union des mutuelles de santé de Dakar. Il relève les différences entre ces deux approches et les difficultés rencontrées.

En Guinée également, deux types de réseaux différents se sont développés. Le premier prit racine en Guinée forestière, avec le soutien du Centre international de développement et de recherche (CIDR). Mr Cécé Gbamou, représentant du CIDR nous explique comment la stratégie de développement du CIDR prévoyait la mise en réseau de ces mutuelles dès l'origine du projet. Il évoque les principaux enjeux pour leur avenir. Le deuxième est un réseau particulier, intitulé la plateforme des opérateurs d'appui en Guinée. Mr Alhassane Barry, représentant le point focal de la « Concertation » en Guinée, nous en décrit la genèse. La plateforme vise à améliorer le fonctionnement des organisations d'appui ; à éviter les actions contradictoires et concurrentes de ces opérateurs ; à améliorer la compréhension du développement des mutuelles ; et à définir un plan d'activités plus cohérent, concerté et solide.

La troisième partie enfin fait la synthèse des principaux enseignements du colloque.

Information développement et santé

Encadré 1 : La Guinée

La République de Guinée montre des indicateurs faibles en termes de revenu^(a) et de développement humain^(b). Son produit national brut avoisine les 400 US\$ par habitant et par an. 40% de sa population vit en dessous du seuil national de pauvreté^(d). Derrière ces chiffres se cachent d'énormes disparités^(c), particulièrement entre la Haute Guinée, rurale et pauvre, et la Basse Guinée, plus prospère et abritant la capitale Conakry. Les indicateurs sanitaires du pays sont parmi les plus bas en Afrique subsaharienne^(c). Le total des dépenses de santé est de 13 US\$ par habitant et par an, dont 7 US\$ proviennent des finances publiques^(e). Les dépenses publiques de santé représentent 1,9% du PIB, les dépenses privées de santé 1,6%. Celles-ci se composent intégralement de paiements directs des patients^(e). Les ménages les plus pauvres investissent en soins médicaux une part huit fois plus grande de leur revenu que les ménages les plus riches^(c). Les dépenses publiques pour l'éducation représentent 1,9% du PIB^(b). L'espérance de vie à la naissance est de 48,9 ans. 41% des Guinéens adultes savent lire et écrire^(b). Pendant la période 1990-2003, le taux de mortalité des moins de 5 ans a diminué de 240 à 160 pour 1000 naissances vivantes^(f). La mortalité maternelle déclarée de 530 pour 100 000 naissances vivantes, est estimée à 740 par les organismes internationaux^(f). Les conditions sanitaires sont nettement plus préoccupantes en milieu rural qu'en milieu urbain. Plus de 60% du personnel de santé est basé à Conakry, résidence de moins de 20% de la population totale^(g). À côté de cette contrainte géographique, les services de santé sont sous-utilisés en raison de la faible qualité des soins offerts et de l'insuffisance des ressources disponibles^(g). L'amélioration de la qualité de soins et de l'accès des pauvres aux services de santé ont été inclus dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté en 2002. Il y est fait mention de développement de services à base communautaire et de mutuelles comme systèmes de partage des risques^(g). Les premières mutuelles de santé communautaires en Guinée datent de 1996 avec le projet de recherche sur le partage de risque maladie (PRIMA)^(h).

Sources

^(a) Banque Mondiale (2004) Rapport sur le développement dans le monde 2004 : Mettre les services de base à la portée des pauvres. Banque mondiale, Washington, DC.

^(b) PNUD (2004) Rapport mondial sur le développement humain 2004 : La liberté culturelle dans un monde diversifié. Programme des Nations Unies pour le Développement, New York, NY.

^(c) Banque Mondiale (2004) Guinée : Renforcer la gestion des dépenses publiques en vue de promouvoir la croissance et réduire la pauvreté. Revue des dépenses publiques. Rapport No. 27347-GUI. Banque mondiale, Région Afrique, Washington, DC.

^(d) Banque Mondiale (2005) Rapport sur le développement dans le monde 2005 : Un meilleur climat de l'investissement pour tous. Banque Mondiale, Washington, DC.

^(e) OMS (2004) Rapport sur la santé dans le monde 2004 : Changer le cours de l'histoire. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

^(f) UNICEF (2004) La situation des enfants dans le monde 2005 : L'enfance en péril. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, NY.

^(g) République de Guinée (2002) Stratégie de réduction de la pauvreté en Guinée. RDG, Conakry.

^(h) Medicus Mundi Belgique (2002) Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale. Medicus Mundi Belgique, Bruxelles.

Encadré 2 : Le Mali

La République du Mali montre des indicateurs faibles en termes de revenu^(a) et de développement humain^(b). Le produit national brut est de 290 US\$ par habitant et par an. Plus de 90% de sa population vit avec moins de 2 US\$ par jour, 73% doit subsister avec moins de 1 US\$ par jour^(d). Environ 90% des pauvres habite en milieu rural^(c). Les indicateurs de santé du pays sont parmi les plus bas du monde^(e). Le total des dépenses de santé est de 11 US\$ par habitant et par an, dont 4 US\$ proviennent des finances publiques^(e). Les dépenses publiques de santé représentent 1,6% du PIB, les dépenses privées de santé 2,7%. Celles-ci se composent à 73% de paiements directs par les patients^(e). Les dépenses publiques pour l'éducation représentent 2,8% du PIB^(b). L'espérance de vie à la naissance est de 48,5 ans ; 19% des Maliens adultes savent lire et écrire^(b). Le taux annuel de croissance économique était de 2,4% entre 1990 et 2003. Pendant la même période, le taux de mortalité des moins de 5 ans a diminué de 250 à 220 pour 1000 naissances vivantes^(f). La mortalité maternelle déclarée est de 580 pour 100 000 naissances vivantes, mais est estimée à 1 200 par les organismes internationaux^(f). Le gouvernement malien a déployé des efforts considérables en matière de santé. En 1990 le Mali a adopté une politique sectorielle de santé basée sur la stratégie des soins de santé primaires et sur l'Initiative de Bamako^(g), qui visait à responsabiliser les communautés pour le financement et la gestion des soins de santé primaires^(b). Le Programme décennal de développement sanitaire et social (PRODESS) a été introduit en 1999 pour étendre la couverture et améliorer la qualité des services de santé^(e). Ce programme a été repris et adapté par la stratégie nationale de lutte contre la

pauvreté en 2002^(g). Le développement de systèmes de mutuelles y est mentionné comme un mécanisme de protection du revenu des pauvres et de promotion de l'accès aux soins. En 1990 la première mutuelle de santé communautaire a vu le jour à Bamako. En 1996, le Mali s'était doté d'une loi sur les mutuelles.

Sources

^(a) Banque Mondiale (2004) Rapport sur le développement dans le monde 2004 : Mettre les services de base à la portée des pauvres. Banque Mondiale, Washington, DC.

^(b) PNUD (2004) Rapport mondial sur le développement humain 2004: La liberté culturelle dans un monde diversifié. Programme des Nations Unies pour le Développement, New York.

^(c) Republic of Mali (2002) Final PRSP. Poverty reduction strategy paper. ROM, Bamako.

^(d) Banque Mondiale (2005) Rapport sur le développement dans le monde 2005: Un meilleur climat de l'investissement pour tous. Banque Mondiale, Washington, DC.

^(e) OMS (2004) Rapport sur la santé dans le monde 2004 : Changer le cours de l'histoire. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

^(f) UNICEF (2004) La situation des enfants dans le monde 2005 : L'enfance en péril. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, NY.

^(g) République du Mali (2002) CSLP final. Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. RDM, Bamako.

^(h) Evrard D (1998) Contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : cas du Mali. BIT-STEP, Genève.

Encadré 3 : La Mauritanie

La République Islamique de Mauritanie montre de faibles indicateurs en termes de revenu^(a) et de développement humain^(b). Son produit national brut avoisine les 400 US\$ par habitant et par an. Presque deux tiers de sa population vit avec moins de 2 US\$ par jour, et un quart subsiste avec moins de 1 US\$ par jour^(d). Les indicateurs de santé du pays sont bas, mais relativement meilleurs que ceux des autres pays de la région ouest africaine^(c). Le total des dépenses de santé est de 12 US\$ par habitant par an, dont 9 US\$ proviennent des finances publiques^(e). Les dépenses publiques de santé représentent 2,7% du PIB, les dépenses privées de santé 0,9%. Ces dernières proviennent intégralement de paiements directs des patients^(e). Elles représentent 5,5% du revenu des ménages en moyenne, ce qui est inférieur à ce qui est observé dans la région. Cependant, elles pèsent plus sur les pauvres que sur les riches, ce qui peut être interprété comme un élément d'aggravation de la pauvreté^(e). Les dépenses publiques pour l'éducation représentent 3,6% du PIB^(b). L'espérance de vie à la naissance est de

52,3 ans ; 41,2% des mauritaniens adultes savent lire et écrire^(b). Malgré un taux annuel de croissance économique de 2,2%, le taux de mortalité des moins de 5 ans reste stable depuis 1990 à 183 pour 1 000 naissances vivantes^(f). La mortalité maternelle déclarée de 750 pour 100 000 naissances vivantes, est estimée à 1 000 par les organismes internationaux^(f). Les services de santé sont sous-utilisés en raison de la faible qualité des soins offerts, de l'insuffisance des ressources et de facteurs comportementaux. L'amélioration des services de santé a été mentionnée comme priorité dans la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté en 2000. Le renforcement de l'accessibilité des soins de santé est en ligne de mire. Parmi les actions prioritaires figure l'implication des usagers et des communautés pauvres dans les décisions en matière de santé^(g). À partir de 2001, les premières mutuelles de santé communautaires ont vu le jour en Mauritanie.

Sources

^(a) Banque Mondiale (2004) Rapport sur le développement dans le monde 2004: Mettre les services de base à la portée des pauvres. Banque Mondiale, Washington, DC.

^(b) PNUD (2004) Rapport mondial sur le développement humain 2004: La liberté culturelle dans un monde diversifié. Programme des Nations Unies pour le Développement, New York.

^(c) Mohamed Nezhir Ould Hahmed & Soucat A (2004) Santé et pauvreté en Mauritanie : Analyse et cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. Banque Mondiale, Département du développement humain, Région Afrique, Washington, DC.

^(d) Banque Mondiale (2005) Rapport sur le développement dans le monde 2005: Un meilleur climat de l'investissement pour tous. Banque Mondiale, Washington, DC.

^(e) OMS (2004) Rapport sur la santé dans le monde 2004 : Changer le cours de l'histoire. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

^(f) UNICEF (2004) La situation des enfants dans le monde 2005 : L'enfance en péril. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, NY.

^(g) République Islamique de Mauritanie (2000) Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. RIM, Nouakchott.

Encadré 4 : Le Sénégal, développement et santé

La République du Sénégal montre des indicateurs faibles en termes de revenu^(a) et développement humain^(b). Son produit national brut est de 470 US\$ par habitant par an. Deux tiers de sa population vit avec moins de 2 US\$ par jour, plus d'un quart subsiste avec moins de 1 US\$ par jour^(d). Les indicateurs de santé du pays sont supérieurs à la moyenne de l'Afrique subsaharienne mais inférieurs à la moyenne des

autres pays aux ressources comparables^(c). Le total des dépenses de santé est de 22 US\$ par habitant et par an, dont 13 US\$ proviennent des finances publiques^(e). Les dépenses publiques de santé représentent 2,8% du PIB, les dépenses privées de santé 2,0%. Ces dernières se composent à 92% de paiements directs par les patients^(e). Les dépenses publiques pour l'éducation représentent 3,2% du PIB^(b). L'espérance de vie à la naissance est de 52,7 ans ; 39,3% des Sénégalais adultes savent lire et écrire^(b). Le taux annuel de croissance économique était de 1,4% entre 1990 et 2003. Pendant la même période, le taux de mortalité des moins de 5 ans a diminué de 300 à 148 pour 1 000 naissances vivantes^(f). La mortalité maternelle déclarée de 560 pour 100 000 naissances vivantes est estimée à 690 par les organismes internationaux^(f). Néanmoins, ce taux de mortalité atteindrait dans la région rurale plus pauvre de Kolda le double de celui de la région de Dakar^(g). En corollaire, l'accessibilité géographique est plus problématique dans la région la plus pauvre que dans la région plus riche. En outre, au niveau national 40% des patients se déclarent insatisfaits des soins, dont 60% à cause de coûts jugés trop élevés^(c). Les services de santé sont sous-utilisés^(g), en raison probablement d'infrastructures insuffisantes et d'un personnel mal réparti et peu motivé. Depuis 2002, la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté a retenu l'objectif formulé dans le plan national de développement sanitaire de promouvoir l'accès aux services de santé pour les populations pauvres. Les deux premières mesures sont l'amélioration de l'offre des services et le développement des services à base communautaire y compris des fonds d'appui aux mutuelles de santé^(g). Les premières mutuelles de santé ont vu le jour en 1989 dans les régions de Thiès et de Dakar.

Sources

^(a) Banque Mondiale (2004) Rapport sur le développement dans le monde 2004: Mettre les services de base à la portée des pauvres. Banque Mondiale, Washington, DC.

^(b) PNUD (2004) Rapport mondial sur le développement humain 2004: La liberté culturelle dans un monde diversifié. Programme des Nations Unies pour le Développement, New York, NY.

^(c) World Bank (2004) Senegal public expenditure review. Report No. 29357-SN. World Bank, Africa Region, Washington, DC.

^(d) Banque Mondiale (2005) Rapport sur le développement dans le monde 2005: Un meilleur climat de l'investissement pour tous. Banque Mondiale, Washington, DC.

^(e) OMS (2004) Rapport sur la santé dans le monde 2004 : Changer le cours de l'histoire. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

^(f) UNICEF (2004) La situation des enfants dans le monde 2005 : L'enfance en péril. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, New York, NY.

^(g) République du Sénégal (2002) Document de stratégie de réduction de la pauvreté. RDS, Dakar.

Tableau 1 : Les indicateurs des différents pays sur la base des fiches par pays

	Guinée	Mali	Mauritanie	Sénégal
	400	290		
PIB par habitant	US\$	US\$	400 US\$	470 US\$
Dépense de santé totale par habitant	13 US\$	11 US\$	12 US\$	22 US\$
Dépense publique de santé par habitant	7 US\$	4 US\$	9 US\$	13 US\$
Dépense de santé totale en % du PIB	3,50%	4,30%	3,60%	4,80%
Dépense publique de santé en % du PIB	1,90%	2,70%	2,70%	2,80%
Espérance de vie à la naissance	48,9 ans	48,5 ans	52,3 ans	52,7 ans
Année de création de la première mutuelle de santé	1996	1990	2001	1989

Première partie :

**LES MUTUELLES DE SANTE ET L'ACCES A
L'HOPITAL**

Les mutuelles de santé et l'accès à l'hôpital : Perspective de la mutuelle de santé de Dar-Naïm

Bâ Abdoulaye Samba, membre de l'équipe du Projet santé de Dar-Naïm (PSDN), Caritas Mauritanie, Nouakchott.

Introduction

Les mutuelles de santé sont de création récente en Mauritanie. Les premières initiatives datent de 2001. La priorité des autorités sanitaires avait été de développer l'offre de soins. Cependant, il est apparu que le coût des soins constituait une barrière importante à l'accès aux services de santé pour une population aux revenus limités, ce qui entraînait l'exclusion de beaucoup de citoyens.

Telle a été l'origine de la création des mutuelles de santé : permettre aux membres d'une communauté de faire appel aux formations sanitaires choisies par la mutuelle, sous condition d'une cotisation régulière adaptée à leur capacité financière.

Les mutuelles de santé de Nouakchott se sont d'abord attachées à couvrir les soins de premier niveau, les petits risques. C'était un choix judicieux pour plusieurs raisons : l'assurance santé n'était pas connue par les habitants, et la visibilité de ses interventions pouvait conditionner leur adhésion ; le risque connu et fréquent d'un recours au premier échelon tend à motiver davantage l'adhésion que le risque rare et diffus d'une hospitalisation ; enfin, la faible capacité financière des mutuelles liée au nombre limité d'adhérents les incite à éviter de couvrir des risques trop lourds, qui pourraient mettre à mal leurs prévisions financières.

Cependant, les acteurs des mutuelles de santé ont très vite perçu le besoin de couvrir les soins fournis par l'hôpital auquel le patient est référé. Un processus de négociation s'est engagé avec les hôpitaux concernant les conditions de prise en charge de leurs membres. On est cependant tout au début du processus. Parmi les cinq mutuelles qui existent à présent à Nouakchott (Encadré 5), seule

la mutuelle communautaire de santé de Dar-Naïm peut se prévaloir d'une convention signée avec un hôpital, l'hôpital Cheikh Zayed.

Encadré 5 : Les mutuelles de santé à Nouakchott

	Création
Mutuelle communautaire de santé de Dar-Naïm	2002
Mutuelle communautaire de santé de El Mina	2003
Mutuelle Tadamoun Niswi de Sebkha	2003
Mutuelle de la Confédération libre des travailleurs de Mauritanie	2003
Mutuelle communautaire de santé de Arafat	2004

Source : Idoumou Ould Mohamed Vall, Abdarahmane Ould Jiddou & Guisset Ahmadou Tidjane (2004) La couverture du risque maladie en Mauritanie. MSAS, Nouakchott, Mauritanie.

La mutuelle communautaire de santé de Dar-Naïm

La sécheresse des années 1980 et la dégradation des conditions de vie dans les zones rurales ont engendré un exode rural vers les grands centres urbains. La capitale Nouakchott fut particulièrement touchée. Le département urbain de Dar-Naïm a été créé en 1989 suite à l'afflux de populations rurales. Il se situe au nord-est de Nouakchott et s'étend sur une longueur d'une quinzaine de kilomètres, et sur une largeur de cinq kilomètres. Il comptait 64 886 habitants lors du recensement de 2000¹. C'est un quartier jeune, qui s'est structuré suite à la mise en place de services administratifs, l'ouverture d'écoles, l'adduction d'eau, l'électrification et la construction de routes bitumées. Les habitants du quartier viennent d'horizons divers et commencent à s'organiser en coopératives, en associations et en mutuelles d'épargne et de crédit.

Le Projet santé Dar-Naïm (PSDN) a été créé en 1989 par Caritas Mauritanie, une ONG humanitaire et de développement, suite à une requête du ministère de la Santé et des Affaires sociales. Jusque là, les soins de santé aux victimes de

¹ ONS/MAED/MSAS et ORC (2001) Enquête démographique et de santé Mauritanie 2000-2001. ONS/MAED/MSAS et ORC Macro Claverton, MD.

l'exode rural étaient dispensés par le Croissant Rouge avec l'aide de la communauté internationale. Caritas Mauritanie est intervenu après cette phase d'urgence pour contribuer à structurer l'organisation des soins de santé dans le département.

Le PSDN a d'abord mis en place une offre de soins de santé primaire avec une forte implication communautaire dans la gestion du système. Il compte parmi ses réalisations la construction d'un centre de santé comprenant un centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle, une maternité et un laboratoire de base, ainsi que la construction de trois postes de santé. Les postes de santé offrent les consultations générales, pré et postnatales, la planification familiale, la vaccination et le suivi nutritionnel des enfants. Ils sont équipés d'une salle d'accouchement.

Depuis mars 2001, le projet aide également les usagers des structures de santé à s'organiser en mutuelle de santé. L'assemblée générale constitutive de cette mutuelle s'est tenue le 11 janvier 2003.

L'hôpital Cheikh Zayed

L'hôpital Cheikh Zayed a été créé en 2000, sur le territoire du département de Dar-Naïm. C'est un hôpital général avec une capacité de 100 lits. Il possède un plateau technique élevé et un équipement neuf et complet. La plupart des spécialités médicales et chirurgicales sont disponibles, de même que les services de soins intensifs, urgences, biologie et imagerie médicale. L'hôpital fonctionne en autonomie de gestion, avec un financement assuré pour 60% par l'État et pour 40% par les paiements des patients. Il a déjà une expérience de convention avec la société DHL pour la couverture de ses employés et de leur famille.

Le paiement des soins de santé

Le système public de santé mauritanien est organisé de manière pyramidale. La première ligne se compose d'unités de santé de base fonctionnelles au niveau de certains villages, de postes de santé au niveau des communes et de centres de

santé au niveau des départements. L'essentiel du coût des soins de première ligne repose sur les patients.

Les hôpitaux régionaux, situés au niveau des capitales de régions, constituent la deuxième ligne. A Nouakchott, ce réseau est complété par une troisième ligne, le Centre hospitalier national. L'État supporte une part des charges de l'hôpital mais la part qui doit être payée par les patients reste importante. Pour accéder aux soins d'un hôpital de référence, tout individu doit théoriquement remplir deux conditions: être muni d'un bulletin de référence et payer ce qui lui est réclamé pour les prestations attendues.

Le financement de l'utilisateur passe en général par un paiement direct par le patient. Il existe cependant plusieurs modalités de prise en charge par des institutions : les soins de santé des fonctionnaires de l'État sont pris en charge par le Trésor public ; la Caisse nationale de sécurité sociale prend en charge les soins des travailleurs du secteur formel ; certaines sociétés et entreprises publiques et privées payent directement les soins de leurs employés ; enfin, la direction des Affaires sociales du ministère de la Santé et des Affaires sociales est responsable de la prise en charge des soins hospitaliers des indigents. Elle dispose d'un budget considérable à cet effet.

Les obstacles à l'accès aux soins de référence

Nous aborderons les obstacles aux soins de santé hospitaliers du point de vue des mutuelles de santé et de celui des hôpitaux. Mais arrêtons-nous d'abord à une difficulté à laquelle tous deux sont confrontés. Il n'y a à présent pas de cadre juridique pour la création et le fonctionnement des mutuelles de santé. Il s'ensuit une incertitude pour les mutuelles dans leurs relations avec les tiers. La même incertitude existe pour les gestionnaires d'hôpitaux dans leurs relations avec des organisations qui n'ont pas de statut juridique. Quelles garanties pour les deux parties que les accords conclus seront respectés et pourront éventuellement faire l'objet d'une exécution forcée ?

Le point de vue des mutuelles de santé

Du point de vue des mutuelles de santé, nous pouvons distinguer trois obstacles principaux à l'inclusion des soins de référence dans les services couverts par la mutuelle : (1) l'estimation du coût des soins hospitaliers ; la question de la qualité des soins (dont la disponibilité des médicaments est un facteur incontournable) ; (3) le pouvoir d'achat d'une mutuelle, d'autant plus limité qu'elle est composée de membres et que ses membres sont pauvres.

Le calcul du coût des soins hospitaliers

Pour pouvoir estimer les dépenses de la mutuelle de santé, il ne suffit pas de calculer la fréquence probable de références à l'hôpital (Encadré 6), il faut en plus que les prix des soins hospitaliers soient prévisibles. Ceci demande une certaine standardisation des traitements et des tarifications. Mais de nombreux hôpitaux ont un système de tarification peu développé qui se limite par exemple au prix de la journée d'hospitalisation. A ce prix s'ajoutent les coûts réels en médicaments, matériel, soins et honoraires qui sont souvent totalement imprévisibles.

