



Insights for Implementers

Stratégies innovatrices pour le développement des mutuelles de santé

1. Introduction – Le rôle et le potentiel des mutuelles de santé

Certains pays en Afrique de l'Ouest ont connu une croissance importante des mutuelles de santé (MS) pendant les 15 dernières années comme mécanisme moderne de solidarité et comme système complémentaire de financement de la santé. Basées sur le prépaiement et la mise en commun des risques au niveau communautaire, les MS réduisent ou annulent les risques d'exclusion saisonnière, temporaire, ou partielle des soins de santé liées aux contraintes de liquidité des ménages au moment du besoin dans des contextes de recouvrement des coûts. Ainsi donc, beaucoup de MS ont été créées à travers l'Afrique. En effet, partout où existaient des MS et/ou des promoteurs de la mutualité, d'autres initiateurs leur ont emboîté le pas