Puisque la majorité des payeurs (patients individuel comme institutions) règlent la facture sans demander beaucoup d'explications, il n'y a pas de réelle motivation pour les hôpitaux à calculer le coût total des soins.

Encadré 6 : Utilisation des structures du PSDN et fréquence de références vers l'hôpital

- Episodes de maladies : 1,02 cas par personne par an
- Accouchements : 6% de la population
- 10% des malades sont référés au deuxième échelon, ce qui correspond à 0,102 cas par personne et par an
- 23% des malades référés doivent être hospitalisés.
- 9% des femmes accouchant au centre de santé doivent être évacuées vers l'hôpital.

Source : Abdoulaye Samba B. (2002). Mutuelle de santé communautaire de Dar Naïm (Nouackchott) : Etude participative de faisabilité. Caritas Mauritanie, Nouakchott.

En plus d'être prévisibles, les prix des soins hospitaliers doivent être abordables. Il faut que le personnel hospitalier soit motivé pour respecter un contrôle des coûts négocié avec la mutuelle. Seulement, les hôpitaux n'ont pas encore fait un travail de réflexion sur des protocoles standardisés basés sur une étude coût-efficacité des traitements. La prescription de médicaments génériques, même s'ils sont disponibles, n'est pas encore intégrée dans les habitudes des médecins hospitaliers qui choisissent souvent de prescrire des spécialités plus coûteuses.

La qualité des soins

La mutuelle doit aussi pouvoir garantir à ses membres des soins de santé d'un niveau de qualité acceptable. Dans la perception des malades, la disponibilité des médicaments est un des éléments les plus importants de la qualité des soins. Elle doit donc être garantie. Or, les ruptures d'approvisionnement de médicaments sont fréquentes, même pour des molécules d'utilisation courante, ce qui a un impact très négatif sur la crédibilité des formations sanitaires et de la mutuelle de santé.

Les pouvoirs publics ont mis en place des dépôts pharmaceutiques régionaux pour assurer l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en médicaments et en matériels essentiels. Après une spectaculaire amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels à bas prix dans les premières années, la situation s'est progressivement dégradée. Les ruptures se sont produites à Nouakchott par une détérioration soutenue de la disponibilité des médicaments au niveau du dépôt régional : le taux de disponibilité a baissé à 71% en 1998, à 49% en 1999 et à 29% au cours du premier semestre de l'année 2000. Même l'approvisionnement en vaccins et médicaments antituberculeux a connu des retards.

Ces difficultés d'approvisionnement dans le passé résultent de définitions de responsabilités diffuses. La centrale d'achat créée pour les centres de santé et postes de santé fonctionne aujourd'hui en autonomie de gestion, avec des procédures adéquates. L'organisation en place devrait pouvoir garantir un approvisionnement régulier. Mais les ruptures de stocks n'ont pas complètement disparu. En raison d'un manque de trésorerie (en particulier de

devises), la centrale d'achat ne peut pas commander des quantités suffisantes de médicaments. Le passage par la centrale d'achat n'est pas une obligation pour les hôpitaux. Pour son centre et ses postes de santé, le projet de santé Dar-Naïm réussit à s'approvisionner en utilisant le réseau de Caritas pour se constituer un stock tampon. Mais beaucoup d'autres structures de santé n'ont pas cette chance.

Ces ruptures de stocks ont de graves conséquences : pour obtenir les médicaments que les structures publiques de soins ne peuvent leur délivrer, les malades doivent s'adresser à des pharmacies privées qui vendent des spécialités bien plus coûteuses. La mutuelle fait alors face à un dilemme : rembourser le malade au risque de dépasser le budget prévu pour les soins hospitaliers, ou refuser le remboursement au risque de perdre un adhérent déçu.

D'autres facteurs que la disponibilité des médicaments influencent la perception de qualité des soins. Premièrement, le niveau de référence compte peu de spécialistes médicaux ou chirurgicaux. La plupart d'entre eux est affectée à des postes administratifs et gestionnaires. L'absence de chirurgiens ou de médecins à compétence chirurgicale pose un problème majeur, en particulier pour la prise en charge des urgences obstétricales, néonatales et chirurgicales les plus courantes. Plus largement, l'offre des examens diagnostiques ne répond pas à tous les besoins qui peuvent se présenter. Certains examens complémentaires ne sont disponibles que dans le secteur privé, et mettent en exergue les limites de prise en charge des hôpitaux publics.

Enfin, il y a l'accueil et le respect des procédures d'admission. Une gestion déficiente des rendez-vous nuit à la qualité de l'accueil. La responsabilité incombe aux hôpitaux et aux patients. Au niveau de l'hôpital, l'horaire donné aux patients est rarement respecté. Il arrive même que le praticien soit absent sans en avoir informé le personnel d'assistance et d'accueil, et encore moins les patients. En conséquence, il est fréquent que les patients ne respectent pas non plus l'horaire du rendez-vous. Un problème supplémentaire se pose pour les adhérents d'une mutuelle, dont les procédures et modalités de paiement sont souvent inconnues tant des patients que du personnel hospitalier.

Le pouvoir d'achat limité

Le pouvoir d'achat limité des mutuelles de santé de Nouakchott et les limitations qu'il impose sur l'accès aux services hospitaliers renvoie aux dispositions pour la prise en charge des indigents en Mauritanie.

Il existe en Mauritanie un système public généreux pour la prise en charge des soins hospitaliers des indigents. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales offre aux indigents la possibilité d'accéder gratuitement aux soins dans les hôpitaux de référence par la délivrance d'une prise en charge de la Direction des affaires sociales. Mais définir l'indigence est difficile et identifier les ménages qui devraient bénéficier de ces soins gratuits l'est encore plus. En pratique, cette couverture sociale est également accordée à des non-pauvres, et rares sont les plus pauvres qui font la démarche.

Même si les moyens financiers prévus sont importants, ils ne permettent pas de prendre en charge tous les soins des personnes qui se présentent avec une carte d'indigence. Pour cette raison, seuls l'hospitalisation et les examens complémentaires sont couverts, et même pour ces prestations, une participation financière est exigée des bénéficiaires. Les véritables indigents ne sont pas capables de la payer. Ce régime généreux engendre donc un clientélisme fâcheux, et n'atteint pas son objectif d'améliorer l'accès aux soins hospitaliers des indigents.

De leur côté, les mutuelles de santé n'ont pas les capacités financières et organisationnelles pour répondre au problème de l'indigence. Ces fonds de l'Etat étant géré par les hôpitaux, une piste serait d'inclure dans la négociation hôpital-mutuelle des clauses relatives à l'utilisation de ces fonds pour l'hospitalisation des plus pauvres. On pourrait imaginer différentes modalités, telles un partage des coûts entre la mutuelle et le fonds de l'État pour les soins prodigués aux plus pauvres, ou un rôle d'identification des indigents pour la mutuelle.

Le point de vue hospitalier

A l'état actuel, les gestionnaires hospitaliers constatent que les mutuelles de santé ne représentent qu'une faible contribution dans le financement des hôpitaux. Il est difficile pour eux d'estimer les avantages que l'hôpital pourrait d'une collaboration avec les mutuelles de santé tant qu'elles ne sont pas plus solidement établies. De plus, les hôpitaux ont des expériences de mauvais payeurs parmi les entreprises publiques et privées agissant en tiers payant. Ceci entretient une certaine méfiance à l'égard des mutuelles.

Les difficultés dans le dialogue entre mutuelle et hôpital s'expliquent en partie par une asymétrie d'information, une méconnaissance de l'autre. Les utilisateurs ne connaissent pas la tarification des soins hospitaliers. Ce qu'ils peuvent payer individuellement est loin des tarifs réels. Les soins que les mutualistes souhaitent recevoir ne sont souvent pas en équilibre avec le prix qu'ils acceptent d'y mettre collectivement. Ce manque d'information est cause d'une grande méfiance envers l'hôpital en tant qu'institution et envers les prestataires hospitaliers qui ne favorise pas le dialogue. De leur part, le personnel hospitalier méconnaît souvent la faible capacité financière des malades. Ils pensent que les malades ou leurs familles trouveront toujours l'argent nécessaire. Ceci est d'ailleurs souvent le cas, mais au prix de conséquences financières désastreuses pour la famille dont le personnel hospitalier ne tient pas compte. En conséquence, l'hôpital ne fait pas d'efforts pour maîtriser les dépenses, pour créer des prix standardisés et abordables, pour chercher le traitement le plus efficace pour le moindre prix. En plus, le personnel hospitalier n'est pas suffisamment informé de ce qu'est une assurance santé, une mutuelle de santé, et des avantages que l'assurance peut signifier non seulement pour les malades, mais aussi pour les hôpitaux.

La résolution de ces problèmes d'accès aux soins hospitaliers passe par une meilleure communication entre prestataires et utilisateurs et une plus grande transparence sur la tarification, la gestion et le système d'information.

Les réalisations de la mutuelle de Dar-Naïm

Un forfait par hospitalisation

Les mutuelles de Dar-Naïm ont opté pour un forfait d'hospitalisation, payé directement aux mutualistes qui doivent utiliser l'hôpital. Ceci répond au manque de données concernant le coût des soins hospitalier, et le peu d'efforts de standardisation des hôpitaux concernant les traitements et leur tarification, Ce forfait de 10 000 UM (34 Euro) est calculé sur base des capacités contributives des mutualistes. Il n'a donc aucun rapport avec les coûts réels et s'avère en général largement insuffisant pour couvrir les tarifs en vigueur.

Tableau 2 : Evolution des prestations couvertes par la mutuelle de santé de Dar-Naïm

Prestations	2003	2004	2005
Centre et poste de santé			
Consultation + médicaments génériques	50%	100% (*)	100% (*)
Bilan de grossesse	50%	50%	75%
Accouchement	75%	75%	75%
Examens complémentaires	-	50%	75%
Soins dentaires	-	-	50%
Hôpital			
Forfait hospitalisation	10000 Um	10000 Um	20000 Um
Forfait accouchement	5500 Um	5500 Um	5500 Um
Soins ambulatoires à l'hôpital (plafond)	-	5000 Um	5000 Um
Césarienne : prestation chirurgicale	-	-	100%
Médicaments en pharmacie privée	-	-	50%
Utilisation d'une ambulance	participation de 500 UM (1,6 Euro)		

(*) Ticket modérateur de 50 Um

La convention entre la mutuelle de Dar-Naïm et l'hôpital Cheikh Zayed

La mutuelle communautaire de santé de Dar-Naïm se distingue des autres mutuelles par sa convention formelle avec un hôpital de référence (l'hôpital Cheikh Zayed). La convention couvre toutes les prestations prescrites en ambulatoire, avec un plafond de 5 000 UM et sous condition que le patient soit référé par un centre ou un poste de santé. Ce plafond inclut les analyses et les médicaments délivrés par l'hôpital. Depuis peu, les médicaments non disponibles à l'hôpital et qui doivent être achetés dans une pharmacie privée sont remboursés à 50%.

Malgré les difficultés rencontrées dans son application, la convention suscite beaucoup d'espoirs parmi les mutualistes et démontre qu'une couverture des soins de référence n'est pas impossible, même si sa réalisation est encore limitée. Comme l'a souligné le responsable financier de l'hôpital Cheikh Zayed, les risques d'abus par les membres et par le personnel hospitalier existent. Une bonne collaboration entre hôpital et mutuelle peut permettre de les réguler.

Une convention avec le Forfait obstétrical ?

Le Forfait obstétrical est un système de prépaiement initié par les autorités mauritaniennes pour rendre les soins liés à la grossesse plus accessibles. Pour un prix unique payé en début de grossesse, tous les soins liés à la grossesse et l'accouchement sont couverts, y inclus la prise en charge de complications éventuelles (Encadré 7). Le PSDN envisage de suivre cette expérience intéressante et d'offrir un service semblable aux femmes de Dar-Naïm. Ceci suppose la conclusion d'une convention avec le projet du Forfait obstétrical – ou avec une autre formation sanitaire – pour la référence des urgences obstétricales.

Encadré 7 : Le Forfait obstétrical à Nouakchott

Pour rendre les soins essentiels liés à la grossesse plus accessibles et également améliorer leur qualité, les autorités mauritaniennes, avec le soutien de partenaires internationaux, ont mis en place dans une zone de la capitale l'expérience du Forfait obstétrical. Pour un coût forfaitaire de 5 000 UM (15,5 Euro), toute femme enceinte peut obtenir la prise en charge des soins suivants :

- au cours de la grossesse :
 - o quatre consultations prénatales,
 - o certaines analyses bien définies,
 - o les soins ambulatoires et si nécessaire l'hospitalisation pour les pathologies de la grossesse
- l'accouchement normal ou dystocique, césarienne comprise
- après l'accouchement :
 - o visite postnatale avec planification familiale et traitement des complications de l'accouchement.

L'administration rapide des médicaments est la clé de la guérison voire de la survie de beaucoup de femmes. Tous les médicaments nécessaires pour des conditions liées à la grossesse sont compris dans le forfait. 40% du montant du forfait sont affectés à financer l'approvisionnement en médicaments. L'apport de partenaires est également très important pour garantir la continuité de cet approvisionnement.

Ce système de forfait obstétrical comporte d'incontestables avantages. Il encourage une certaine standardisation des soins à la mère qui peut entraîner une meilleure qualité des services. Il a contribué à une amélioration de la relation entre soignants et soignées : moins de surprises, plus de confiance. Il a permis de réduire le taux de mortalité de la mère et de l'enfant dû à des complications graves durant la grossesse.

Dès son lancement, un pourcentage très élevé des femmes enceintes de la zone a désiré bénéficier du forfait obstétrical : plus de 80% des femmes enceintes se sont inscrites. De nombreuses femmes ayant bénéficié du système souhaiteraient son extension aux soins des enfants. Cette première expérience d'un système de prise en charge solidaire a aidé les femmes à comprendre les avantages du prépaiement et du partage des risques, même si celui-ci est encore relativement peu développé.

Suggestions pour l'avenir

Sur sa lancée et dans la logique de son initiative visant à améliorer l'accès aux soins de référence, la mutuelle communautaire de santé de Dar-Naïm plaide pour la création d'un cadre de concertation entre les mutuelles existantes en Mauritanie. Il permettrait d'établir un système de solidarité transversale entre les mutuelles, de faciliter l'échange d'expériences et de former un ensemble plus solide et plus viable, répondant au principe que le tout est plus grand que la somme des parties. Ainsi les mutuelles seront plus aptes à engager un dialogue constructif avec l'État et à définir des conditions de collaboration pertinentes avec les prestataires de soins de référence.

Notre expérience nous permet également d'insister sur l'urgence de mettre en place une base de données des coûts des soins de référence. Ce processus serait facilité par une coopération entre les mutuelles basée sur la concertation.

La création d'une dynamique commune entre les mutuelles mauritaniennes pourra aussi faciliter l'appui aux mutuelles naissantes et l'accès à des sources de financement externes.

Enfin, nous pensons qu'une concertation entre mutuelles pourra contribuer à faire émerger une réponse appropriée au problème de prise en charge des soins des indigents en Mauritanie.

Les mutuelles de santé et l'accès à l'hôpital : Le cas de la Guinée

Mme Aïssatou Noumou Barry, Présidente de l'ONG *DynaM*.

Le contexte

Depuis l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires en 1988, la Guinée a fait des efforts louables pour améliorer l'accessibilité des soins et le fonctionnement des structures de santé. La stratégie s'est axée sur une réorganisation du système de soins, une refonte de la mobilisation des ressources, et la formation du personnel. Aujourd'hui, les acquis en termes de couverture sanitaire sont manifestes.

Cependant, les forums de ces dernières années mettent tous en évidence la subsistance d'importants problèmes. Premièrement, acteurs et partenaires de la santé continuent à manifester leur insatisfaction quant à la qualité de la prise en charge dans les établissements de soins. Les indicateurs montrent un résultat mitigé en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité. D'autres indicateurs, après avoir connu une augmentation significative de 1989 à 1997, plafonnent ou régressent sur ces dernières années. A titre d'exemple, le taux de mortalité maternelle reste au niveau trop élevé de 528 pour 100 000 naissances vivantes.

Le ministère de la Santé fait face à des défis de santé publique importants, pour lesquels il ne dispose que de peu de ressources. Dans ce contexte, la solidarité communautaire et le partenariat sont perçus comme des axes stratégiques majeurs pour la prise en charge des exclus du système de santé. Plusieurs initiatives ont vu le jour en Guinée en matière de mutuelles de santé, présentant différentes approches et différentes couvertures de soins.

Le projet PRIMA, lancé en 1996 dans le sud-est du pays, fut l'une des premières initiatives de ce type. Il se présente comme un « projet de recherche-action portant sur le développement de systèmes de partage de risque en matière de financement communautaire des soins de santé ». Il a rencontré le soutien de

plusieurs promoteurs ainsi que des autorités guinéennes. La mutuelle communautaire de santé Maliando en est une réalisation concrète. En 2000, l'ONG DynaM a pris le relais de PRIMA dans le suivi de Maliando. Depuis, DynaM a élargi ses activités de support à d'autres mutuelles de santé en Guinée forestière, dans la partie centrale du pays et à Conakry.

Les difficultés rencontrées pour couvrir les soins de référence

Les mutuelles de santé accompagnées par DynaM couvrent aussi bien des services de première ligne que des services de référence. Nous prenons ci-dessous comme exemple le paquet de soins de référence convenu entre la mutuelle de santé Maliando et l'hôpital de Kissidougou. Il est représentatif des soins de référence offerts par les autres mutuelles :

- toutes les urgences obstétricales ;
- les tumeurs abdominales opérables à l'hôpital préfectoral ;
- tous les soins en pédiatrie pour les enfants de moins de 15 ans ;
- les soins de référence de médecine générale (prise en charge de 50%) ;
- les frais de transport pour les évacuations vers l'hôpital.

Mais la délivrance de ce paquet de soins de référence ne va pas sans problèmes. Nous les distinguons en amont au niveau de la mutuelle, et en aval au niveau des hôpitaux.

Les problèmes au niveau des membres

L'hôpital reste un inconnu pour la population. De nombreuses familles préfèrent se tourner vers d'autres options thérapeutiques. La méconnaissance des procédures, du circuit du malade à l'hôpital, du système d'organisation, de la tarification des prestations sont autant de raisons avancées pour éviter l'hôpital. Mais pour les membres, la principale barrière à l'accès est financière. Tous les frais ne sont pas pris en charge par les mutuelles de santé. Plusieurs familles jugent les charges liées à l'hospitalisation (incluant les frais de transport, d'accompagnement et de nourriture) trop élevées.

Les problèmes engendrés par les hôpitaux

Les hôpitaux eux-mêmes représentent une barrière à l'accès aux soins de référence.

La perception qu'ont les mutualistes de la qualité des soins hospitaliers est un point essentiel. Elle est souvent jugée insuffisante. Equipement vétuste ou insuffisant, faible taux de réussite des traitements hospitaliers, notamment pour les césariennes, décès maternels et infantiles perçus comme trop fréquents sont autant de facteurs qui nuisent à la réputation de l'hôpital. Les ruptures de stock en médicaments et matériel médical représentent un facteur d'insatisfaction supplémentaire. Les médicaments prescrits par les médecins hospitaliers sont souvent indisponibles. La dépréciation de la monnaie guinéenne par rapport à l'Euro fournit une partie de l'explication : les prix des médicaments ont flambés, sans se répercuter sur les forfaits réclamés aux patients. Le fonds de roulement ne se renouvelle donc pas, ce qui entraîne des ruptures de stocks régulières de plusieurs molécules essentielles au sein des hôpitaux. Dans ce contexte, les clauses des conventions entre mutuelles et hôpitaux visant à garantir la disponibilité des médicaments perdent leur crédibilité.

L'accueil une autre cause d'insatisfaction en ce qui concerne la qualité des soins. Les déficiences se manifestent à plusieurs niveaux : accueil défectueux à l'arrivée des patients, difficultés d'hébergement des malades hospitalisés et de leurs accompagnants, faiblesses du système d'intendance dans l'hôpital.

A côté de ces problèmes de qualité des soins, les gestionnaires d'hôpitaux ont des difficultés à engager des relations avec les mutuelles de santé et à travailler avec elles. Il y a, dans leur chef, un manque d'intérêt. On a vu des cas allant jusqu'à la volonté d'un directeur d'hôpital de rompre unilatéralement un contrat signé avec une mutuelle, en refusant catégoriquement de soigner les patients mutualistes référés dans les conditions prévues.

Les stratégies développées par DynaM

La création d'un partenariat entre mutuelle de santé et hôpital demande un changement de comportement à deux niveaux. Premièrement, les gestionnaires doivent accepter un réel dialogue avec les mutuelles. Ensuite, les agents de santé doivent cesser de traiter le patient comme s'il était en situation de subordination.

Une des stratégies de DynaM est d'impliquer tous les prestataires dès le début du processus de mise en place des mutuelles, afin que chacun ait le même niveau d'information.

L'administration sanitaire joue toujours un rôle d'animateur et de modérateur entre les différents partenaires. Le ministère de la Santé a introduit la participation communautaire et le partenariat comme un des axes stratégiques dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) à l'horizon 2010. Déjà à l'heure actuelle, des dispositions dérogatoires facilitent la signature de conventions entre établissements publics et mutuelles. Même si l'on attend encore la conclusion de conventions en bonne et due forme, les négociations entamées ont déjà permis la prise en charge des mutualistes dans les structures sanitaires supportées.

DynaM a aussi entrepris des actions ponctuelles qui ont amélioré l'accès des mutualistes aux soins de référence. En voici quelques exemples :

- Pour mieux accueillir les mutualistes à l'hôpital, une personne est spécifiquement désignée pour les accueillir, leur expliquer les procédures administratives à suivre, vérifier qu'ils sont bien pris en charge par le personnel de santé, etc.
- Pour garantir une bonne communication entre les services de l'hôpital et la mutuelle, un retour d'information vers le bureau de la mutuelle est réalisé pour tous les malades traités à l'hôpital. Au sein de certaines mutuelles, des chargés du suivi de la prise en charge des adhérents sont désignés.
- Pour que les procédures liées aux mutuelles soit connues du personnel hospitalier, des circuits de communication sont créés entre la mutuelle et la

direction de l'hôpital, et entre la direction de l'hôpital et son personnel. De manière périodique, les responsables des mutuelles rencontrent la direction de l'hôpital pour évaluer ensemble les résultats, les difficultés rencontrées et comment y remédier. Ces réunions peuvent être étendues à tout responsable des services conventionnés.

- Des outils spécifiques sont mis en place pour recueillir les réactions et observations des mutualistes concernant l'hôpital ou la mutuelle. Le comité des usagers, dans lequel siège le président de la mutuelle, est l'une de ses modalités. On envisage également d'impliquer des usagers dans les équipes d'amélioration de la qualité des services et des soins.
- Lorsqu'une mutuelle dispose de moyens financiers importants ou de l'aide d'une structure d'appui, elle constitue un stock tampon pour éviter la rupture des médicaments importants. Elle apporte ainsi une contribution essentielle à la qualité des soins.
- La mutuelle fait également preuve de diligence dans la mise en œuvre des engagements financiers prévus dans la convention. Ainsi, elle prendra toutes les mesures pour une régularisation rapide des factures dans les délais prévus.
- Les mutuelles jouent un rôle auprès des autorités et des partenaires de développement dans le plaidoyer pour la maintenance et le remplacement des équipements, et pour l'amélioration de la qualité des soins et des services en général.

Finalement, DynaM recommande aux mutuelles de santé et aux institutions hospitalières qu'elles appuient d'éviter les comportements financièrement préjudiciables aux mutuelles ou leurs adhérents.

- Les hôpitaux s'engagent à ne jamais donner d'ordonnances externes aux mutualistes. Celles-ci ne sont pas remboursées par la mutuelle.
- Les démarches administratives doivent être connues de tous, pour éviter aux mutualistes de devoir payer des sur tarifications ou des dessous de tables.
- Tous les services hospitaliers doivent pouvoir vérifier les droits à l'intervention de la mutuelle. Ceci passe entre autres par la disponibilité de spécimens des cartes de mutuelles de santé.

- Le prestataire hospitalier s'engage à signaler les cas de tentatives de fraude, ou tout comportement de mutualistes non conformes aux règlements.

Conclusions

Malgré la mise en place de ces stratégies, des inquiétudes subsistent sur le respect des contrats actuels entre établissements de soins et mutuelles. La disponibilité des médicaments est au centre des débats. Le système de recouvrement de coût en vigueur, basé sur un forfait global, est également en question. Il est souhaité que le département de la Santé prenne des dispositions de façon urgente pour dissiper les inquiétudes et donner des garanties de survie aux nombreuses mutuelles émergentes, encore jeunes et fragiles.

Les mutuelles de santé et l'accès aux soins à l'hôpital : Le cas du Sénégal

Cheikh Vilane, Président de l'Union des Mutuelles de Santé de Dakar.

Un contexte de réformes hospitalières

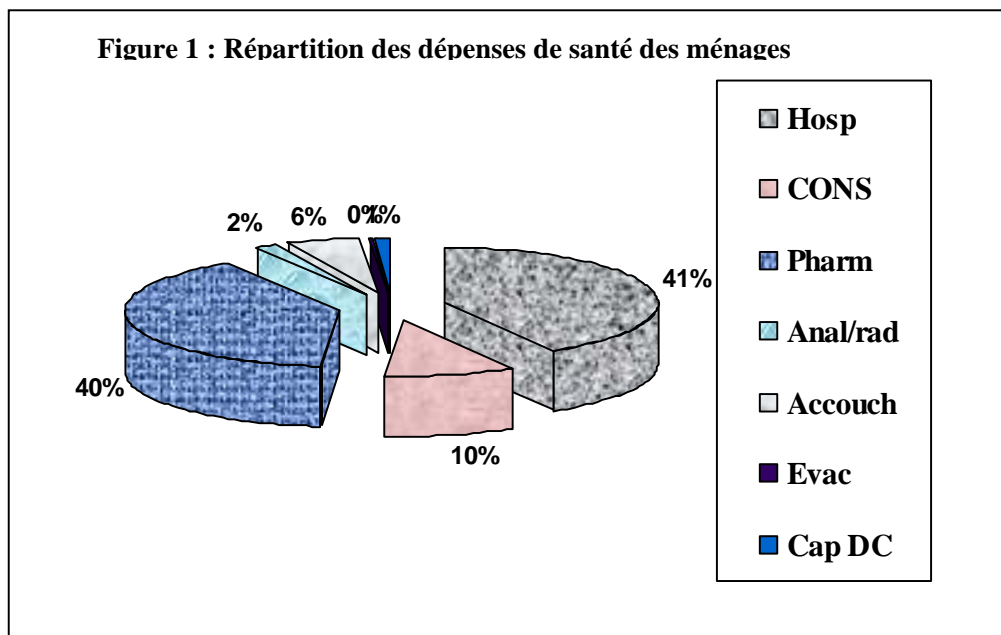
Diverses réformes sont en cours au Sénégal. Un nouveau plan national de développement sanitaire et social a défini pour la période 1998 à 2008 de nouvelles orientations pour la politique de santé et d'action sociale. Il prévoit des réformes législatives et institutionnelles substantielles concernant les hôpitaux, les médicaments et les pharmacies, le système d'information sanitaire, le financement de la santé et la coordination des interventions.

L'octroi de l'autonomie financière aux établissements publics de santé représente une évolution particulièrement importante. Elle s'est accompagnée d'une révision à la hausse des tarifs de soins. On espère une autorégulation positive, via un effet d'émulation entre hôpitaux. En effet, la législation sur la réforme hospitalière a été préparée surtout pour améliorer le fonctionnement des hôpitaux. Ni les organisations de développement, ni les mutuelles de santé n'ont été impliquées dans la conception et la mise en œuvre de la réforme. Elle n'a notamment pas permis de remédier aux difficultés de contractualisation des hôpitaux. La population n'a qu'une vague compréhension de la nature et la portée de ces réformes. Dans ce contexte, rien de surprenant à ce que les mutuelles de santé, chargées de défendre leurs intérêts, connaissent des difficultés à dialoguer et conclure des conventions avec les hôpitaux.

Un aspect positif de cette réforme est que les hôpitaux bénéficient d'une contribution accrue de l'État dans la mesure où ils satisfont aux objectifs de la réforme. Cela passe entre autres par une rationalisation de leur fonctionnement et une réorganisation du système de référence.

Les problèmes de prise en charge des soins de référence

L'examen de la répartition des dépenses de santé des ménages au Sénégal (Figure 1) montre que le poste le plus important reste l'hospitalisation (41%), suivi de peu par les médicaments (40%), les consultations ambulatoires (10%) et les accouchements (6%). Les analyses et radios et les évacuations représentent une masse plus faible.



Pourtant, le taux de fréquentation des hôpitaux est faible. Plusieurs facteurs y concourent : faible accessibilité géographique des hôpitaux, méfiance des gens à l'égard de l'hôpital, conséquences sur l'entourage générées par l'hospitalisation.

Dans les faits, les mutuelles sénégalaises couvrent surtout les petits risques, soit les soins de première ligne. Seules 23 mutuelles sur 81 couvrent les gros risques, ou soins hospitaliers (Tableau 3). Cette concentration sur les petits risques

s'explique par la faible assise financière de certaines mutuelles, le partage très inégal des risques d'hospitalisation, et le coût élevé des soins hospitaliers. S'engager dans la couverture des soins à l'hôpital suppose l'intervention de conseillers compétents, ayant la capacité de convaincre les hôpitaux de s'engager par convention à certains niveaux et coûts de prestations. Ce n'est pas à portée de tous. La route reste donc longue pour les mutuelles.

Tableau 3 : Mutuelles de santé au Sénégal et paquets de soins couverts

Durée depuis le lancement du paquet de bénéficiaires	Composition du paquet de bénéficiaires			Total
	Petits risques pris en charge au niveau des postes et des centres de santé	Petits risques et hospitalisation incluse, chirurgie exclue	Petits risques et hospitalisation, chirurgie incluse	
< 1 an	13	2	3	18
1-3 ans	20	3	2	25
4 ans et +	25	13		38
Total	58	18	5	81

Source : La Concertation (2003). Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique : synthèse des travaux de recherche dans 11 pays. La Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre, Dakar.

D'autres raisons expliquent la faible couverture des soins de référence. Certaines tiennent aux hôpitaux et aux attitudes des prestataires de soins, d'autres sont propres aux mutuelles de santé.

En raison d'un faible taux de pénétration des mutuelles, les hôpitaux ne peuvent attendre d'elles une augmentation considérable de leur fréquentation et de leur chiffre d'affaires. Or, sous le régime de l'autonomie financière, les hôpitaux ont comme préoccupation d'assurer leur équilibre financier. S'engager dans des conventions vis-à-vis de mutuelles leur semble prématuré, et risque de leur imposer de nouvelles contraintes. Ceci est d'autant plus compliqué que les

mutuelles sont diverses, chacune avec une couverture et un taux de prise en charge variable.

Pour les mutuelles, la mauvaise organisation du système de tarification hospitalière complique le chiffrage du risque maladie. Certains hôpitaux, convaincus de la solvabilité des mutuelles, peuvent être tentés de demander des prix plus élevés aux mutualistes. Souvent, ils exigent aussi des cautionnements élevés de leur part. Sans ces garanties, ils refusent de travailler avec les mutuelles et continuent d'exiger un paiement direct du patient.

Il faut aussi relever que les comités de santé, acteurs-clé de l'utilisation des recettes, voient dans les mutuelles de santé des concurrents. Il y a probablement là une question d'incompréhension. Ils semblent considérer à tort, que les mutuelles pourraient diminuer les recettes (déjà insuffisantes) du recouvrement des coûts. Ils semblent également craindre que les mutuelles aient une influence plus grande qu'eux-mêmes sur la communauté et la gestion de l'hôpital ?

L'État de son côté, bien qu'il annonce son intention de soutenir, d'accompagner et d'encadrer la collaboration entre mutuelles et hôpitaux, hésite à jouer un rôle de régulateur entre les acteurs afin de dynamiser l'ensemble du secteur de la santé.

On observe toutefois certains changements favorables dans la dynamique mutualistes. Les hôpitaux semblent conscients d'avoir à faire à un type nouveau de clientèle, s'exprimant davantage et désireuse d'un dialogue avec les soignants. Par ailleurs les paquets de soins couverts par les mutuelles évoluent vers une plus grande cohérence. Une certaine émulation entre hôpitaux a des retombées au plan de la qualité de soins. Enfin, en matière de politique de santé, plus d'attention est accordée à des activités de prévention et à une meilleure prise en charge des indigents, ce qui améliore le contexte dans lequel s'inscrit l'activité des mutuelles.

Comment améliorer l'accès aux soins de référence ?

Quelles sont donc les stratégies des mutuelles de santé pour assurer leur crédibilité, leur reconnaissance et leur développement ?

Plusieurs stratégies relèvent du fonctionnement et de la coordination des mutuelles elles-mêmes. Elles doivent œuvrer pour harmoniser les outils de gestion qu'elles utilisent et renforcer la mise en réseau des mutuelles de santé. Ceci pourrait permettre à terme la mise sur pied d'un fonds de garantie commun.

Ensemble, les mutuelles de santé peuvent préparer le terrain pour une meilleure collaboration avec les hôpitaux. Elles peuvent négocier des conventions cadres avec les hôpitaux et améliorer les relations contractuelles, définir des paquets communs de prestations à couvrir et négocier des tarifs préférentiels avec les hôpitaux pour leurs adhérents. Les mutuelles peuvent aussi promouvoir l'implication des responsables des mutuelles de santé dans les conseils d'administration des hôpitaux.

Enfin, les mutuelles de santé doivent trouver leur rôle dans les structures communautaires et sanitaires. Elles doivent impliquer les comités de santé des collectivités locales et chercher avec celles-ci comment tirer avantage de leur complémentarité en matière de santé. Elles peuvent aussi favoriser une l'émergence d'approche participative de la définition des politiques de santé, dans laquelle les mutuelles de santé auront leur place. Elles peuvent enfin prendre un rôle actif dans les mécanismes de lutte contre la pauvreté. Ceci rentrerait dans l'objectif des mutuelles de santé d'améliorer l'accès aux soins hospitaliers pour les populations pauvres

Cet agenda est chargé. Pour réussir, il faudra faire passer l'intérêt du mouvement mutualiste avant les intérêts immédiats de chacune des mutuelles.

Pour les mutuelles de santé de Dakar, les réalisations suivantes en termes d'accès aux soins de référence méritent d'être relevées.

Premièrement, un inventaire des mutuelles de santé dans la région de Dakar a été réalisé. Elles ont donné lieu à des journées de rencontre et de partage entre les mutuelles et leurs partenaires. Les relations difficiles avec les hôpitaux ont fait l'objet de journées de réflexion. Les problèmes liés à la contractualisation y occupaient une place de choix. Ces réflexions ont conduit les mutuelles de santé de Dakar à entamer une démarche de contractualisation harmonisée et à faire les premiers pas vers la définition d'un même paquet de prestations pour toutes les mutuelles. La mise en place future d'un fonds de garantie commun s'inscrit dans cette démarche. Après un travail préparatoire sur le choix d'un mécanisme de fonctionnement, les textes sont maintenant adoptés et le manuel de procédures est en cours de réalisation.

Les mutuelles de santé de Dakar se sont engagées dans la négociation d'une convention avec la mairie de Dakar. Ces négociations concernent les relations avec les établissements de soins. Les mutuelles demandent des garanties de respect des conventions établies avec les prestataires de soins, un meilleur contrôle de la qualité des services et une plus grande implication de l'Union des mutuelles de santé de Dakar dans la définition des stratégies d'accès aux soins de santé. Les mutuelles proposent d'apporter dans la balance une demande plus organisée et plus solvable et, par conséquent, une plus grande fréquentation des services de santé.

Un domaine particulier qui demande une collaboration étroite entre la mairie et les mutuelles de santé est la prise en charge des indigents.

Deuxième partie :

LA MISE EN RESEAU DES MUTUELLES DE
SANTE

La mise en réseau des mutuelles de santé : L'expérience de l'Union technique de la mutualité malienne

Dr Oumar Ouattara, directeur général de l'Union technique de la mutualité malienne, et M. Issa Sissouma, responsable développement de l'Union technique de la mutualité malienne.

L'expérience de la création de l'Union technique de la mutualité malienne (UTM) nous donne l'occasion de partager certaines leçons liées à la mise en place, au fonctionnement et à la réalisation d'un mouvement mutualiste. Cette contribution s'articule autour de trois axes. Le premier fait un rappel historique du mouvement mutualiste malien, le deuxième présente l'Union technique de la mutualité, ses services et activités, le troisième traite des enseignements que nous pouvons tirer de l'expérience au Mali.

Historique du mouvement mutualiste malien

Un survol rapide de l'évolution du mouvement mutualiste malien permet de distinguer quatre grandes périodes : (1) la période coloniale ; (2) le début des programmes d'ajustement structurel (1980) ; (3) l'avènement de la démocratie (1991) ; et (4) la mise en place du Projet d'appui au développement de la mutualité en matière de santé (1996).

La période coloniale

Les premières mutuelles au Mali ont été créées durant la période coloniale, à partir de 1953. Il s'agit de la Mutuelle des travailleurs des postes et des télécommunications, la Mutuelle catholique mise en place par l'archevêché de Bamako et la Mutuelle des cheminots. A cette époque il n'était pas rare que les travailleurs des entreprises fassent des collectes de fonds auprès de chaque agent à l'occasion de certains événements tels que les décès, le départ à la retraite et certaines maladies de longue durée. Sur la base de ces pratiques qui se manifestaient de façon épisodique, les responsables d'entreprises ont suggéré et

appuyé l'idée d'en faire des systèmes de solidarité par la création de mutuelles, à l'instar des expériences dans les pays industrialisés et notamment de la France.

Le début des programmes d'ajustement structurel

A partir des années 1980, suite aux problèmes posés par le programme d'ajustement structurel et au retard constaté dans le paiement des salaires, d'autres secteurs de la fonction publique ont perçu les avantages d'une mutuelle comme moyen de financement alternatif des besoins prioritaires. La Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture (MUTEC) a alors été créée sur l'initiative du Syndicat national de l'éducation et de la culture (SNEC). Cette mutuelle a permis aux travailleurs de l'éducation et de la culture de faire face au problème d'accès aux denrées de première nécessité. Durant la même décennie, d'autres mutuelles ont vu le jour, telles que la Mutuelle de la gendarmerie, créée en 1986, la Mutuelle de la police nationale, de l'armée de terre et de l'armée de l'air.

L'avènement de la démocratie

A la suite de la révolution populaire de mars 1991, le mouvement associatif a connu un essor particulier. La mutualité a bénéficié de ce nouvel espace d'expression. Ainsi de nouvelles mutuelles ont été créées : la Mutuelle des étudiants et universitaires du Mali en 1993, la Mutuelle des artisans du Mali en 1996, la Mutuelle de la garde nationale en 1993, la Mutuelle de la compagnie de développement textile en 1993, la Mutuelle de la société des télécommunications en 1992. Cette dernière mutuelle a été créée à l'occasion de la scission de l'Office des postes et télécommunications en deux entités : la Poste et la Société des télécommunications du Mali (Sotelma).

Les prestations offertes étaient définies en fonction des besoins prioritaires des adhérents. Elles diffèrent d'une mutuelle à l'autre et s'articulent autour d'événements comme la retraite, le décès, les cérémonies funèbres, ou de besoins comme l'accès aux denrées de première nécessité, l'acquisition de lots d'habitation et l'obtention de prêts pour divers usages.

En 1992 le gouvernement du Mali a opté pour une politique de solidarité qui repose sur les organisations de la société civile de type mutualiste. Cette décision a soulevé des questions autour de l'organisation du mouvement mutualiste et de l'élargissement de ses activités aux prestations de santé. Avec l'appui de la France, l'État malien a défini un cadre juridique propre pour la mutualité, qui lui a permis de mieux circonscrire les champs d'intervention des mutuelles et de les différencier des autres groupements et associations de la société civile.

Au fil de son développement, le mouvement mutualiste malien a perçu la nécessité de se doter d'un forum qui devait servir de cadre aux mutuelles pour la défense de leurs intérêts et de lieu d'échange dans une dynamique de renforcement mutuel. Ainsi le Collectif des mutuelles du Mali (COMUMA) a été créé en novembre 1996. Le collectif s'est fixé les objectifs suivants : défendre les intérêts des mutuelles, renforcer l'action mutualiste, promouvoir la mutualité en République du Mali, réunir les conditions préparatoires à la constitution d'une fédération, aplanir les différents entre les mutuelles membres, et pallier aux faiblesses et à l'inexpérience des mutuelles afin de les rendre crédibles auprès des pouvoirs publics et para publics. Le collectif était composé de onze mutuelles qui offraient des prestations diverses à leurs adhérents.

Le Projet d'appui au développement de la mutualité au Mali

Le domaine de la santé et la problématique de l'accès aux soins ont reçu une attention particulière à partir de 1996, suite à la signature d'une convention de financement entre les gouvernements malien et français. Elle concernait la mise en œuvre du Projet d'appui au développement de la mutualité au Mali en matière de santé. Ce projet, particulièrement axé sur le développement des mutuelles dans le domaine de la santé, visait à encourager la société civile à prendre des responsabilités. Il témoigne de la volonté politique affirmée de promouvoir les organisations de l'économie sociale et en particulier la mutualité. Il comportait donc deux axes majeurs d'appui, d'une part au développement de la mutualité à travers la société civile et d'autre part à l'État pour la mise en place de la tutelle.

Le Gouvernement a eu les moyens de guider le processus de mise en place d'un système mutualiste et d'élaborer le cadre législatif et réglementaire pour l'activité et la gestion du mouvement mutualiste. La loi du 21 février 1996 donne une définition claire des mutuelles et précise les mécanismes d'administration et de fonctionnement des mutuelles. Cette loi est complétée par deux décrets : le Décret 96-136 P-RM traite de la gestion financière et des conditions de placement des fonds des mutuelles ; le Décret 96-137 P-RM, portant sur le statut type des mutuelles, des unions et des fédérations de mutuelles, fixe les grandes lignes de leur fonctionnement. Un arrêté interministériel (97 0477 MSSPA/MATS-SG) précise les procédures d'agrément des mutuelles. Cette législation, qui illustre l'intérêt de l'État pour le développement des mutuelles de santé, tend à une meilleure organisation du secteur et à une plus grande transparence dans la gestion. Elle accroît la sécurité financière des adhérents en imposant à toutes les mutuelles la constitution d'un fonds de réserve et en instaurant un contrôle des comptes. D'autres contrôles à priori et à posteriori sont également prévus.

L'appui au développement de la mutualité à travers la société civile a été réalisé par la mise en place de l'Union technique de la mutualité malienne (UTM).

L'Union technique de la mutualité

Les motifs pour la création de l'UTM

Plusieurs constats ont motivé la décision de mettre en place une agence de développement de la mutualité, et d'en faire un opérateur privé de type mutualiste créé et géré par les mutuelles existantes.

Des raisons internes au mouvement mutualiste

Un premier constat était la nécessité de créer un cadre de concertation efficace pour les mutuelles de santé. Le regroupement des mutuelles maliennes créé en 1996, dénommé le Collectif des mutuelles du Mali (COMUMA), regroupait onze mutuelles sur les quinze existantes. Il n'a cependant jamais fonctionné en

pratique, faute de projet viable et de ressources nécessaires. De plus, les mutuelles membres de ce collectif n'offraient pas d'assurance maladie à leurs membres. Or l'objet du Projet d'appui au développement de la mutualité au Mali était spécifiquement le développement de l'assurance maladie. C'est pourquoi le COMUMA, et l'ensemble des mutuelles souhaitant développer un produit santé ont été impliqués dans le projet de création de l'UTM.

Le deuxième constat résidait dans la volonté manifeste du mouvement mutualiste de prendre en charge son propre développement. Le développement des mutuelles suivait celui des centres de santé communautaires dans lequel les structures de l'État ont joué un grand rôle. L'appropriation de ces structures par les communautés était souvent une préoccupation secondaire.

Pour prendre en charge son développement, le mouvement mutualiste devait renforcer ses capacités et se doter d'une structure. Cela demanda une stratégie de développement de la mutualité et des moyens de mise en œuvre. Elle passa entre autres par la formation du personnel administratif et des cadres des mutuelles, en vue de doter le mouvement mutualiste d'une capacité de négociation et de représentation auprès de l'ensemble des instances socio-sanitaires.

L'existence de mutuelles disposant de leur propre structure sanitaire a également motivé la création d'un organe de coordination nationale. La Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture (Mutec) et la Mutuelle interprofessionnelle du Mali disposaient toutes deux de leur propre structure sanitaire qui permettait à leurs adhérents d'avoir un accès préférentiel aux soins. Les adhérents de la Mutec vivant en dehors de Bamako où était située cette structure sanitaire vivaient ceci comme une inégalité. La Mutec n'ayant pas les moyens d'étendre un réseau de soins dans l'ensemble du pays, l'UTM est apparue comme une solution via la mise en place d'un régime d'assurance maladie volontaire au niveau national ouvrant l'accès à d'autres structures sanitaires.

Des raisons liées à l'environnement légal et politique

Certains facteurs externes ont également favorisé la création d'un organe de coordination nationale. En premier lieu, une volonté politique manifeste qui s'est matérialisée par une législation en faveur des mutuelles de santé. Cet environnement législatif et réglementaire favorable a permis au mouvement de percevoir les avantages du regroupement pour mieux se faire valoir. La loi établissait entre autres une distinction claire entre les mutuelles et les autres organisations de l'économie sociale, et réglementait de manière restrictive l'utilisation des termes de mutualité, mutuelle ou mutuel.

Des raisons liées à l'initiative de partenaires techniques et financiers

Enfin, de nombreux partenaires techniques et financiers ont activement soutenu le déploiement du mouvement mutualiste au Mali. En plus du gouvernement français, d'autres instances se sont engagées à accompagner le jeune mouvement mutualiste malien, telles que la Fédération nationale de la mutualité française et ses organisations membres, ou l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC) de Belgique. Certaines activités de ces partenaires visaient des régions ou des projets spécifiques. Un organe de coordination était nécessaire pour encadrer ces diverses sources d'appui et pour veiller à une certaine cohérence des interventions. La création d'un réseau et d'un organisme central facilitait de plus l'accès aux sources de financement national et international.

La mise en place et l'organisation de l'UTM

Une union mutualiste et autonome

L'étude de faisabilité précédant le Projet d'appui au développement de la mutualité mettait en avant l'importance de la société civile dans cette dynamique. L'accent a été mis dès le départ sur le développement indépendant du mouvement mutualiste et sur le besoin d'autonomie de la future UTM face au gouvernement. Cette option impliquait la reconnaissance du rôle que les

mutuelles existantes étaient appelées à jouer dans tout le processus de développement. Ce fut fait. Les quinze mutuelles qui existaient alors ont toutes été impliquées dans la création de l'UTM.

Priorité aux activités santé

L'Union technique de la mutualité a été créée en avril 1998, avec cinq des quinze mutuelles qui existaient à cette époque. Ces cinq avaient en commun la volonté de s'engager à diffuser un produit santé. Au début, l'UTM n'était ouverte qu'aux mutuelles diffusant une prestation santé. En 2001, elle a élargi l'adhésion à toute, mutuelle ayant obtenu l'agrément ministériel ou formulé une demande d'agrément, sans restriction en termes de type de prestations fournies. Le réseau de l'UTM est maintenant composé d'environ 70 mutuelles, dont le tiers dispose d'un agrément ministériel.

Les objectifs de l'UTM

Dans sa mission de renforcement du mouvement mutualiste au Mali, l'UTM s'est fixé les objectifs suivants :

- renforcer la solidarité entre les groupements mutualistes ;
- assurer la représentation et la défense des intérêts de la mutualité malienne auprès de toutes les instances ;
- appuyer le développement de la mutuelle de santé.

La structure de l'UTM

L'UTM reproduit la structure organisationnelle des mutuelles individuelles, avec une assemblée générale, un conseil d'administration et un bureau exécutif. L'assemblée générale est constituée de cinq délégués par mutuelle membre, avec deux suppléants. Le conseil d'administration est constitué de treize membres élus en assemblée générale pour une durée de cinq ans, avec renouvellement du tiers des membres tous les trois ans. Le bureau exécutif, appelé bureau du conseil, est chargé d'exécuter les décisions du conseil d'administration.

Dans son bureau central de Bamako, l'UTM emploie une dizaine de professionnels chargés de fonctions d'appui technique, en plus de cinq personnes de soutien. Le conseil d'administration et son président délègue la direction au directeur général de l'UTM. Celui-ci assure la direction du service technique central et de quatre représentations régionales (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti). D'autres bureaux régionaux s'ouvriront progressivement en fonction des besoins et des moyens disponibles.

Le service technique est composé de trois départements : le service développement, le service gestion des garanties et le service administratif et financier.

Le service développement est chargé de la formation des mutualistes, de l'appui conseil aux initiateurs et aux promoteurs de mutuelles de santé, de l'assistance dans l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement de la mutuelle, de son suivi et de son évaluation.

Le service gestion des garanties travaille pour compte et à la demande expresse des mutuelles. Il comprend aussi le marketing, la commercialisation et l'informatique. Il traite les demandes de remboursement des structures sanitaires conventionnées (la facturation). Il initie les campagnes de communication autour de l'assurance maladie volontaire. Il assure la formation et le suivi du personnel des structures sanitaires conventionnées, en vue d'une meilleure application des conventions.

Enfin le service administratif et financier assure la gestion financière des ressources. Ceci comprend les ressources propres de l'UTM, les ressources des assurances santé des mutuelles membres, et les ressources d'un produit d'assurance santé standardisé entièrement géré par l'UTM et proposé directement à des individus.

Les services offerts aux mutuelles membres

Les services offerts aux mutuelles membres sont de trois types : (1) l'appui technique, (2) la gestion d'un produit santé, et (3) la représentation du mouvement.

L'appui technique aux mutuelles de santé

Dans la plupart des pays, des ONG appuyées par des partenaires internationaux conduisent les activités de formation, de conseil et de support technique pour les mutuelles de santé. Or, selon les participants de la plateforme d'Abidjan, cet appui devrait idéalement être confié à des fédérations de mutuelles. L'Union technique de la mutualité remplit cette fonction d'appui technique aux mutuelles par les actions suivantes : sessions de formation (initiale et continue) pour les responsables mutualistes ; études de faisabilité économique et sociale à la demande d'initiateur de nouveaux projets, appui à l'élaboration des statuts et du règlement intérieur, participation à la sensibilisation des communautés ; appui technique au niveau de l'élaboration des états financiers et de la conception de documents techniques destinés à toutes les mutuelles.

La gestion des garanties santé

Depuis 1999, l'UTM offre un produit santé spécifique, appelé garantie santé, auquel les mutuelles des grands centres urbains peuvent souscrire. La gestion et l'administration des garanties santé est faite par l'UTM. Cela comprend la négociation de conventions avec les prestataires de soins, les activités d'inscription des affiliés, de recouvrement des cotisations, de paiement des prestations, d'information des bénéficiaires, de suivi et de gestion financière. L'UTM a développé un outil informatique spécifique pour l'administration des garanties santé. Il est à disposition des autres mutuelles de santé qui en expriment le souhait.

L'offre de ce produit spécifique et le fait qu'une grande partie des activités de la gestion technique est prise en charge par un bureau central soulage les mutuelles qui s'affilient d'un grand nombre de tâches de gestion. Certaines tâches restent du ressort des mutuelles individuelles et nécessitent une bonne communication avec l'UTM. Voyons les différentes dispositions en détail.

Affiliations et cotisations

La direction générale de l'UTM et ses différentes représentations régionales assurent l'immatriculation des adhérents. Chaque adhérent et ses ayants droit

restent affiliés à leur mutuelle professionnelle ou inter professionnelle avec un système de numéro d'identification unique généré de façon informatique. Les droits des bénéficiaires sont initialisés et suivis. Chaque bénéficiaire reçoit une carte avec sa photo et la date du début de ses droits.

Le recouvrement des cotisations est assuré par les mutuelles affiliées et par l'Union technique pour les personnes qui s'inscrivent directement. Pour les adhérents des entreprises, un précompte est prélevé généralement par le service financier de l'entreprise, et reversé par la suite à l'UTM.

Relations avec les prestataires de soins

Dans le cadre de la délégation de gestion, l'UTM sélectionne une série de structures sanitaires publiques, communautaires et privées, négocie avec elles et conclut des conventions. Les mutuelles membres peuvent signer des avenants d'adhésion à ces conventions pour faire bénéficier leurs membres de prestations conventionnées.

Mais la relation avec les prestataires ne s'arrête pas à la signature d'un contrat. Pour que la relation avec les mutualistes se passe au mieux, l'UTM informe les agents de santé du principe des mutuelles et des implications pratiques de la convention entre l'UTM et le prestataire. La mise en œuvre de chaque convention est précédée d'une formation qui a pour objectif de définir avec les responsables des structures sanitaires les procédures de prises en charge des personnes couvertes. Des séances de formation sont également organisées à l'intention du personnel chargé de mettre en œuvre ces procédures.

Information des bénéficiaires

L'effort d'information s'étend également aux bénéficiaires. L'UTM organise des campagnes pour informer les assurés quant aux modalités d'accès aux soins. L'UTM a développé des outils de communication spécifiques à cet effet.

Remboursements

Le remboursement des prestations aux structures sanitaires passe par la réception des demandes de remboursement et des pièces justificatives y afférentes. C'est le bureau central qui fait l'analyse des dépenses conformément aux conventions et aux garanties souscrites par le bénéficiaire. Il vérifie

également la situation des droits du bénéficiaire (pas de défaut de paiement des cotisations). Le bureau central fait le paiement sur la base d'un bon à payer.

Gestion du risque

L'UTM assure la gestion du risque. A ce titre elle tient la comptabilité de l'assurance maladie, établit les statistiques annuelles de prestations, et effectue des études et analyses destinées à faciliter la prise de décision des mutuelles. Elle suit par la même occasion la mise en œuvre des conventions avec les prestataires.

Nous voyons deux avantages principaux à cette activité spécifique d'offre et de gestion des garanties santé. Premièrement, les garanties santé ont permis de résoudre la question de la territorialité des mutuelles. Dans la plupart des cas, un membre d'une mutuelle de santé ne peut en bénéficier que dans les structures sanitaires avec lesquelles sa mutuelle a une convention. Ceci se limite souvent à son village, son quartier ou son aire de santé. Les garanties santé de l'UTM élargissent la prise en charge à toutes les structures sanitaires maliennes avec lesquelles une convention est établie. Deuxièmement, il y a un effet d'économies d'échelle. Grâce à la gestion centrale, plus de 20 000 personnes sont couvertes par un seul système, ce qui permet d'élargir la gamme des soins pris en charge, et de l'étendre aux soins du troisième niveau.

Le fonds de garantie et réassurance

Dans cette logique d'économie d'échelle l'UTM a créé deux services financiers pour toutes les mutuelles affiliées : le fonds de garantie et le fonds de réassurance. Le fonds de garantie permet aux mutuelles qui démarrent de faire face à des tensions de trésorerie. Le fonds intervient sous forme d'avances de trésorerie aux mutuelles qui en ont besoin. La disponibilité de ce fonds rassure les prestataires de soins qui s'engagent dans une démarche contractuelle avec une mutuelle de santé. Le fonds de réassurance est un mécanisme qui est à l'étude et qui doit encore être développé. Les mutuelles, en tant qu'organisme d'assurance de premier niveau, seraient elles-mêmes assurées pour leurs risques financiers et autres par un autre organisme. Cet organe de réassurance pourrait être un des services du réseau, dans une approche de développement de solidarité entre les mutuelles de santé.

La représentation du mouvement

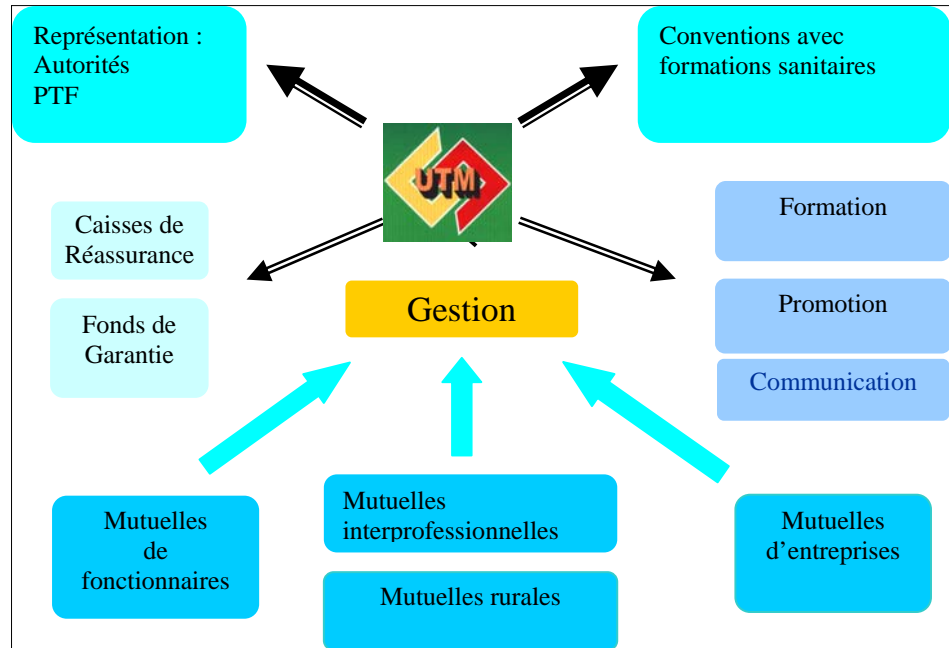
L'UTM est aujourd'hui le principal acteur du développement du mouvement mutualiste au Mali. L'Union est devenu le partenaire incontournable du gouvernement, des organisations d'appui et des bailleurs de fonds internationaux pour tout ce qui concerne les mutuelles et le mouvement mutualiste. L'UTM est fermement assise dans sa position de représentation des mutuelles et de défense des intérêts des mutuelles et des mutualistes.

L'UTM remplit également un rôle dans la sensibilisation des communautés et du gouvernement à la logique mutualiste, et à l'assurance maladie en particulier. Ses activités de communication sont bien développées. Le service développement a créé des bandes dessinées et des vidéo-clips en plusieurs langues, et édite un bulletin d'informations mensuel. L'UTM organise régulièrement des événements pour la promotion du mouvement mutualiste.

Mais l'action de représentation de l'UTM est allée au-delà de l'information et de la défense des intérêts des mutualistes et du mouvement mutualiste. L'UTM est devenue au fil du temps un partenaire de l'État dans la mise en œuvre des différents programmes sanitaires et sociaux. Dans ce cadre, une convention lie l'UTM à l'État pour la mise en œuvre du Programme de développement sanitaire et social (PRODESS). L'UTM participe à tous les grands cénacles de discussion de la problématique de la santé et du développement social. L'UTM est aussi un membre statutaire des organes de gestion du programme décennal de développement sanitaire et social. A ce jour, les mutuelles maliennes disposent d'un siège au niveau des conseils d'administration de tous les hôpitaux au Mali.

Enfin, l'UTM assure un rôle d'intermédiaire entre bailleurs de fonds et mutuelles. La convention entre le gouvernement malien et l'UTM dans le cadre de la mise en œuvre des activités du PRODESS donne accès à plusieurs sources de financement dont les crédits IDA de la Banque Mondiale, les fonds néerlandais, etc.

Figure 2 : Les domaines d'intervention de l'Union technique de la mutualité



Les enseignements de l'expérience UTM

Les facteurs favorables pour l'UTM

La mise en réseau des mutuelles peut être la finalité recherchée de tout programme d'appui au développement des mutuelles de santé. Cependant, la multiplicité des organismes d'appui et des partenaires peut créer des blocages. En ce qui la concerne, l'Union technique a bénéficié de certains facteurs favorables. Nous les décrivons ci-après.

La volonté politique de développer la mutualité

Le développement de la mutualité au Mali résulte d'une volonté claire de l'État et de ses partenaires. Ainsi, l'État a élaboré un cadre législatif pour les mutuelles et encourage la responsabilisation de la société civile pour le développement de la mutualité. La convention liant le gouvernement malien et l'UTM en est une illustration.

La disponibilité de partenaires techniques et financiers

Lancer une structure comme l'UTM pour promouvoir le développement de mutuelles est une option relativement coûteuse. Mais d'un autre côté, cela augmente les chances de construire rapidement un mouvement social qui puisse affirmer sa force. L'aspect politique de l'action doit être soutenu et complété par une grande capacité technique. Le démarrage peut requérir des investissements considérables et qui dépassent les seules capacités de l'État et de la société civile. La Coopération française, en apportant son appui au développement de la mutualité à travers l'UTM, avait bien mesuré les enjeux. Pour cette raison, la Fédération nationale de la mutualité française a été un partenaire technique et financier permanent dans la mise en œuvre des activités. L'appui fort et durable d'un partenaire est une condition de succès d'un pareil projet. De la même manière, l'Union des mutuelles de santé de Dakar (UMSD) a bénéficié de l'appui du Programme BIT/STEP pour pouvoir se doter d'une équipe technique.

L'existence d'une équipe technique permet concertation et échanges

La création d'une équipe technique d'appui aux mutuelles a créé un cadre de concertation et d'échange pour tout le mouvement mutualiste malien. A titre d'exemple, une des premières activités de la direction de l'UTM a été de former l'ensemble des responsables des mutuelles à l'environnement législatif et réglementaire de la dynamique mutualiste. Par la suite, à l'aide notamment d'ateliers, l'UTM a assisté les mutuelles dans le processus d'agrément, en veillant à leur conformité aux exigences de la loi. A ce jour, sur une quarantaine de mutuelles agréées, plus de trente ont bénéficié de l'appui de l'UTM.

L'engagement des responsables mutualistes

Comme souvent dans la vie des associations, il y a des risques de conflits de responsabilités et de compétences entre l'équipe technique, composée de professionnels rémunérés d'une part et l'organe politique, composée de mutualistes bénévoles d'autre part. Dès la création de l'Union technique de la mutualité, un cahier de délégation a précisé, de façon explicite, les compétences déléguées par le conseil d'administration à l'équipe technique. Cette délégation de pouvoir est renouvelée à chaque changement dans le conseil d'administration.

Les écueils à éviter

Les écueils à éviter peuvent être classés en trois catégories : (1) les dangers imputables au mouvement mutualiste, (2) les pièges liés à l'ingérence de l'État, et (3) les périls liés aux partenaires techniques et financiers.

Les dangers liés au mouvement mutualiste

Il est difficile de trouver l'équilibre entre représentation des mutuelles et contribution financière de chacune. Cet exercice d'équilibrage ne doit toutefois pas engendrer de blocages. Il doit être l'objet d'une réflexion et d'un dialogue permanents. En effet, une union de mutuelles de santé se construit dans une démarche itérative. Dans le processus de mise en réseau, les responsables des mutuelles doivent apprendre à dépasser leur intérêt personnel immédiat, et accepter de mettre en avant la force commune résultant du regroupement.

Le rôle de l'État

L'État, chargé d'offrir un cadre institutionnel au mouvement mutualiste, pourrait être tenté de s'y substituer dans certaines prises de décision. Il peut être tenté de réduire trop rapidement le nombre d'interlocuteurs, voire de contrôler le mouvement mutualiste. S'il commence à « faire à la place des mutuelles » cela peut générer des conflits au sein du mouvement, et le fragiliser.

Les partenaires techniques et financiers

L'appui des partenaires internationaux est aujourd'hui indispensable au développement du mouvement mutualiste dans les pays africains. Cependant, les modalités d'appui ne doivent pas négliger les questions de développement durable. L'engagement technique et financier des partenaires doit être conçu dans la durée, pour que la mise en réseau de mutuelles de santé devienne fonctionnelle et atteigne ses objectifs. De même, l'équipe responsable de l'union des mutuelles doit être formée et préparée à prendre le relais.

Conclusion

La mise en réseau est à présent une priorité pour les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest. Elle répond à plusieurs des difficultés auxquelles la majorité des mutuelles est confrontée. Les avantages de la mise en réseau tiennent aux économies d'échelle dégagées et à la possibilité d'organiser en commun des activités inaccessibles pour une mutuelle isolée. Elle permet la mise en place de services et produits communs (fond de garantie, fonds de réassurance), ainsi que le partage de certaines fonctions de gestion et de suivi. La mise en réseau favorise de plus la concertation entre mutuelles, et offre une meilleure capacité de représentation des mutuelles face aux partenaires et à l'État. En permettant la mise en place d'équipes compétentes, la mise en réseau accélère la constitution d'un capital de connaissances et d'expériences. Elle peut les partager et les faire fructifier par l'organisation de formations, de visites ou de stages. La solidarité étant le socle de la mutualisation entre les individus, cette même valeur doit être mise en avant par les mutuelles pour mieux asseoir des regroupements plus forts et viables. Voilà le défi pour la jeune mutualité africaine. Les évolutions que nous constatons ces dernières années nous donnent confiance sur les possibilités de développement futur.

La mise en réseau des mutuelles de santé au Sénégal

André Demba Wade, Président du conseil d'administration de la Coordination régionale des mutuelles de santé de Thiès (CRMST) et coordonnateur du Groupe de recherche et d'appui aux initiatives mutualistes (GRAIM) de Thiès.

Historique des mutuelles de santé et des organes de coordination

La première mutuelle de santé du Sénégal fut créée en 1989 à Fandène, un village de 3000 habitants dans la région de Thiès. Cette expérience encouragea la création d'autres mutuelles de santé dans les environs pour faciliter l'accès financier au même hôpital Saint-Jean de Dieu de Thiès. Pendant ces années de pionniers, même si les responsables des mutuelles se connaissaient, chaque initiative se développe et se renforce isolément. Ce n'est qu'en 1994 que les responsables des mutuelles de santé de la région de Thiès se rencontrent pour la première fois dans une réunion formelle. De cette rencontre est né un comité de pilotage et de coordination pour les mutuelles de santé à Thiès.

La création d'une coordination régionale aura été un processus d'apprentissage, tout comme l'a été la création des mutuelles de santé. L'un des principaux défis était de trouver le juste équilibre entre la part de l'initiative locale et la part d'assistance externe de l'État ou d'organisations d'appui.

L'État a joué un rôle actif dans le développement des mutuelles de santé. Il a notamment organisé en 1996 le premier atelier de réflexion pour l'orientation du développement des mutuelles de santé. Le programme d'appui au développement des mutuelles de santé a vu le jour suite à cet atelier. Les autorités et leurs partenaires ont opté pour une politique en faveur des mutuelles de santé. Dans le cadre de ce plan d'appui, trois coordinations régionales pilotes ont été créées à Dakar, à Kaolack et à Thiès sous l'impulsion et la direction du Ministère de la santé publique et de l'action sociale (MSPAS).

Depuis lors, ces trois coordinations pilotes ont connu des parcours différents. La coordination de Thiès a continué à fonctionner depuis sa création. Celle de

Dakar a lancé une réflexion profonde pour redéfinir ses orientations. Elles sont toutes deux décrites en détail ci-après. La coordination de Kaolack, quant à elle, tente depuis 2004 de se relever d'une phase d'inactivité. L'Union régionale des mutuelles de santé de Kaolack prévoit de raviver les onze mutuelles de la région et de promouvoir la création d'autres mutuelles. Elle projette également d'établir des partenariats avec les autres acteurs de la santé, de créer une banque de données concernant les mutuelles de la région, et d'assurer des sessions de formation de gestionnaires et de sensibilisation de la population cible.

Ces premières expérimentations ont motivé de nouvelles initiatives dans d'autres régions du Sénégal, notamment à Diourbel, à Saint Louis et à Louga. En 2003 a été mis en place un cadre national de concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé.

La coordination régionale de Thiès

En 1998 il y avait six mutuelles de santé fonctionnelles dans la région de Thiès. Il y en a aujourd'hui 39, avec un total de 72 000 bénéficiaires. Toutes sont regroupées au sein de la Coordination des mutuelles de santé de Thiès.

L'initiative de la Coordination vient des responsables des mutuelles eux-mêmes qui ont ressenti le besoin de créer leur propre outil de concertation, de négociation et d'appui. Le premier pas fut posé en 1994 avec la création du Comité de pilotage et de coordination des actions de développement des mutuelles de santé. Plusieurs instances ont remarqué et apporté leur soutien à cette initiative spontanée de concertation et de collaboration entre mutuelles. Le ministère de la Santé ainsi que diverses organisations de développement ont donné un appui ponctuel au mouvement à différents moments de son évolution. L'organisation ENDA-Graf a aidé à organiser les premières rencontres d'échange entre les représentants des premières mutuelles de santé et les personnes intéressées à répliquer l'expérience dans leur propre entourage. Elle a appuyé la structuration et le fonctionnement des organes de coordination. D'autres organisations internationales ont appuyé cette dynamique, telles que l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes belges (ANCM), Solidarité

mondiale (WSM), le Bureau international du travail à travers son programme Appui associatif et coopératif aux initiatives de développement à la base (BIT/ACOPAM), l'Agence allemande de coopération technique (GTZ) et Partners for Health Reform (PHR).

En 1997, le Comité de pilotage se dissout pour donner naissance au Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes (GRAIM) et à la Coordination régionale des mutuelles de santé de Thiès (CRMST).

Le GRAIM est une ONG qui offre un appui technique aux mutuelles de santé. Le groupe est formé d'experts techniques dans les domaines de la gestion et de l'administration des mutuelles. Ils contribuent aux formations pour les gestionnaires, proposent des outils et des méthodes de gestion, donnent des conseils aux gestionnaires et stimulent la concertation entre les acteurs de la santé. Il assure de plus une collecte de données régionales sur les mutuelles de santé pour encourager une démarche de réflexion-action.

La CRMST est l'organe qui regroupe et représente toutes les mutuelles de santé de la région de Thiès. C'est une plateforme destinée à stimuler le dialogue et la coopération entre les représentants des mutuelles de santé. Elle remplit également une fonction politique de promotion du mouvement mutualiste, et aspire à participer aux débats nationaux et au développement de politiques nationales concernant la mutualité.

La Coordination régionale des mutuelles de santé de la région de Thiès a tenu son assemblée générale constitutive le 22 février 1997. Trente-cinq mutuelles et projets de mutuelle y étaient représentés, chacun par deux délégués. La Coordination régionale a un conseil d'administration de 21 membres et un bureau exécutif de sept membres. Sa première tâche a été d'élaborer des statuts et un règlement intérieur s'inspirant des principes universels de la mutualité. La Coordination régionale fonctionne sur fonds propres. Chaque mutuelle membre verse une cotisation annuelle de 5 000 francs CFA, qui est passée en 2005 à 15 000 francs CFA. Ces contributions permettent de couvrir les frais de fonctionnement minimaux.

Les objectifs de la Coordination régionale

Les objectifs que s'est fixé la Coordination régionale sont les suivants :

- réaliser des activités communes qui répondent à des besoins ressentis par chaque mutuelle et qui bénéficient à l'ensemble des mutuelles, mais qu'elles ne peuvent accomplir individuellement (par exemple la gestion commune d'une ambulance ; les services d'un médecin conseil) ;
- mettre à disposition une expertise pour la promotion des mutuelles de santé ;
- constituer un cadre de concertation pour la mise en œuvre de programmes de formation, d'action et d'évaluation ;
- constituer un cadre de négociation avec les partenaires sociaux, en particulier avec les prestataires de soins, pour l'obtention de meilleures conditions de qualité et de prix ;
- représenter les mutuelles de santé auprès des autres acteurs tels que les bailleurs de fonds, les autorités techniques, politiques et administratives ;
- défendre les intérêts des mutuelles de santé de la région de Thiès.

Les réalisations

Depuis sa création, la Coordination régionale de Thiès est intervenue dans une diversité de domaines.

La promotion du concept de mutualité

C'est de manière évidente une des valeurs ajoutées d'une action coordonnée La Coordination régionale a entrepris une vaste campagne médiatique afin de sensibiliser la population à l'intérêt de partager les risques pour faciliter l'accès aux soins de santé. Grâce aux négociations menées par la Coordination, la station radio Sud FM a accordé un temps d'antenne pour informer un large public des projets mutualistes et des activités des mutuelles de santé dans la région.

Dans le cadre de la promotion du concept et des principes de la mutualité, la Coordination a organisé deux journées de la mutualité en 1998 et en 2001. La première journée s'est tenue dans la commune de Thiès. Elle avait pour objectif de sensibiliser les autorités locales, les responsables des ONGs, les professionnels de la santé et les habitants de la commune et des villages environnants. La deuxième journée, organisée à Fandène, s'inscrivait dans la même ligne. Il s'agissait cette fois de sensibiliser les autorités et la population au potentiel de la mutualité à générer un mouvement de promotion sociale pour toutes les couches de la société. Des délégations mutualistes provenant de différentes régions ont informé le public des réalisations de l'ensemble des mutuelles. Pour marquer l'événement, la coordination a couplé cette journée à la célébration du dixième anniversaire de la mutuelle de Fandène et du jumelage entre la CRMST et la mutualité de Verviers en Belgique.

Les négociations avec les prestataires

La Coordination a démontré les avantages d'une action commune des mutuelles de santé dans les relations avec les prestataires de soins. Auparavant, la relation entre les mutuelles de la région de Thiès et l'hôpital Saint Jean de Dieu tenait plus d'un processus unilatéral dirigé par l'hôpital (basé sur l'octroi d'agrément) que d'une relation de partenariat. La Coordination a œuvré pour la mise en place de conventions issues d'une négociation d'égal à égal entre les deux partenaires. Elle a élaboré une convention cadre avec les structures hospitalières et a donné un appui aux différentes mutuelles de santé pour la négociation de leur propre convention avec l'hôpital Saint Jean de Dieu. Dix-sept conventions ont été signées à ce jour. Les cautions versées en dépôt atteignent un total de 8 500 000 francs CFA.

La Coordination travaille maintenant à la négociation d'une convention unique, qui couvrirait l'ensemble des mutuelles. Un processus de négociation similaire est en cours au niveau des districts médicaux, pour aboutir à la signature de conventions groupées réunissant toutes les mutuelles du district.

L'appui technique

La Coordination intervient également au niveau du renforcement technique des dirigeants des mutuelles de santé. Depuis 1998, un programme cohérent d'appui à la mutualité est élaboré sous la direction technique du GRAIM et de la structure d'appui PROMUSAF² avec la participation de la Coordination régionale, des autorités médicales et des représentants des mutuelles, des professionnels de la santé et des services de l'État. Ce programme passe par un appui à la gestion administrative et financière, des formations et du conseil. Nous détaillons ces trois types d'appui ci-dessous.

Des documents administratifs et financiers standardisés ont été produits pour la gestion des mutuelles, grâce au partenariat entre le GRAIM (conception), la CRMST (validation) et le PROMUSAF (production). Ils comprennent à ce jour un statut-type, un canevas de règlement d'ordre intérieur, un livre de caisse et un livre des comptes pour la gestion financière. On compte également au niveau administratif une série de registres liés à l'activité des mutuelles (notamment des registres d'adhérents, de bénéficiaires, des cotisations, des lettres de garantie, des prestations de soins reçues et des procès-verbaux).

Un programme de formation cohérent a été organisé grâce à la collaboration entre le BIT/STEP, la Coordination régionale, le GRAIM, PHR et PROMUSAF. Il s'organise en deux cycles. Le premier s'adresse aux porteurs de projet et aux comités de pilotage, et vise à les familiariser au concept de mutualité santé. Le deuxième s'adresse aux dirigeants des mutuelles, et se concentre plus sur la gestion administrative et financière. Il se décompose en

² Le Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique (PROMUSAF) est l'organe d'exécution des activités du partenariat entre la Solidarité mondiale (WSM) et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC). Ces deux dernières structures sont basées en Belgique. PROMUSAF a démarré ses activités en 1998, à la suite du programme conjoint WSM/ANMC-BIT/ACOPAM. Ses activités concernent trois pays africains : Sénégal, Burkina Faso et Bénin par des coordinations nationales. <<http://www.concertation.org/Public/Documents/Courrier4/Structureappui.htm>>

trois temps : (1) compétences en organisation administrative et en gestion financière ; (2) techniques financières d'élaboration d'un budget, d'un bilan et d'un compte de résultats ; (3) analyse des résultats.

La Coordination régionale participe également à l'organisation de formations pour les responsables des structures d'encadrement des mutuelles. Elles s'inscrivent dans le cadre du Programme d'appui au développement des mutuelles de santé. Plusieurs institutions de formation et structures d'appui aux mutuelles de santé y participent notamment l'Ecole nationale d'économie appliquée (ENEA) et le Centre africain d'études supérieures en gestion (CESAG), ainsi que le GRAIM, la Coordination régionale des mutuelles de santé et la Coordination diocésaine.

L'appui conseil, le troisième type d'appui technique, s'exerce sur deux volets : accompagnement pour les mutuelles en voie de création ; appui conseil de redressement pour les mutuelles en difficultés.

La recherche de solutions pour le problème de la faible capacité contributive

La question de la capacité financière de la population est au cœur des préoccupations de la Coordination.

La pauvreté est une question centrale pour les mutuelles de santé. Non seulement le faible pouvoir d'achat limite le nombre d'adhérents, mais un grand nombre d'adhérents ont des difficultés à payer régulièrement leur contribution. La faible capacité contributive des adhérents limite également l'offre de services. Les contributions des membres ne suffisent pas pour couvrir tous les soins de santé et des choix doivent être faits. Pour les mutuelles de Thiès, cette contrainte se concrétise par une limitation de la couverture hospitalière à un plafond de dix ou quinze jours d'hospitalisation. Aux bénéficiaires de rembourser le nombre de journées d'hospitalisation excédant le plafond fixé. Difficile équation entre les difficultés des membres à rembourser ces sommes, et le besoin des mutuelles de garantir leur équilibre financier.

Ces sont là les deux aspects à explorer : l'équilibre financier des mutuelles et la capacité contributive de la population.

En ce qui concerne les difficultés financières des mutuelles, la Coordination régionale a entrepris une étude qui examine les réponses possibles au problème de l'endettement des mutuelles. L'étude se concentre principalement sur les conséquences de ce plafonnement à dix à quinze jours de la prise en charge des frais d'hospitalisation. Une des solutions envisagées est de prévoir un montant forfaitaire calculé sur une durée d'hospitalisation moyenne. L'hôpital St Jean de Dieu serait alors rémunéré au forfait, quelle que soit la durée d'hospitalisation. Une autre solution serait d'introduire un système de réassurance au niveau de la Coordination. Dans ce cas, toutes les mutuelles s'assureraient contre le risque de dépasser les dépenses anticipées. Ce risque serait calculé sur la durée d'hospitalisation moyenne. Une étude évalue actuellement la faisabilité d'une réassurance et les formats possibles. Enfin, une approche complémentaire consiste à maîtriser les dépenses des mutuelles par des activités préventives portant sur la santé des mutualistes. A titre d'exemple, la Coordination régionale a mis en œuvre un programme de prévention du paludisme.

Les difficultés des membres à payer leurs cotisations appelle d'autres solutions. La Coordination régionale expérimente l'introduction d'autres produits de micro finance qui pourraient aider les mutualistes à augmenter leurs revenus ou à mieux gérer leurs dépenses. A ce titre, elle a mis en place une mutuelle d'épargne et de crédit auprès de laquelle tout membre de la mutuelle de santé peut ouvrir un compte et bénéficier d'un micro crédit. Les micro crédits sont accordés pour les initiatives individuelles qui vont du petit commerce à l'amélioration du revenu agricole par le maraîchage. Ce projet pilote permet d'intégrer et de diversifier la logique de mutualisation et de contribuer au développement local. Il est cofinancé par une mutuelle de santé belge jumelée avec la Coordination des mutuelles de santé de Thiès.

La recherche de partenaires pour une assistance financière et technique

Ceci nous mène à un autre domaine où une coordination de mutuelles de santé a plus de poids que les mutuelles individuelles : la recherche de partenariats et la recherche de fonds.

La Coordination a déjà joué le rôle d'intermédiaire entre mutuelles et partenaires extérieurs pour le financement de micro projets, par exemple :

- Une donation de 14 000 000 francs CFA (ANMC et la mutualité de Verviers) a permis le démarrage de sept projets de micro crédits dans sept mutuelles. Le but de ces projets est d'améliorer la situation économique des communautés mutualistes pour leur permettre de s'acquitter correctement de leur cotisation.
- Les partenaires de la CRMST ont financé la construction de sièges pour deux mutuelles, la réhabilitation d'une maternité et une dotation de livrets à une mutuelle de santé.
- Une subvention de 5 000 000 francs CFA a permis à la coordination et aux mutuelles membres de distribuer des moustiquaires imprégnées aux mutualistes.

Les enjeux d'aujourd'hui sont surtout de trouver des financements qui permettraient à la Coordination d'étendre sa capacité d'assistance aux mutuelles de santé. Ceci passe par : un meilleur équipement mobilier et matériel ; un accès rapide à des financements pour des micro projets et diverses stratégies ; des ressources pour financer les besoins de formation du personnel permanent du GRAIM (nouvelles technologies, gestion des entreprises, recherche et capitalisation).

La Coordination n'a pas encore de contacts directs avec des bailleurs de fonds. Jusqu'à présent, elle passe par des intermédiaires, ce qui est souvent source de perte de revenus et d'efficacité. Il n'est par exemple pas rare que les n'aient pas les capacités pour agir sur le terrain et allouer les fonds des bailleurs. Un contact direct entre bailleurs de fonds et la Coordination permettrait aux deux acteurs de mieux comprendre leurs besoins et contraintes respectifs et de mieux répondre aux attentes.

La recherche de partenariat ne se limite pas à un besoin d'appui financier La Coordination cherche également un appui technique ou l'apport idées innovatrices par un échange d'expériences de contextes différents. Le jumelage avec la mutualité de Verviers, une mutuelle belge, peut être cité en exemple. La participation à la « Concertation »³ de la Coordination régionale des mutuelles de santé de Thiès en est un autre. Ces dynamiques de partenariat contribuent à l'effort d'une mise en réseau internationale pour une action de plus grande envergure.

Stimuler l'échange et le partage des connaissances en matière de mutuelles de santé

Le partage des connaissances au niveau local est tout aussi important que l'échange au niveau international. Organiser l'échange entre les mutualistes des mutuelles associées est une des fonctions centrales de la Coordination. La Coordination organise des réunions de travail régulières, ainsi que des ateliers thématiques d'échange.

Augmenter l'influence au niveau des politiques nationales

La Coordination régionale des mutuelles de santé de Thiès participe activement au développement de politiques nationales porteuses de la vision mutualiste. La Coordination est membre du cadre national de concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé et cherche à y faire valoir son expérience tant dans l'analyse des besoins que dans les modalités pratiques.

Un projet cher à l'équipe de la Coordination est la description de l'expérience des mutuelles de la région de Thiès et des leçons à retenir. Ce sera sans doute une étude enrichissante pour le mouvement mutualiste au Sénégal et en Afrique.

³ La « Concertation » réfère à « La Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique ».

L'Union des mutuelles de santé de Dakar (UMSD)

Créée en 1997 par quatorze mutuelles de santé, l'Union des mutuelles de santé de Dakar en regroupe aujourd'hui 32 et couvre un total de 180 000 bénéficiaires. La création de l'Union résulte de motifs politiques et sociaux d'une part, techniques d'autre part.

Les motifs sociopolitiques pour la création de l'UMSD

L'apparition des mutuelles a été perçue dès le départ comme un mouvement social et politique important, qui méritait d'être soutenu. Le premier rôle de l'Union touche à une fonction de promotion et de sensibilisation, pour stimuler et encadrer la propagation des mutuelles de santé.

Contrairement à Thies, où les mutuelles sont relativement uniformes, on relève à Dakar des mutuelles de différents types et initiées par des groupes socioéconomiques divers. L'échange entre ces mutuelles ne pouvait être qu'enrichissant. L'Union a cherché à y contribuer en offrant un cadre de représentation des mutuelles membres, et une structure facilitant l'échange entre les mutuelles de la capitale, et la promotion des concepts de solidarité et d'entraide.

Les motifs techniques pour la création de l'UMSD

D'origine diverses, s'étant développées de façon isolée, les mutuelles montraient une grande diversité en termes d'outils de gestion. L'Union semblait donc être un cadre idéal pour discuter, comparer et améliorer les modalités et les outils de gestion. Très vite, les représentants des mutuelles ont réalisé qu'ils partageaient d'autres difficultés justifiant un échange de vue et des actions en commun. Au niveau des compétences des gestionnaires, par exemple : toutes étaient gérées par des représentants bénévoles non permanents, qui n'avaient pas les compétences requises en termes de gestion et d'administration, ni a fortiori d'assurance, de mutualité de conventionnement des hôpitaux. Chaque mutuelle tentait de conclure des conventions avec les prestataires de soins, ce

qui résultait en une multiplicité de conventions difficilement gérable pour les prestataires. L'apport d'une union des mutuelles de Dakar pouvait se manifester de plusieurs façons : en renforçant les compétences des gestionnaires bénévoles par des formations, des visites mutuelles, des stages et des journées de formation continue ; en développant des outils de gestion et d'administration ; en organisant des services communs pour toutes les mutuelles membres (préparation de conventions communes, organisation du suivi et de l'évaluation des mutuelles, gestion d'un dépôt de médicaments, organisation de services financiers communs tel que le fond de garantie).

Les réalisations de l'UMSD

L'UMSD a connu des débuts difficiles. La rencontre entre les objectifs ambitieux de l'Union et les compétences des bénévoles fut une première pierre d'achoppement. La gestion bénévole est la règle dans les mutuelles de santé du Sénégal. L'évolution vers une gestion professionnelle n'était pas évidente, notamment en raison de l'incapacité des mutuelles membres à supporter financièrement une équipe professionnelle. L'appui financier du BIT/STEP a finalement permis de recruter le personnel de la cellule technique. D'autres problèmes on surgit sur des questions de conflits de compétence et de retards dans l'exécution des activités. Ceci a occasionné une réflexion sur les fondements de l'Union et son organisation, qui a permis de redémarrer sur de bonnes bases.

L'UMSD a commencé par élaborer un plan d'action concerté. Il s'est basé sur un inventaire des mutuelles de Dakar sous forme d'une base de données. L'équipe de l'UMSD a complété l'information avec une typologie des mutuelles, un diagnostic de leurs forces et faiblesses et un relevé des besoins de renforcement. Ceci a permis une capitalisation des expériences des diverses mutuelles de santé.

L'UMSD a également lancé une étude sur les coûts moyens des soins de santé. L'étude a porté sur onze centres de santé et neuf postes de santé, dans lesquels un total de 4 200 usagers a été suivi. Elle donne des informations sur la nature

des services, sur les prestations offertes et sur les coûts moyens par prestation (consultation, examens paramédicaux, hospitalisation, soins, médicaments, etc.).

L'UMSD travaille à présent à l'harmonisation des concepts et des outils de gestion des mutuelles de Dakar par l'adoption d'un manuel de procédures. Elle encourage aussi l'harmonisation des conventions avec les prestataires de soins en organisant des journées de rencontre entre les responsables des mutuelles et des établissements de soins. L'UMSD prépare l'organisation au niveau central de services de gestion et de suivi pour toutes les mutuelles membres. Ceci comprend un service de comptabilité, un appui ponctuel pour la tenue de la comptabilité, l'élaboration des états financiers et la tenue de fiches de suivi mensuel, ou encore des actions de renforcement de mutuelles en difficulté. L'équipe technique prépare des cycles de formation et participe aux activités de sensibilisation et d'information. La mise en place d'un fonds de garantie est également à l'étude.

L'accès aux soins de santé est un sujet de préoccupation majeur. L'option actuelle passe par la création d'un partenariat entre l'UMSD et la Commune de Dakar. Grâce à celui-ci, l'UMSD espère bénéficier d'une plus grande crédibilité auprès des prestataires de soins. Il vise à avoir des retombées positives sur la négociation du prix des soins et sur la qualité des soins offerts ; à stimuler la Commune de Dakar à renforcer le contrôle de la qualité des services de soins et à prendre en charge les indigents ; à renforcer l'implication de l'UMSD dans la définition des stratégies d'accès aux soins de santé de la capitale.

Enseignements des deux expériences de Thiès et de Dakar

Nous voyons des similitudes dans le développement et les activités des deux coordinations régionales de Thiès et de Dakar. Dans les deux cas, les coordinations offrent aux mutuelles membres des services utiles qu'elles peuvent difficilement accomplir isolément. Nous pensons entre autres à l'appui d'un médecin conseil, à l'harmonisation de la contractualisation, une assistance technique en différents domaines, la création d'un fonds de garantie. Elles peuvent défendre les intérêts matériels et moraux des mutuelles, constituer une

force de négociation et représenter les mutuelles de santé dans leurs rapports avec le gouvernement, les partenaires sociaux et les bailleurs de fonds. Elles organisent des formations et des visites à d'autres mutuelles, mettent à leur disposition des outils de gestion et de suivi bien étudiés, etc.

Elles ont également une vocation politique de promotion du mouvement mutualiste. Différentes actions peuvent contribuer à promouvoir le mouvement mutualiste dans leur pays et à consolider leur présence, telles la création d'une base de données ou la réalisation d'études pour les mutuelles. Finalement, les deux coordinations participent aux débats et à la prise de décision au niveau national.

Les approches et méthodes de travail des coordinations pour réaliser ces objectifs sont également très similaires dans les deux expériences :

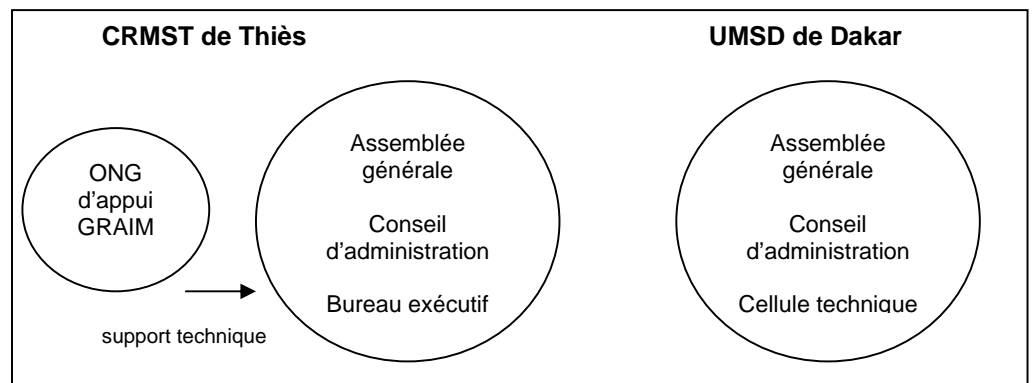
- la concertation entre acteurs du mouvement mutualiste ;
- l'échange et la réflexion commune ;
- une organisation commune pour prendre en charge les besoins communs identifiés ;
- l'analyse des expériences, des succès et des difficultés et la diffusion leçons acquises.

Mais un élément de mise en œuvre diffère fondamentalement entre les deux coordinations. Dans les deux cas, des ressources humaines qualifiées, disponibles et compétentes sont indispensables. Leur permanence demande rémunération. Comme les moyens financiers des mutuelles ne suffisent pas pour les prendre en charge, elles sont obligées de recourir à un financement externe. Ceci peut compromettre à terme l'autonomie et la viabilité de l'organisation. De plus, l'octroi de ressources par les partenaires financiers peut entraîner des exigences quant à leur affectation. C'est par rapport à ces risques que les deux coordinations ont pris des options différentes. Cela se reflète dans la structure des organisations (figure 3).

A Dakar, l'UMSD s'attache les services de professionnels pour mettre en œuvre la politique de l'union, sous la tutelle du conseil d'administration. Un financement externe a permis de créer cette équipe à l'intérieur de la

coordination. A Thiès l'option est de fonctionner essentiellement avec des ressources propres et d'associer les représentants des mutuelles dans la gestion et dans la mise en œuvre des activités de la coordination. Le support technique est assuré par l'ONG qui supporte la coordination. Cette option est doublement motivée : d'une part pour impliquer les représentants des mutuelles dans la gestion de la coordination et gagner leur adhésion, d'autre part pour préserver l'autonomie de la coordination.

Figure 3 : Structure organisationnelle des coordinations de Dakar et de Thiès



Le cadre national de concertation

Le cadre national de concertation réunit, autour du thème de la mutualité, mutuelles de santé, partenaires sociaux, acteurs de développement et représentants du gouvernement. Le cadre national permet à ces acteurs de créer des liens et de renforcer leur complémentarité, en leur offrant une plateforme de dialogue et de partage de connaissances. Il favorise ainsi l'élaboration de plans d'actions concertés entre acteurs locaux pour un développement harmonieux de la mutualité dans le pays.

Dans sa forme actuelle, le cadre national de concertation est un réseau d'acteurs sans relations hiérarchiques entre eux. Mais il n'en a pas toujours été ainsi.

C'est le gouvernement qui a entrepris les premières tentatives de coordination et d'harmonisation du mouvement mutualiste au niveau national. Il lança en 1996 le Programme d'appui aux mutuelles de santé (PAMS) et en 1998 la Cellule d'appui aux mutuelles de santé, aux IPM et aux comités de santé (CAMICS). Tous deux avaient une approche autoritaire et interventionniste, contradiction avec l'esprit de coopération et de partage qui sous-tend le mouvement mutualiste. Faute de relais et d'ancrage dans la société civile, ces instances furent perçues de façon négative par le mouvement mutualiste existant et ne rencontrèrent pas le résultat escompté. Ce n'est qu'en 2000 que l'État a changé d'attitude envers le mouvement mutualiste, et que le nouveau gouvernement a misé sur la responsabilité des mutualistes. Les barrières entre structures nationales et mutuelles de santé ont alors commencé à se lever.

Depuis 2003, les participants au cadre national de concertation se rencontrent lors de réunions périodiques, au moins une fois par trimestre. Ils se composent des représentants du ministère de la Santé, des structures d'appui aux mutuelles de santé, des promoteurs, des unions et des coordinations de mutuelles, La coordination du cadre national de concertation est assurée par le ministère de la Santé par l'intermédiaire de la Cellule d'appui au financement de la santé et au partenariat (CAFSP) – successeur du CAMICS.

Les participants au cadre national de concertation ont réalisé un diagnostic de la situation du mouvement mutualiste. Il a servi à l'élaboration d'un plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal pour les cinq prochaines années. Ce plan a été inclus dans le Plan de développement intégré de la santé (PDIS) du ministère de la Santé et de la prévention médicale. Son objectif est de faciliter les synergies entre les différents acteurs. Il prévoit les actions suivantes :

- l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action régionaux ;
- la finalisation du cadre juridique des mutuelles de santé : le développement d'un cadre législatif pour les mutuelles est en cours depuis 1997 déjà. Les différends entre l'appareil bureaucratique gouvernemental et le mouvement

mutualiste concernant la responsabilité et l'autonomie des mutuelles de santé ont retardé la finalisation d'une législation ;

- l'organisation des mutuelles socioprofessionnelles en une union technique ;
- l'extension de la mise en place d'unions régionales à d'autres régions du pays ;
- la transformation des unions et coordinations régionales en fédérations, pour ensuite se constituer en fédérations nationales.

Tous les acteurs du développement des mutuelles de santé trouvent là un cadre de travail. La nouvelle stratégie vise à renforcer la capacité des coordinations et des unions.

Le plan a établi une répartition des responsabilités entre les différents intervenants. Il n'exclut cependant pas certains risques pour l'autonomie du mouvement mutualiste et la distribution des rôles entre les partenaires. Premièrement, le ministère de la Santé s'est attribué un rôle prépondérant dans la mise en œuvre du plan en la confiant aux régions médicales et districts sanitaires. Ensuite, les structures locales d'appui technique existantes (des associations, des ONGs, etc.) sont écartées du processus. Finalement, il y a un risque de confier trop de responsabilités aux coordinations, ce qui peut engendrer trop d'ambitions et créer des conflits pour leur contrôle.

Enseignements de la création du cadre national de concertation

Deux questions émergent des tentatives de constituer une concertation et une harmonisation au niveau national : premièrement, quelle est la compétence d'une concertation au niveau national ; deuxièmement, quel rôle peuvent y jouer les représentants de l'État ?

Quelles compétences pour la concertation nationale ?

Le premier rôle d'une coordination nationale est de représenter les mutuelles et d'être leur porte parole face aux autorités gouvernementales, à l'ensemble des prestataires de soins et aux partenaires du développement. Ceci concerne les débats sur les politiques de santé, le financement des soins et le développement des mutuelles.

Elle doit aussi participer à l'élaboration d'un plan d'action cohérent pour le développement des mutuelles de santé du pays. Elle sera particulièrement attentive à garantir l'autonomie du mouvement dans ce plan.

Quel rôle pour les représentants de l'État ?

Le gouvernement doit veiller à créer un environnement favorable au développement des mutuelles de santé. Ceci implique trois niveaux d'action : l'État a un rôle de régulateur, d'instance de contrôle et de promoteur. La régulation et le contrôle de l'État sont nécessaires pour, par exemple, faciliter la réalisation de conventions avec les prestataires de soins ou pour protéger les mutualistes par rapport aux abus dont les gestionnaires des mutuelles peuvent se rendre coupables.

Mais les gouvernements peuvent avoir tendance à s'impliquer directement dans les modalités de mise en œuvre et ainsi mettre en danger l'autonomie des mutuelles. Cette tendance à l'ingérence par l'État peut détourner les mutualistes.

L'expérience du Sénégal semblent montrer que les structures de coordination créées par le gouvernement étaient peu appropriées, et n'ont pas été acceptées par les mutualistes. A contrario, la coordination qui semble avoir le mieux fonctionné depuis sa création est celle de la région de Thiès : créée sur l'initiative des mutualistes avec, au début, très peu d'interférence ou d'assistance externe. L'État a pris un rôle de facilitateur, se mettant à l'écoute des initiatives des acteurs de terrain pour ensuite les soutenir.

Réflexions finales : les conditions de réussite d'une mise en réseau de mutuelles de santé

L'expérience du Sénégal nous inspire quelques observations sur les conditions facilitant la réussite d'une mise en réseau de mutuelles.

Tout d'abord, la construction d'un réseau est un processus qui s'inscrit dans la durée. Il est lent et vouloir l'accélérer à tout prix serait néfaste et conduirait à des échecs. Si le bon fonctionnement des mutuelles de santé suppose une appropriation par les membres, il en va de même pour un réseau de mutuelles : leurs représentants doivent pouvoir considérer qu'ils sont bien à la manœuvre. Ce processus d'appropriation du réseau par les représentants de mutuelles de santé membres ne doit pas être brusqué.

Deuxièmement, la volonté d'autonomie suppose une implication et un investissement solide des mutuelles. Pour garder son autonomie, le mouvement mutualiste doit éviter de trop compter sur des moyens extérieurs.

Troisièmement, le réseau ne doit en aucun cas envisager de se substituer aux entités qui le constituent. Les coordinations et les fédérations ne doivent pas devancer les mutuelles dans leur développement et prendre des initiatives qu'elles n'ont pas souhaitées. Le développement du réseau et de ses parties constituantes doit être cohérent. Certes, l'équipe permanente des coordinations concentre plus de connaissances et d'expertise que les responsables des mutuelles individuelles. Mais cette équipe n'est pas une équipe de direction. Elle est plutôt un bureau exécutif qui réalise ce que les représentants des mutuelles ont décidé de faire ensemble. C'est l'assemblée générale, formée par les représentants des mutuelles, qui a le pouvoir décisionnel.

Néanmoins, dans la réalité nous constatons une certaine « aristocratisation » du mouvement. La mise en réseau et l'établissement d'une équipe technique centrale amène inévitablement une concentration des réflexions et des initiatives, ce qui se traduit par un certain affaiblissement des entités de base.

L'expérience du Sénégal ne donne pas encore de réponse concluante concernant la balance à établir entre initiative propre et assistance externe. L'autonomie, l'indépendance et la responsabilité des mutuelles doivent être préservées, mais les mutuelles et les coordinations naissantes ont besoin d'un appui externe technique et financier. Si l'appui et le contrôle de l'État sont indispensables, l'ingérence directe de l'État n'est pas souhaitable. L'assistance de bailleurs de fonds est actuellement indispensable mais manque souvent de réalisme au niveau de leurs approches, des conditions qu'ils imposent et de leurs attentes. Le défi est donc de trouver le bon équilibre entre l'obtention de l'appui nécessaire et la sauvegarde de l'autonomie.

La mise en réseau des mutuelles de santé en Guinée : L'expérience du CIDR et de l'Union des mutuelles de la Guinée forestière

Cécé Gbamou, CIDR en Guinée forestière

Le projet CIDR des mutuelles de santé en Guinée forestière

Créé en 1961, le Centre international de développement et de recherche (CIDR⁴) a pour objectif la construction et le renforcement d'institutions locales, régionales et nationales durables qui sont au service des populations et participent à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration des politiques publiques. Le CIDR est actuellement présent dans une douzaine de pays africains et intervient dans des secteurs clés du développement en Afrique : le développement local et la décentralisation, le développement d'entreprises en milieu rural et en milieu urbain, les systèmes financiers décentralisés, l'assurance maladie et la prévoyance sociale.

L'objectif du projet réalisé par le CIDR en Guinée forestière est de favoriser l'accès du plus grand nombre à des soins de santé de qualité. Cet objectif passe par la création d'un réseau de mutuelles de santé. En 1997 le CIDR a conduit des études sur la faisabilité de systèmes mutualistes d'assurance maladie, soutenus par les communautés villageoises de la région de Guinée forestière. Ces études ont conclu à l'existence d'un capital économique et social fort au sein de ces communautés, de nature à permettre le développement d'un réseau mutualiste. Le programme a été lancé en 1999.

Les premières mutuelles ont démarré en 2000. Elles ont une base sociale diversifiée. Certaines sont organisées sur une base villageoise. D'autres sont construites sur un espace inter villageois, notamment les mutuelles sous préfectorales. D'autres encore sont basées sur des organisations professionnelles préexistantes telles que l'union de planteurs et la fédération des artisans. Enfin,

⁴ <<http://www.groupecidr.org/>>

en milieu urbain, des mutuelles ont vu le jour à l'initiative d'associations à vocation sociale : des associations d'entraide et de solidarité ou des groupements de ressortissants d'autres régions du pays. Malgré cette diversité, le point de départ et la base de la construction des mutuelles est la même. Le premier niveau d'organisation et de structure de toutes les mutuelles est le « groupement mutualiste » composé de familles qui se connaissent et se font confiance.

Le programme a commencé dans six villages, avec l'organisation de plusieurs groupements mutualistes par village, chacun gérant un fonds de crédit santé à son niveau. Ensuite, les groupements ont été réunis en mutuelles villageoises gérant une assurance maladie commune. Les mutuelles ont démarré avec la prise en charge des gros risques, notamment les hospitalisations, les interventions chirurgicales et les accouchements. Le transport des assurés vers l'hôpital est également pris en charge. Moins d'un an après la création des premiers groupements, les mutuelles villageoises ont lancé divers produits d'assurance maladie selon les préférences de leurs membres. A partir de la deuxième année, le crédit santé a été proposé d'emblée aux membres des nouvelles mutuelles. Une partie des groupements n'a cependant cotisé que pour l'assurance, sans prendre l'option du crédit. Ainsi, chaque mutuelle gère ses propres risques et contribue au financement de l'union (voir infra).

Malgré cette base sociale diversifiée et l'existence de différents produits d'assurance, toutes les mutuelles du réseau sont très homogènes. Cette homogénéité s'étend au-delà de leur structure de base, fondée sur les groupements mutualistes. Ayant reçu le soutien de la même organisation d'appui, toutes les mutuelles utilisent les mêmes outils d'organisation, de fonctionnement et de gestion. Toutes répondent à la structure classique d'une organisation mutualiste, avec une assemblée générale, un conseil d'administration et un bureau exécutif. Toutes ont adopté les mêmes règles d'adhésion et de cotisation. Le circuit de prise en charge par les structures de soins est standardisé. La gestion administrative et financière est la même dans toutes les mutuelles avec les mêmes outils de gestion, le même processus budgétaire, la même gestion des réserves, etc.

La négociation avec les hôpitaux

La faiblesse de l'offre de soins, et le quasi-monopole exercé par les services publics constitue une contrainte considérable pour le développement de mutuelles de santé. Chaque préfecture dispose d'un hôpital public et la ville de N'Zérékoré compte un hôpital régional. Un des enjeux de la négociation avec les hôpitaux portait sur la disponibilité ininterrompue en médicaments et l'arrêt des facturations parallèles.

La négociation d'un mécanisme de tiers payant et les discussions sur la qualité de l'offre de soins avec les services de santé de l'État ont été des moments forts pour les mutuelles nouvellement créées. Ce sont les mutuelles qui ont négocié avec les hôpitaux les conditions de mise en place du tiers payant, considéré par les membres comme un préalable au lancement de produits d'assurance maladie. Le CIDR a joué un rôle de conseil vis-à-vis des responsables mutualistes et un rôle de médiation avec le système public de santé. Un travail de « lobbying » a été réalisé par le CIDR auprès de cadres du ministère de la Santé, de directeurs d'hôpitaux et de responsables du ministère chargé du développement des systèmes de pré paiement.

Le ministère de la Santé a apporté un soutien estimable durant la phase expérimentale. Cela a contribué à l'amélioration des relations entre les hôpitaux et les mutuelles, ce qui semble avoir été un facteur d'adhésion important dans le contexte local. Les autorités locales étaient également impliquées dans la négociation. Ceci est allé jusqu'au maire de la ville de N'Zérékoré, qui préside également le conseil d'administration de l'hôpital régional de N'Zérékoré.

Pour le démarrage, le programme pilote s'est limité à deux préfectures : celle de Youmou, choisie en raison de la position très favorable du directeur de l'hôpital préfectoral vis-à-vis des mutuelles ; et celle de N'Zérékoré, qui dispose d'un hôpital régional public et qui permet de développer le programme en milieu urbain. Depuis, des conventions ont été établies avec trois hôpitaux publics, huit centres de santé et une dizaine de postes de santé. Un comité de suivi des contrats passés avec les hôpitaux a été mis en place. Les conclusions des audits

médicaux réalisés par le médecin conseil des mutuelles sont discutées au cours des réunions du comité de suivi.

Un état des lieux après cinq ans

Un processus de mise en place progressif, une structure basée sur des groupements mutualistes, la gestion du risque à un niveau de proximité et la démarche de négociation initiée par les mutuelles sont autant de facteurs qui ont favorisé les adhésions, dans un contexte économique favorable. Les mutuelles villageoises enregistrent des taux de pénétration encourageants. Leur croissance interne est forte et les taux de renouvellement de cotisation sont satisfaisants (voir tableau 4). En 2004, 25 mutuelles regroupaient environ 2 000 familles et 14 000 assurés.

Tableau 4 : Le réseau des mutuelles de santé de la Guinée forestière de 2000 à 2005

	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005
Nombre de mutuelles	6	10	12	18	25
Groupements mutualistes	40	68	79	105	149
Familles couvertes	255	644	827	1 229	2006
Personnes couvertes	1733	4 197	5 589	8 858	14 071
% de pénétration (zone rurale)	8,5%	12,6%	14,4%		
Taux de re-cotisation		94%	82%		

La mise en place de l'union des mutuelles

L'Union des mutuelles de santé de la Guinée forestière a été constituée en 2001, avec les dix mutuelles alors en activité. Depuis sa création, l'adhésion à l'union est systématique pour toute mutuelle créée dans le cadre du projet.

L'idée de la mise en réseau des mutuelles n'est pas venue dans un deuxième temps, suite à un besoin ressenti par les mutualistes. Bien au contraire, la mise

en réseau faisait partie du concept initial, tout autant que les groupements mutualistes de base. La structure homogène des mutuelles de santé a sans aucun doute facilité la mise en réseau. C'était d'ailleurs l'une des raisons motivant l'instauration de procédures d'organisation et de gestion identiques.

Chaque mutuelle est représentée par trois personnes à l'assemblée générale de l'union. Le conseil d'administration est composé d'une personne par mutuelle. Cette construction garantit la participation de toutes les mutuelles à la vie de l'union. Le bureau exécutif est composé de six personnes. Le nombre limité des membres du bureau lui permet de faire un travail efficace.

Pourquoi faire une union ?

Les mutuelles participantes bénéficient de la mise en réseau par les économies d'échelle générées et les gains d'efficacité résultant de la conduite d'actions communes par une équipe centrale d'experts. Au-delà de ce meilleur fonctionnement interne, il y a des avantages aussi pour les relations externes : le rôle de communication vers l'extérieur est mieux rempli par un bureau central représentant un réseau de mutuelles.

Les différents arguments pour organiser une union de mutuelles de santé sont classés sous quatre points : (1) les raisons techniques, (2) les raisons d'ordre économique, (3) les raisons liées à la représentation du mouvement mutualiste, et (4) les raisons liées à l'autonomisation future des mutuelles et du réseau.

Les raisons techniques

Uniformiser les procédures de prise en charge par les prestataires

L'uniformisation des procédures de prise en charge dans les structures de soins simplifie les tâches administratives du prestataire. Cela peut contribuer à de meilleures relations entre les mutuelles et les prestataires. Ainsi, par des négociations entreprises par l'union au nom de toutes les mutuelles du réseau, il est possible d'organiser le même circuit de prise en charge des malades mutualistes, de prévoir les mêmes outils et procédures de facturation, le même

paquet de soins pour toutes les mutuelles, et éventuellement l'établissement d'une convention unique pour toutes les mutuelles.

Faciliter le suivi

Par la mise en réseau, certaines fonctions du suivi peuvent être organisées sur une base commune au lieu d'être organisées par chaque mutuelle individuellement. Ainsi l'union peut organiser un suivi commun des contrats avec les prestataires de soins, où un seul médecin conseil suit les malades et les relations avec les prestataires. Certaines tâches qui nécessitent un savoir technique, tel que le calcul des risques et des primes, peuvent être assurées par une équipe de spécialistes qui travaille au niveau de l'union. De même, certaines tâches de la gestion quotidienne des mutuelles peuvent être déléguées à une équipe qui travaille au niveau de l'union (par exemple le suivi financier des mutuelles ou le suivi des risques).

En ce qui concerne les mutuelles de la Guinée forestière, il n'est pas nécessaire d'introduire une gestion du risque au niveau de l'union car le mode de tarification forfaitaire la simplifie. Par contre la mise en réseau offre la possibilité de répondre plus facilement aux nouvelles demandes des mutualistes ou aux évolutions de l'environnement. Il peut s'agir d'une demande des mutualistes de prise en charge des soins de référence aux hôpitaux nationaux, d'une hausse du prix des prestations ou d'une modification du système tarification des soins.

Organiser l'échange

L'union des mutuelles offre évidemment un lieu privilégié d'échange d'expériences entre les mutuelles. Ces échanges sont primordiaux pour le fonctionnement des mutuelles individuelles. Des questions concernant les stratégies de développement, la collecte des cotisations, l'organisation du contrôle interne et bien d'autres peuvent être débattues pour le bénéfice de chacun.

Entreprendre des actions communes

L'union peut coordonner certaines activités utiles à toutes les mutuelles. La plus évidente est l'organisation de formations des responsables et des gestionnaires.

L'union peut aussi organiser des activités de prévention pour réduire les dépenses des mutuelles et sensiblement améliorer la qualité de vie de la population.

Il est plus facile pour l'union que pour les mutuelles individuelles d'organiser une collaboration avec des partenaires spécialisés dans des domaines tels que le VIH/SIDA ou le paludisme.

Une autre activité qui bénéficie à tout le mouvement mutualiste est celle de la promotion du modèle de mutuelle de santé dans la région cible. L'union peut mener une politique de communication en Guinée forestière, à travers des émissions radio, les journaux, des panneaux publicitaires, etc.

Les raisons économiques

Les raisons économiques pour promouvoir une mise en réseau des mutuelles sont liées aux économies d'échelle que permet un travail en commun. D'une part, il s'agit d'une utilisation plus efficace de ressources financières et humaines. D'autre part, la mise en commun de fonds, par le biais d'une cotisation annuelle de toutes les mutuelles membres, permet d'organiser et de financer des services que les mutuelles ne pourraient pas s'offrir isolément.

Pour organiser ces activités qui bénéficient à toutes les mutuelles du réseau, l'union peut constituer une équipe de spécialistes. Il peut s'agir d'un médecin conseil ou d'un agent de contact qui assure le suivi des malades et des relations avec les prestataires, d'un spécialiste dans le domaine de l'assurance maladie, ou d'autres professionnels aux compétences techniques utiles au bon fonctionnement des mutuelles de base.

Le réseau peut mettre au point des contrats de coassurance ou réassurance avec des partenaires de développement ou avec des compagnies d'assurances. A ce jour l'Union des mutuelles de santé de la Guinée forestière offre et gère un système de garantie basé sur des avances remboursables par l'assuré et non sur la réassurance. La mise en place d'un système de garantie a été discutée à partir de la deuxième année. Ses modalités de fonctionnement ont été définies par les représentants des mutuelles, qui entre temps s'étaient organisées en réseau régional de statut associatif.

Jusqu'à présent, les mutuelles de la Guinée forestière n'ont pas eu recours au système de garantie parce qu'aucune mutuelle n'a connu de déficit sur son budget d'assurance maladie. Par contre, deux mécanismes institués au niveau des mutuelles de base ont jusqu'à présent suffi pour sauvegarder leur équilibre financier, notamment la mise en place d'un système de maîtrise des dépenses et la constitution de fonds de réserve.

Premièrement, les dépenses sont maîtrisées grâce à l'application d'une tarification forfaitaire des prestations par les hôpitaux. Le système forfaitaire permet de connaître à l'avance les tarifs. Il est plus facile de faire un contrôle et s'opposer en cas de surtarification. Pour éviter les fraudes, un gestionnaire mutualiste villageois contrôle préalablement le droit à l'accès aux soins par un contrôle de la carte de membre et la délivrance d'une autorisation de prise en charge.

Deuxièmement, les mutuelles ont leurs réserves propres qui peuvent servir à renflouer la caisse des prestations au cas où les recettes s'avèreraient insuffisantes pour couvrir les besoins annuels. Ces réserves sont constituées par les primes d'adhésion et par les excédents du budget de l'assurance maladie de la première année. En effet, lors de la mise en place de la mutuelle, les montants de cotisations ont été calculés avec une marge de manœuvre large. De plus, le projet CIDR apporta un complément au budget de fonctionnement de la mutuelle. La part de la cotisation destinée au budget de l'assurance maladie fut ainsi considérablement augmentée.

A côté de cela, les dépenses en prestations pour les membres se sont avérées relativement faibles la première année. Cela n'a rien d'étonnant : les familles adhérentes n'avaient pas encore conscience de l'étendue des garanties sélectionnées, et n'ont appris que progressivement comment elles pouvaient répondre à leur besoins. Cette prudence durant la première année a permis à la mutuelle d'enregistrer des excédents qui constituent aujourd'hui son fonds de réserve.

A la différence des réserves des mutuelles individuelles, le fonds de garantie est un outil de consolidation financière au niveau du réseau. Il est alimenté par les

frais d'adhésion initiale à l'union et les cotisations annuelles des mutuelles membres. L'objectif du fonds de garantie est de mettre à disposition des mutuelles adhérentes un dispositif de refinancement en cas de difficulté dans leurs activités d'assurance maladie. Ce fonds intervient sous forme d'une avance remboursable à la mutuelle, dans les cas où elle a épuisé son budget d'assurance maladie et une grande partie de ses réserves propres avant la fin de l'année.

A l'heure actuelle, l'extension du fonds de garantie est à l'étude. On envisage une de le faire évoluer vers un système de réassurance à terme, quand les capacités du fonds de garantie seront plus significatives. Une autre option serait de créer une assurance collective au niveau de l'union pour prendre en charge les risques rares mais au coût élevé, notamment certains soins de référence vers les structures hospitalières de niveau national.

Les raisons liées à la représentation du mouvement mutualiste

La multiplication du nombre de mutuelles complique leur représentation. L'union peut apporter une solution, en s'axant sur deux objectifs : d'abord une fonction de défense des intérêts des mutuelles auprès des prestataires de soins, des instances gouvernementales, et autres acteurs du secteur santé ; et ensuite la promotion du mouvement mutualiste au niveau régional, national et international.

La défense des intérêts des mutuelles affiliées

La mise en réseau de mutuelles de santé permet un rééquilibrage du rapport de force vis-à-vis des prestataires de soins. En Guinée forestière, l'union de mutuelles a grandement facilité les premières négociations avec les hôpitaux. Dès le départ, six mutuelles se sont associées aux discussions. L'action commune a doté les mutuelles d'un certain pouvoir, et les a institué comme un partenaire crédible. Ceci s'est renforcé depuis avec le développement du réseau.

L'union est aussi un interlocuteur privilégié des autorités administratives et sanitaires aux niveaux régional, central et national. Elle les informe des activités des mutuelles à l'aide entre autres d'une base de données, et collabore à l'élaboration d'une législation pour les mutuelles de santé.

La promotion du mouvement mutualiste

Prises isolément, les mutuelles individuelles peuvent difficilement stimuler la connaissance du modèle mutualiste au niveau national. Une union de mutuelles est par contre dans une bonne position pour faire connaître l'impact des mutuelles de santé en termes d'accès aux soins et pour participer au débat national.

En Guinée, le travail d'instances de représentation comme les unions de mutuelles a grandement facilité la structuration du mouvement mutualiste sur le plan national au sein de « la concertation des acteurs mutualistes de Guinée ». La mise en réseau favorise la participation à des réunions et colloques nationaux et internationaux, tels que le forum de la Concertation. C'est un facteur important pour la reconnaissance du mouvement mutualiste guinéen.

Les raisons liées à l'autonomisation future des mutuelles et du réseau

En perspective d'un désengagement futur, il est envisagé que l'Union des mutuelles de santé de la Guinée forestière prenne le relais du CIDR dans le suivi du projet.

Les principaux enjeux pour l'avenir de l'union

L'Union des mutuelles de santé de la Guinée forestière doit gagner en légitimité face aux mutuelles et à son environnement. C'est un défi ambitieux en interne : il n'est pas évident de faire coexister des mutuelles différentes au sein d'une même union. Il y a un risque de clivage entre les petites et les grandes mutuelles. Les intérêts des mutuelles rurales et des mutuelles urbaines peuvent diverger.

Ce défi se répercute sur les relations avec les partenaires externes : la question est ici de faire accepter l'union comme un partenaire représentatif des mutuelles, et crédible dans ses relations avec les autres institutions.

Les enjeux dans la relation avec les autres acteurs de santé

La coopération des mutuelles avec les personnels de santé reste un défi. En l'absence d'une législation donnant un statut officiel aux mutuelles, on a souvent observé des comportements hostiles aux mutualistes.

Les ruptures de stocks de médicaments sont un autre problème récurrent dans les relations avec les structures sanitaires publiques. Des mesures spécifiques devraient être mise en place par le CIDR, en plus d'une action continue d'information et de conseil envers les autorités. On envisage notamment une dotation de fonds de roulement pour les médicaments.

Les prestataires de soins et les administrations sont peu à l'aise dans le dialogue direct avec les représentants de la population. L'Union des mutuelles de santé de la Guinée forestière doit pouvoir s'imposer comme interlocuteur institutionnel majeur, dans le cadre d'un rôle politique de défense des intérêts de ses membres. Ceci suppose non seulement une reconnaissance légale de l'Union, mais également l'existence d'une équipe technique compétente, ainsi que de leaders capables de construire des alliances. Ceci souligne les besoins de formation complémentaire de l'Union, avant qu'elle n'embrasse l'ensemble des activités d'appui technique du projet.

Les enjeux liés au processus de mise en place de l'union

Garantir une vision commune

L'Union des mutuelles de santé de la Guinée forestière a été créée rapidement après la mise en place des premières mutuelles. Par conséquent, seule une minorité des mutuelles actuellement membres a pris part à sa création. L'existence du réseau est un état de fait pour la plupart d'entre elles, plus que le résultat d'un consensus. Si l'on veut garder une vision commune, il est important que les objectifs et le fonctionnement de l'union soient expliqués régulièrement aux nouveaux membres. C'est une contrainte lourde, mais c'est le prix de la cohérence de l'union.

La transposition du projet CIDR vers l'union des mutuelles de santé

L'Union des mutuelles de santé de la Guinée forestière se développe dans un contexte où le CIDR continue ses activités sur le terrain. Il assume actuellement une partie importante des activités futures de l'union. Cela peut poser des problèmes de représentativité, de cohérence et d'autorité.

Premièrement, les autorités administratives et sanitaires et les directions des prestataires de soins privilégient les contacts avec les représentants du projet CIDR au détriment de l'union. Ils semblent moins à l'aise dans le dialogue avec les représentants de la population.

Deuxièmement, en apportant un appui technique sur la mise en place des nouvelles mutuelles et la formation, le projet CIDR assure l'homogénéité et la cohérence entre les mutuelles. Son statut d'initiateur et de bailleur de fonds légitime une certaine autorité sur les mutuelles et le respect des règles communes. Qu'en sera-t-il lorsque l'union devra garantir cette cohérence du réseau? Il faudra que les valeurs communes, maintenant acceptées sans trop de discussions, soient réellement partagées, intégrées et appropriées par toutes les mutuelles membres.

Les enjeux pour l'organisation et le fonctionnement de l'union

Le mode de représentation à l'assemblée générale et au conseil d'administration de l'union peut poser des problèmes d'efficacité, de fonctionnalité et de coût. L'assemblée générale de l'union est actuellement composée de trois personnes par mutuelle, et le conseil d'administration d'une personne par mutuelle. Au plus l'union croît, au plus ce mode de représentation peut poser problème. Comment prendre des décisions avec plus de 100 personnes représentant plusieurs dizaines de mutuelles différentes? Comment travailler dans un conseil d'administration de 30 ou 40 personnes?

La composition du bureau exécutif de l'union peut également poser problème. Le bureau exécutif est composé de six personnes, et les anciennes mutuelles estiment que leur position de pionniers leur donne un droit naturel de leader. De même, les grandes mutuelles pourraient estimer que leur poids dans le mouvement justifie l'attribution d'une part du pouvoir.

Par ailleurs, le mode de financement de l'Union des mutuelles de santé de la Guinée forestière peut être source de discordes. La mutualisation des moyens repose sur une base de contribution solidaire. Les grandes mutuelles contribuent relativement plus que les mutuelles de taille réduite pour des services qui servent à tout le monde. Comment garantir cette solidarité dans la durée?

Finalement, reste le problème du financement de l'union. Dans la perspective du retrait du CIDR, l'union devra assumer les fonctions aujourd'hui assurées par le projet. Pour ce faire, elle devra disposer d'un budget adéquat qui devrait en principe provenir des contributions des mutuelles membres. Pour garantir un financement suffisant, il faudra que le nombre d'adhérents aux mutuelles augmente considérablement.

La plateforme des opérateurs d'appui aux mutuelles de santé en Guinée

Alhassane Barry, « point focal » de la Concertation en Guinée

L'essor d'un mouvement de collaboration et d'échange

Ces dernières années ont vu un développement rapide des systèmes de micro assurance santé en Guinée. Deux inventaires réalisés avec l'appui de la « Concertation »⁵ ont permis d'identifier 27 initiatives en 2000 et 114 en 2003. De nombreux partenaires apportent un appui technique et financier au développement de ces systèmes de micro assurance santé. Parmi les organisations internationales qui ont une représentation en Guinée, il y a :

- l'Agence adventiste de développement et de secours (ADRA Guinée) soutenue par USAID ;
- le Bureau international du travail (BIT) à travers son programme Stratégies et techniques contre l'exclusion (STEP) ;
- le Centre international de développement et de recherche (CIDR) ;
- la Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique ;
- la GTZ à travers son programme PSS/GTZ (Population Services International/Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) ;
- l'association Nantes-Guinée, une organisation française associée au Réseau d'appui aux mutuelles de santé (Ramus), un réseau d'opérateurs français qui oeuvrent pour la mise en place de mutuelles de santé en Afrique ;
- PRISM Guinée: le projet Pour renforcer les interventions en santé maternelle et MST/SIDA, soutenu par Management Science for Health (MSH) et l'Agence américaine pour le développement (USAID) ; et
- Save the Children USA.

⁵ La Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique, voir plus haut.

En plus de ces organisations internationales, des organisations nationales donnent un appui aux systèmes de micro assurance santé. L'organisation DynaM, sigle pour 'dynamique mutualiste', est une ONG guinéenne créée en mars 2000 qui a pour objectif d'appuyer les systèmes de micro assurance santé. Depuis 2002, l'organisation a créé un partenariat avec l'organisation belge l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC). D'autres structures nationales telles que l'Association guinéenne pour le bien-être familial (AGBEF) et l'Association pour la promotion des mutuelles de santé en Guinée (APMG) exercent des activités d'appui au développement des systèmes de micro assurance santé. Ces structures nationales ne disposent pas de budgets propres. Elles interviennent essentiellement grâce à l'appui financier d'organisations internationales telles que le BIT ou USAID.

La nécessité d'une coordination au niveau national

L'expansion rapide de la micro assurance santé en Guinée n'a pas été soutenue par une coordination nationale émanant du gouvernement. Ce sont les organisations d'appui, répertoriées plus haut, qui ont progressivement ressenti la nécessité d'organiser une concertation entre les acteurs et promoteurs des mutuelles de santé en Guinée.

Les activités organisées par la Concertation offraient des occasions de rencontre au niveau international entre les structures d'appui opérant en Guinée. Mais au niveau national, la collaboration se faisait plutôt de manière anecdotique et bilatérale. Le manque de coordination entre les structures d'appui a parfois engendré des complications sur le terrain. Ainsi, des structures d'appui différentes ont simultanément appuyé la même mutuelle de santé sans le savoir. Ou encore des structures appuyaient le développement de mutuelles de santé différentes dans une même sous-préfecture (alors qu'une sous-préfecture compte un maximum de 20 000 habitants). Ces situations ont renforcé la volonté des représentants des structures d'appui de créer un cadre d'échange et de partage.

La Guinée ne dispose pas encore d'un cadre législatif pour les mutuelles de santé. Ceci explique en partie l'absence d'encadrement national des mutuelles.

La question de la tutelle des mutuelles de santé se pose toujours : les options se partagent entre ministère de la Santé publique, ministère des Affaires sociales ou ministère de l'Administration du territoire. L'absence d'un cadre juridique n'a pas créé de problèmes importants à ce jour. Mais vu le développement rapide de nouvelles initiatives à travers le pays, le vide juridique et la confusion des responsabilités pourraient représenter un risque à l'avenir.

Le démarrage du processus de concertation nationale

Le processus de coopération entre les structures d'appui en Guinée a démarré suite au forum de la « Concertation » organisé à Dakar en septembre 2002. Certaines activités de la Concertation demandaient un relais exécutif dans chaque pays membre, notamment la restitution des actes du forum, la création d'un cadre national de concertation pour les mutuelles de santé et la préparation de l'inventaire des mutuelles, prévu pour l'année 2003. Au départ, ces activités ont été prises en charge par les structures promotrices de la Concertation qui étaient actives en Guinée, sous l'égide du point focal de la Concertation pour la Guinée. Elles ont ensuite été réalisées avec la collaboration de toutes les structures d'appui concernées.

Lors des réunions préparatoires, les représentants des structures d'appui ont identifié certaines conditions préalables à la création d'une concertation entre les mutuelles de santé au niveau national.

Elles étaient inspirées des constats suivants :

Premièrement, la majorité des mutuelles de santé sont très jeunes. A ce stade, elles auront plus à tirer d'un échange entre mutuelles locales ou régionales que d'un débat au niveau national.

Deuxièmement, les mutuelles existantes n'ont que peu de contacts entre elles. Au moment de ces réunions, il n'existait qu'une union de mutuelles de santé (l'union des mutuelles de santé de la Guinée forestière).

Enfin, les structures soutenant ces initiatives ne se connaissent pas suffisamment et ne sont pas bien au courant de leurs activités respectives.

Partant de ces constats, stimuler l'échange entre certains groupes d'acteurs semblait être un préalable important à la création d'une concertation au niveau national. Les structures d'appui apparaissaient comme les mieux placées pour faciliter ces échanges. Les représentants des structures ont choisi d'organiser le dialogue à trois niveaux : (1) échange entre les mutuelles de santé au niveau régional, à travers par exemple l'organisation d'unions régionales ; (2) organisation de rencontres périodiques entre les représentants d'un nombre limité de mutuelles de santé, et discussions autour de thèmes centraux pour les mutualistes participants ; (3) concertation entre les représentants des structures d'appui en vue de la définition d'objectifs et d'activités partagés par tous.

Grâce à ces travaux de préparation du cadre national de concertation, les représentants des structures d'appui ont réalisé l'importance de rencontres régulières. Celles-ci sont l'occasion de partage d'informations, d'expériences, d'échange sur les difficultés rencontrées sur le terrain, avec à l'horizon une meilleure coordination de l'appui aux systèmes de micro assurance santé au niveau national.

La création de la plateforme des opérateurs d'appui aux mutuelles de santé en Guinée

Sous l'égide du point focal de la Concertation pour la Guinée, les structures promotrices de la Concertation présentes en Guinée ont décidé d'organiser une table ronde à Conakry du 6 au 8 avril 2004. L'objectif était de permettre aux structures d'appui de se connaître davantage et de créer un cadre d'échange qui a été dénommé « plateforme des opérateurs d'appui aux mutuelles de santé en Guinée ». A ce jour, la plateforme réunit les représentants des organisations suivantes : le CIDR, DynaM, l'association Nantes-Guinée, PRISM Guinée, le PSS/GTZ et Save the Children. La plateforme a sensiblement contribué à la concertation et à la coopération entre structures d'appui. Désormais, les personnes travaillant dans les structures d'appui prennent l'habitude de se contacter avant d'entreprendre certaines activités nouvelles. Ceci s'est manifesté entre autres dans la préparation des plans d'actions opérationnels de 2005, où

les structures d'appui se sont rencontrées pour éviter d'intervenir sur les mêmes sites.

Les activités réalisées par la plateforme des opérateurs d'appui

L'influence positive de la plateforme ne s'est pas seulement manifestée sur l'échange et le dialogue entre structures d'appui. Elle a également été à la base d'importantes activités communes entre structures d'appui.

A travers la plateforme, une série de rencontres a été organisée pour préparer la participation de la Guinée au forum 2004 de la Concertation à Bamako. Ces rencontres ont notamment servi à préparer les présentations des participants guinéens au Forum. On a ainsi évité que deux organisations guinéennes travaillent sur le même thème. Ces rencontres furent également l'occasion de s'accorder sur l'affectation de la subvention accordée par la Concertation, pour la participation au forum de Bamako. Une importante délégation guinéenne a ainsi pu participer au forum. La décision de loger tous les délégués guinéens dans le même hôtel a multiplié les opportunités d'échange.

La plateforme offre aujourd'hui un cadre de travail pour l'élaboration d'un document référentiel des mutuelles de santé en Guinée. Ceci fait partie du processus d'élaboration du cadre législatif pour les mutuelles de santé. Le document référentiel des mutuelles de santé vise à répondre à un besoin d'information sur les modalités de mise en place, de gestion administrative et financière, et de suivi/évaluation des mutuelles de santé en Guinée. Il est destiné aux différents acteurs de développement des mutuelles : promoteurs, structures d'appui, responsables des mutuelles de santé, mutualistes, etc. Il tient compte des particularités des mutuelles de santé, et plaide pour l'adaptation des modalités de gestion à leurs réalités propres.

Le travail d'élaboration du document a été reparti entre les membres de la plateforme. La partie introductive a été confiée au ministère de la Santé publique. La partie sur le processus de mise en place des mutuelles de santé a été confiée à l'organisation DynaM et au ministère des Affaires sociales. La partie sur la gestion administrative et financière est aux mains des organisations

GTZ et Nantes-Guinée. Les organisations Prism Guinée et CIDR s'occupent de la partie sur le suivi et l'évaluation des mutuelles de santé.

La plateforme réunit les experts des différentes structures d'appui. Elle est donc particulièrement bien placée pour assister le gouvernement et lui donner l'appui technique nécessaire dans l'élaboration d'un cadre législatif pour les mutuelles de santé. Le ministère de la Santé publique a commencé à travailler sur ce cadre législatif en juillet 2004, avec l'appui financier du programme PSS/GTZ. Un consultant international, le Dr Ouattara de l'UTM du Mali, a été sollicité pour accompagner ce processus. Le projet de loi est aujourd'hui écrit et mis à la disposition du ministère de la Santé publique. La plateforme a fortement contribué à ce travail. L'avant projet de loi a été discuté au niveau de la plateforme. Chaque structure membre de la plateforme s'est chargée de recueillir les observations des mutualistes qu'elle accompagne. Ces observations ont été communiquées au consultant pour qu'il en tienne compte dans l'élaboration du projet de loi. Les membres de la plateforme et le consultant ont tenu une journée de travail pour formuler des amendements au projet de loi. Le point focal de la Concertation pour la Guinée (qui est en même temps le point focal de la plateforme) assure le relais entre le ministère de la Santé publique, les autres ministères, le consultant et les membres de la plateforme.

La plateforme est aussi le forum où les mutuelles de santé peuvent discuter des problèmes qui dépassent leur sphère d'influence. Il s'agit notamment du manque de personnel dans certaines structures de soins ou des ruptures de stocks des médicaments. Tous deux impactent négativement sur le fonctionnement et l'attrait des mutuelles de santé, mais sont invulnérables à l'action des mutuelles individuelles. Ce type de problèmes nécessite une discussion avec les responsables des niveaux supérieurs du ministère de Santé. Concernant les ruptures de stocks, la plateforme a rencontré les responsables du service chargé de l'approvisionnement en médicaments essentiels, et le conseiller de l'Union Européenne à la pharmacie centrale de la Guinée. Ils ont exploré des pistes de solutions, qui ont été ensuite partagées avec les mutualistes. Des rencontres ont également eu lieu avec des ONGs nationales travaillant dans le domaine de la santé, qui ont partagé leur expérience en matière de gestion de médicaments essentiels. Certaines structures d'appui

membres de la plateforme envisagent de collaborer avec ces ONGs, dans le cadre de l'appui aux mutuelles de santé.

Conclusion

Cet exposé ne portait pas sur la mise en réseau de mutuelles de santé, mais sur la mise en réseau de leurs structures d'appui dans le contexte guinéen. Il apporte toutefois des leçons au niveau des motifs qui ont mené à la création de la plateforme, de la réflexion qui était à la base du processus et de sa mise en place. On voit comment ceux-ci ont contribué à des résultats encourageants en termes d'échange, de création de connaissances et d'activités communes. C'est donc une illustration concrète du potentiel d'un réseau à renforcer la réalisation des objectifs des mutuelles de santé.

Troisième partie :

LES ENSEIGNEMENTS DU COLLOQUE

La création d'un réseau de mutuelles de santé pour améliorer l'accès aux soins de santé de référence : synthèse

Maria-Pia Waelkens, Werner Soors et Bart Criel, Institut de médecine tropicale d'Anvers

Un accès problématique aux soins de référence

La fréquentation des hôpitaux reste faible en Afrique de l'Ouest. On peut y voir plusieurs raisons : faible pouvoir d'achat des patients ; incertitude des utilisateurs quant à la tarification des soins ; doutes des malades quant à l'efficacité des traitements offerts ; perception d'une qualité des soins insuffisante (en termes de disponibilité de médicaments mais aussi en termes d'accueil et de relation soignants-patients).

Le point de vue des mutuelles de santé

Pour les mutuelles de santé de la ville de Nouakchott, qui concentre la majorité des mutuelles mauritaniennes, les principaux problèmes à résoudre pour couvrir les soins hospitaliers sont les suivants : (1) difficulté à prévoir les coûts des soins hospitaliers ; (2) problèmes au niveau de la qualité des soins, entre autres en ce qui concerne la disponibilité de médicaments ; et (3) pouvoir d'achat limité des mutualistes. Les mutuelles de la Guinée, du Mali et du Sénégal sont confrontées aux mêmes problèmes.

1. Prévoir le coût des soins hospitaliers

Pour estimer les dépenses de la mutuelle de santé, il faut que les prix des soins hospitaliers soient prévisibles. Cela demande une certaine standardisation des traitements et des tarifications. Cependant, de nombreux hôpitaux ont un système de tarification peu structuré, qui se limite par exemple au prix de la journée d'hospitalisation. A ce prix s'ajoutent souvent des frais de médicaments, de matériel, de soins et d'honoraires. Le coût total est très difficilement prévisible, et constitue une source d'incertitude pour les patients.

Dans les hôpitaux de Nouakchott, les données disponibles ne permettent pas d'évaluer le coût des soins, et il n'y a que peu d'efforts pour mettre en place une tarification structurée et transparente. Les mutuelles ont donc opté pour un forfait d'hospitalisation basé sur la capacité contributive des membres. Cependant, celui-ci s'avère en général tout à fait insuffisant.

2. La disponibilité des médicaments

La mutuelle de santé doit pouvoir garantir à ses membres des soins de santé d'un niveau de qualité acceptable. Or, la disponibilité des médicaments est un des éléments les plus importants de la qualité des soins. Mais les ruptures de stock sont fréquentes, même pour des molécules d'utilisation courante.

3. Le pouvoir d'achat limité des mutualistes

Il ne suffit pas que les prix des soins hospitaliers soient prévisibles, ils doivent également être abordables. Ceci suppose que le personnel hospitalier accepte et respecte un contrôle des coûts négocié avec la mutuelle. Il est cependant rare que les hôpitaux utilisent des protocoles standardisés basés sur une étude coût-efficacité des traitements. De même, les médecins hospitaliers n'ont pas encore intégré l'habitude de prescrire des médicaments génériques, même s'ils sont disponibles.

Reste le problème des indigents, pour qui même des prix négociés favorables sont hors de portée. Il existe en Mauritanie un système public généreux pour la prise en charge des soins de santé des indigents. Dans la pratique, ce ne sont cependant pas les indigents qui en bénéficient. De leur côté, les mutuelles de santé en Mauritanie n'ont pas les capacités financière et organisationnelle pour résoudre le problème de la prise en charge des indigents.

Le point de vue hospitalier

Un hôpital est une institution régie par trois types de logiques potentiellement conflictuelles : une logique *économique* (générer des recettes pour pouvoir couvrir des dépenses), une logique *technique* (produire des soins de qualité) et une

logique *sociale* (être au service d'une communauté). Il faut trouver un optimum entre ces trois logiques.

Aujourd'hui, les gestionnaires hospitaliers constatent que les mutuelles de santé n'apportent qu'une faible contribution au financement global des hôpitaux. Les mutuelles de santé, et l'assurance santé en général restent relativement marginales. Il est donc difficile pour les gestionnaires d'hôpitaux d'apprécier les avantages qu'une collaboration avec les mutuelles de santé pourrait apporter à l'hôpital, et ce tant en termes économiques, que techniques ou sociaux.

A l'heure actuelle, la majorité des mutuelles de santé en Afrique n'intervient que pour les soins de première ligne. Il y a toutefois des mutuelles de santé qui couvrent les soins de référence. Ceci va généralement de pair avec une bonne entente entre hôpital et mutuelle de santé, soit parce que l'hôpital est également l'initiateur du système d'assurance (comme dans certains hôpitaux en RDCongo, au Ghana, en Uganda ou au Kenya), soit parce que la mutuelle a rencontré un gestionnaire hospitalier sensible aux questions d'accessibilité de la population pauvre (comme c'est le cas dans la région de Thiès au Sénégal ou de l'hôpital Cheikh Zayed de Nouakchott en Mauritanie). Les gestionnaires de ces hôpitaux sont favorables à l'expansion des systèmes d'assurance, en raison de leur potentiel à réduire le nombre de factures impayées.

La nécessité d'un dialogue productif entre mutuelles de santé et hôpitaux

Nous avons répertorié une multitude d'obstacles à l'accès aux soins hospitaliers. Ils illustrent, au-delà de la seule dimension financière, les contraintes liées à l'organisation et au fonctionnement des services hospitaliers. Pour les dépasser, il faut une meilleure communication entre prestataires et utilisateurs des soins, et plus de transparence dans la tarification, la gestion et les systèmes d'information.

Le dialogue difficile entre la mutuelle et hôpital s'explique en partie par une asymétrie d'information, voir une méconnaissance de l'autre. Les utilisateurs ne connaissent pas les coûts réels des soins hospitaliers. Ce qu'ils peuvent payer

individuellement est bien en-deçà des prix réels. Les soins que les mutualistes espèrent ont souvent un coût bien plus élevé que le prix qu'ils acceptent de mettre collectivement. Ce manque d'information est cause d'une grande méfiance envers l'hôpital en tant qu'institution, et envers les prestataires hospitaliers. Cette situation ne favorise pas le dialogue et la confiance.

De leur part, il est fréquent que le personnel hospitalier méconnaisse la faible capacité financière des malades. Ils estiment que les malades ou leurs familles n'ont qu'à trouver l'argent nécessaire. Ils y arrivent d'ailleurs souvent, mais au prix de conséquences financières désastreuses pour la famille entière, dont le personnel hospitalier n'est pas conscient. En conséquence, l'hôpital ne fait que peu d'efforts pour maîtriser les dépenses et le coût des soins pour les malades. Difficile dans ces conditions d'arriver à une tarification standardisée et abordable, permettant un traitement efficace au moindre prix.

Finalement, le personnel hospitalier semble peu informé des concepts d'assurance santé et de mutuelle de santé. Il ne distingue pas non plus les avantages que l'assurance peut signifier non seulement pour les malades mais aussi pour les prestataires et les institutions hospitalières.

L'idée d'une coopération entre mutuelles de santé à Nouakchott est née précisément de cette difficulté de négociation avec les hôpitaux. Une mutuelle de santé à elle seule n'est souvent pas un interlocuteur crédible pour un hôpital. Une union de mutuelles pourrait-elle avoir plus de poids dans le dialogue et la négociation avec les hôpitaux ?

Les expériences de mise en réseau de mutuelles de santé

Les activités du réseau dépendent fortement du contexte dans lequel se développent les mutuelles de santé. La comparaison de leurs expériences est néanmoins utile à la réflexion concernant la stratégie future de chaque réseau. Pour permettre une vision de synthèse, les activités des réseaux revus lors de ce colloque ont été classées en cinq orientations. Le réseau est successivement analysé comme un moyen :

1. de contribuer au savoir-faire de mutuelles individuelles par l'échange de connaissances et d'expériences ;
2. de promotion d'un mouvement social qui prend ses sources dans les valeurs de solidarité et de démocratie;
3. de soutien et d'appui à l'entreprise mutuelliste ;
4. de plaidoyer de la cause mutuelliste au niveau de la politique nationale et des acteurs du système de santé ;
5. d'un recours efficace et utile aux partenaires techniques et financiers.

A ces différentes fonctions peuvent correspondre différentes formes de mise en réseau.

Une fonction d'échange, d'information et de formation

La création d'une *plateforme* semble être un moyen adéquat de favoriser l'échange d'expériences et de connaissances entre les mutuelles d'un réseau.

A titre d'exemple, la Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique (dite la « Concertation ») est une plateforme qui organise des forums internationaux d'échange et des ateliers thématiques. La « Concertation » regroupe plus de 150 organisations, un ensemble d'acteurs provenant de onze pays d'Afrique francophone et d'organisations internationales, tous engagés dans le développement des mutuelles de santé en Afrique.

Ce type d'échange peut également être stimulé au niveau national ou local. Il peut s'ouvrir à tout acteur impliqué dans le mouvement mutualiste et tout partenaire du développement socio-sanitaire. C'est d'ailleurs la « Concertation » qui a donné le coup d'envoi à l'organisation de forums de concertation nationaux dans les pays membres.

La « plateforme des opérateurs d'appui aux mutuelles de santé en Guinée », créée en 2004, rassemble les représentants des principales structures d'appui aux systèmes de micro-assurance santé au niveau national. Cette plateforme a contribué de façon significative à la concertation et à la coopération entre les structures d'appui actives en Guinée.

Une fonction financière/actuarielle

Une mise en réseau permet d'élargir la base de contributions, d'étendre le risque sur un plus grand nombre de membres pour ainsi renforcer et consolider la situation financière des mutuelles individuelles. Ceci peut aider les mutuelles de santé à mieux gérer l'accès à des soins hospitaliers plus chers.

Créer une *fédération* ou *union* de mutuelles de santé permet de remplir adéquatement cette fonction. Une telle structure a été créée au Rwanda. Les mutuelles villageoises assurent l'accès aux soins de santé de première ligne et sont organisées autour du centre de santé local. Ces mutuelles villageoises forment ensuite une fédération au niveau du district sanitaire. Chaque mutuelle verse un pourcentage de ses revenus à la fédération, qui assure l'accès aux soins prodigués au niveau de l'hôpital de district.

L'Union des mutuelles de santé de la Guinée forestière remplit des fonctions semblables. Elle étudie en plus la possibilité d'établir de façon conjointe des contrats de coassurance ou de réassurance avec des partenaires de développement et avec des compagnies d'assurances.

Une fonction d'appui aux mutuelles

Un réseau remplit également une fonction d'appui à la gestion des mutuelles de santé. La gestion bénévole reste une des caractéristiques importantes des mutuelles de santé en l'Afrique de l'Ouest. La raison tient simplement aux faibles ressources des mutuelles, qui ne leur permettent pas de solliciter les services d'un gestionnaire professionnel. Nous avons identifié deux approches pour tenter d'organiser cet appui professionnel.

La première option est de mettre à disposition des mutuelles des *organisations d'appui*, offrant des services professionnels, sous financement externe. Les mutuelles de santé peuvent alors faire appel à un professionnel de la santé pour, à titre d'exemple, faciliter les négociations avec les prestataires.

L'Union Technique de la Mutualité au Mali a réussi à constituer une équipe performante de gestionnaires professionnels, grâce entre autres à un appui financier conséquent. L'équipe du Centre International de Développement et

de Recherche (CIDR) offre un service semblable aux mutuelles de la Guinée forestière. Dans les deux cas, le financement externe est temporaire. L'expansion du nombre de mutuelles et du nombre de mutualistes doit à terme permettre aux mutuelles de prendre en charge les coûts de gestion.

La deuxième option est celle adoptée par la Coordination régionale de Thiès au Sénégal. Le défi des mutuelles de Thiès est d'organiser une gestion professionnelle à travers une plus grande collaboration, sans pour autant perdre leur identité et indépendance. La Coordination des mutuelles de santé de Thiès a opté pour une autonomie par rapport aux financements externes. Elle est par contre limitée dans ses activités par le faible volume de ressources financières que les mutuelles membres peuvent verser.

Une fonction politique : la représentation et le plaidoyer

Une fonction importante d'une mise en réseau est la représentation des mutuelles de santé et des mutualistes auprès du gouvernement, des prestataires de soins et des partenaires au développement. Il est évident qu'un réseau de mutuelles a plus de poids auprès de ces acteurs que des mutuelles individuelles.

Ce rôle politique est progressivement intégré dans les différentes structures de mise en réseau. Union des mutuelles de santé de la Guinée forestière, Plateforme des opérateurs d'appui aux mutuelles de santé en Guinée, Union technique de la mutualité du Mali, Coordination régionale de Thiès, Union des mutuelles de santé de Dakar, toutes ont pour objectif la représentation des mutuelles, le lobbying et le plaidoyer, et toutes commencent à être sollicitées par les acteurs du niveau national pour participer à la définition de politiques nationales d'accès aux soins de santé.

Un réseau de mutuelles pour améliorer l'accès aux soins hospitaliers ?

La mise en réseau des mutuelles de santé présente une opportunité pour améliorer l'accès aux soins de référence pour les membres des mutuelles. Plusieurs initiatives ont été décrites lors de ce colloque. Elles passent souvent par le développement d'un espace de dialogue et d'une négociation entre d'une part gestionnaires et personnels hospitaliers, et d'autre part mutualistes.

Le cas du Sénégal illustre l'importance de l'établissement de conventions entre hôpital et mutuelle. Afin d'éviter les conditions particulières pour chaque mutuelle, difficilement gérables pour l'hôpital, les mutuelles de la région de Thiès se sont entendues sur l'établissement d'une convention commune, un paquet de soins commun et des outils de gestion communs. En fait, c'est la négociation avec l'hôpital qui fut à la base de la création du réseau des mutuelles de santé. Les mutuelles ont réussi à obtenir des tarifs préférentiels pour les membres : du point de vue de l'hôpital, le risque de non paiement de la facture de soins est en effet plus grand pour les malades non mutualistes que pour les membres des mutuelles.

Les mutuelles Guinéennes ont élaboré une série de mesures pratiques qui favorisent l'accès aux soins de référence, et la compréhension entre mutualistes et prestataires de soins. Parmi ces réalisations, nous citons :

- la constitution d'un stock tampon pour éviter la rupture des médicaments ;
- la régularisation rapide des factures ;
- la création de canaux de communication entre la direction de l'hôpital et les prestataires hospitaliers, et entre les responsables mutualistes et la direction de l'hôpital ;
- l'implication des prestataires de soins dans le processus de mise en place des mutuelles.

Au Mali, la mise en réseau a conduit à la présence systématique de représentants des mutuelles de santé dans les conseils d'administration des hôpitaux. On retrouve également la participation des mutualistes au conseil d'administration des hôpitaux au Sénégal et en Guinée.

Dans les trois pays, la mise en réseau des mutuelles de santé renforce la visibilité des mutuelles individuelles. Cette reconnaissance contribue à son tour à renforcer la position des mutuelles dans la négociation avec les hôpitaux.

Notons aussi en Mauritanie quelques expériences isolées mais prometteuses. Au lieu d'établir une convention portant sur l'intégralité des soins hospitaliers, la mutuelle de santé peut commencer par l'inclusion plus sélective de quelques

types de soins. A Nouakchott, la mutuelle de Dar Naïm a commencé par des accords avec un ou deux médecins de l'hôpital Cheikh Zayed convaincus des avantages d'une assurance santé et favorables à une démarche de contractualisation. Le cas du forfait obstétrical représente une autre initiative mauritanienne. Dans ce modèle, les femmes enceintes payent au début de la grossesse une somme forfaitaire couvrant tous les soins liés à la grossesse et l'accouchement.

Conclusions

La mise en réseau de mutuelles de santé est une stratégie pertinente pour la Mauritanie, même si la dynamique mutualiste n'en est qu'à ses débuts. Mais la mise en réseau de mutuelles demande un appui spécifique. L'État a un rôle à jouer dans l'accompagnement du mouvement mutualiste en général, et dans la mise en réseau de mutuelles de santé en particulier.

Il y a lieu de mieux conceptualiser les modalités de mise en réseau de mutuelles de santé, de décrire les avantages et les limites des différentes formes de mise en réseau, et d'étudier quel modèle de mise en réseau est le plus approprié dans un contexte donné.

Un effort de recherche s'impose : d'une part, à partir de données empiriques, tenter de mieux comprendre les différentes formes de regroupement des mutuelles de santé ; d'autre part, par des projets de recherche action, accompagner la mise en place et documenter les résultats d'initiatives de mise en réseau. Les connaissances générées pourront nous aider à mieux planifier et gérer le « passage à échelle » des mutuelles de santé africaines.

Postscriptum : Les évolutions en Mauritanie depuis le colloque

Les acteurs mauritaniens impliqués dans le développement des mutuelles de santé se sont regroupés depuis ce colloque de décembre 2004. Ils ont constitué un groupe chargé de préparer les orientations stratégiques et le plan d'action d'un futur « cadre de concertation ».

Trois orientations se dégagent. D'abord la promotion des mutuelles de santé par le plaidoyer et l'amélioration de l'accès aux soins dispensés par l'hôpital. En second lieu, le renforcement des capacités de gestion des responsables de mutuelles par les échanges d'expérience et la formation. Enfin, le développement d'activités de recherche par la constitution de bases de données, par des études thématiques et par l'évaluation des actions en cours. Avec le soutien de la « Concertation », un atelier de consensus présidé par le Directeur des Affaires sociales du ministère de la Santé et des affaires sociales a validé les propositions avancées. L'étape suivante consiste en la mise en place d'un comité de pilotage pour le cadre de concertation.

Le développement des capacités de gestion des mutuelles existantes et le soutien aux mutuelles émergentes devraient permettre au mouvement mutuelliste d'atteindre la taille critique permettant son envol. Nous espérons que le soutien de principe de l'État servira d'appui à la négociation de conventions avec les hôpitaux. L'étape suivante serait idéalement une validation du mouvement dans le cadre juridique, qui accroîtrait la crédibilité des initiatives et inciterait les promoteurs à les soutenir.



Annexe : Les participants au colloque

PAYS D'ORIGINE	NOM DU PARTICIPANT	INSTITUTION
Belgique		
	Bart Criel	Institut de médecine Tropicale (IMT), Anvers
	Mathieu Noirhomme	Institut de médecine Tropicale (IMT), Anvers
	Werner Soors	Institut de médecine Tropicale (IMT), Anvers
	Maria Pia Waelkens	Institut de médecine Tropicale (IMT), Anvers
Guinée		
	Aïssatou Noumou Barry	Dynamic Mutualiste (DynaM), Conakry
	Alhassane Barry	Coopération bilatérale Allemande (GTZ), Mamou
	Dr Robert Camara	Ministère de la santé publique (MSP), Conakry
	Théodore Cécé Gbamou	Union des mutuelles de santé de la Guinée forestière, Haute Guinée
	Marcel Simbiano	Coopération bilatérale Allemande (GTZ), Mamou
	Sekou Ditina Cissé	Dynamic Mutualiste (Dynam), Conakry
	Abdoulaye Sow	Fraternité Médicale Guinée (FMG), Conakry
	Mohamed Sidatty Keita	Ministère de la santé publique (MSP), Conakry
	Sandouno Sah Dimio	Ministère de la santé publique (MSP), Conakry
	Oumar Diallo	Direction nationale des établissements hospitaliers et de soins

Mali		
	Dr Oumar Ouattara	Union Technique de la Mutualité (UTM), Bamako
Mauritanie		
	Dr Mohamed Ould Sidatt	UNICEF
	Dr Med Ould Wedady	Médecin chef du département de Dar Naïm Nouakchott
	Aboubekrine Fall	Ministère de la Santé et des affaires sociales (MSAS/DAS), Nouakchott
	Teghre ould Kbeinich	Gestionnaire de l'Hôpital Cheikh Zayed, Nouakchott
	Teghre ah ould Kbeinich	Hopital TZ
	Lam Thierno	Caritas Mauritanie
	Sophy Fall	Président de la mutuelle de santé de Dar Naïm, Mauritanie
	Cherif O/ Brahim	Groupe de Recherche et d'Etudes Technologiques GRET Nouakchott
	Cyril Renault	Conseiller Microfinance GRET Nouakchott
	Sidi Med O/ Hmeida	Coordinateur des projets ruraux de Caritas Mauritanie, Nouakchott
	Talhata O/ Hemet	Président de la mutuelle de santé d'El Mina, Nouakchott
	Renaudin Philippe	Coopération Française, Nouakchott
	Dr Abdatt Ould Abou	Directeur Régional à l'Action Sanitaire et Sociale de la Wilaya de Nouakchott
	Sœur Lenita Manuel	Caritas Mauritanie, Nouakchott

	Maoulouda M/ Merzoug	Présidente de la mutuelle de santé de Sebkhia, Nouakchott
	Amadou Oury Bendékouré B Guinéen	Mutuelle de santé
	Fatimata Oumar Diop	Projet Santé Dar Naïm (PSDN)
	Fatimata Kane	Projet Santé Dar Naïm (PSDN)
	Fatimettou M/ Moulaye	PNSR (Programme national de santé de la reproduction ?)
	Ahmedou Hamakhattar	ONG : Assaba Espoir (promoteur de mutuelle de santé de Kankossa)
	N'Diaye Amadou	Naître & Grandir Mauritanie
	Samoury Ould Beye	Confédération Libre des Travailleurs de Mauritanie
	Bout Chiez	
	Dr Mohamed Idoumou Mohamed Vall	Ministère de la Santé et des affaires sociales
	Ba Abdoulaye Samba	Caritas Mauritanie ; Projet santé de Dar-Naïm (PSDN)
	Yacouba Tandia	UNICEF
	Roughaya Habott	Ministère de la Santé et des affaires sociales
	Kelly Amy Sakho	Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
	Moulaye El Hacem	Association des Parents d'Elèves Nouakchott (dénomination complète)
	Dede Ould Sambou O/ Blal	ONG Groupe de Recherche pour le Développement Rural (dénomination complète)

SENEGAL		
	Pascal Ndiaye	La Concertation, Dakar
	Cheikh Vilane	Union des mutuelles de santé de Dakar (UMSD)
	André Demba Wade	Coordination régionale des mutuelles de santé de Thiès (CRMST)
	Aly Cissé	Stratégies et techniques de lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté (STEP Afrique), Dakar
	Amy Diallo	Secrétaire générale de la mutuelle de santé de Dar Naïm, Nouakchott

Table des matières

Avant Propos	3
Remerciements	5
Résumé	7
Introduction : contenu et structure du livre	9
Première partie :	19
LES MUTUELLES DE SANTE ET L'ACCES A L'HOPITAL	19
Les mutuelles de santé et l'accès à l'hôpital : Perspective de la mutuelle de santé de Dar-Naïm.....	21
Introduction	21
Les obstacles à l'accès aux soins de référence	24
Les réalisations de la mutuelle de Dar-Naïm.....	30
Suggestions pour l'avenir	33
Les mutuelles de santé et l'accès à l'hôpital : Le cas de la Guinée	35
Le contexte	35
Les difficultés rencontrées pour couvrir les soins de référence	36
Les stratégies développées par DynaM	38
Conclusions.....	40

Les mutuelles de santé et l'accès aux soins à l'hôpital : Le cas du Sénégal....	41
Un contexte de réformes hospitalières	41
Les problèmes de prise en charge des soins de référence.....	42
Comment améliorer l'accès aux soins de référence ?	45
Deuxième partie :	47
LA MISE EN RESEAU DES MUTUELLES DE SANTE.....	47
La mise en réseau des mutuelles de santé : L'expérience de l'Union technique de la mutualité malienne	49
Historique du mouvement mutualiste malien	49
L'union Technique de la Mutualité.....	52
Les enseignements de l'expérience UTM	61
Conclusion.....	64
La mise en réseau des mutuelles de santé au Sénégal.....	65
Historique des mutuelles de santé et des organes de coordination.....	65
La coordination régionale de Thiès	66
L'Union des mutuelles de santé de Dakar (UMSD).....	75
Enseignements des deux expériences de Thiès et de Dakar.....	77
Le cadre national de concertation	79
Réflexions finales : les conditions de réussite d'une mise en réseau de mutuelles de santé	83
La mise en réseau des mutuelles de santé en Guinée : L'expérience du CIDR et de l'Union des mutuelles de la Guinée forestière	85
Le projet CIDR des mutuelles de santé en Guinée forestière	85
La mise en place de l'union des mutuelles	88
La plateforme des opérateurs d'appui aux mutuelles de santé en Guinée ...	99
L'essor d'un mouvement de collaboration et d'échange.....	99
La nécessité d'une coordination au niveau national.....	100
Le démarrage du processus de concertation nationale	101
La création de la plateforme des opérateurs d'appui aux mutuelles de santé en Guinée	102

Les activités réalisées par la plateforme des opérateurs d'appui	103
Conclusion	105
Troisième partie :	107
LES ENSEIGNEMENTS DU COLLOQUE	107
La création d'un réseau de mutuelles de santé pour améliorer l'accès aux soins de santé de référence : synthèse	109
Un accès problématique aux soins de référence	109
La nécessité d'un dialogue productif entre mutuelles de santé et hôpitaux	111
Les expériences de mise en réseau de mutuelles de santé	112
Un réseau de mutuelles pour améliorer l'accès aux soins hospitaliers ? ...	115
Conclusions	117
Postscriptum : Les évolutions en Mauritanie depuis le colloque	119
Annexe : Les participants au colloque	121
Table des matières	125
Liste des encadrés	128
Liste des figures	128
Liste des tableaux	128

Liste des encadrés

Encadré 1 : La Guinée	13
Encadré 2 : Le Mali	14
Encadré 3 : La Mauritanie	15
Encadré 4 : Le Sénégal, développement et santé	16
Encadré 5 : Les mutuelles de santé à Nouakchott	22
Encadré 6 : Utilisation des structures du PSDN et fréquence de références vers l'hôpital	25
Encadré 7 : Le Forfait obstétrical à Nouakchott	32

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des dépenses de santé	44
Figure 2 : Les domaines d'intervention de l'Union technique de la mutualité ..	61
Figure 3 : Structure organisationnelle des coordinations de Dakar et de Thiès ..	79

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les indicateurs des différents pays sur la base des fiches par pays	18
Tableau 2 : Evolution des prestations couvertes par la mutuelle de santé de Dar- Naïm	30
Tableau 3 : Mutuelles de santé au Sénégal et paquets de soins couverts	43
Tableau 4 : Le réseau des mutuelles de santé de la Guinée forestière de 2000 à 2005	88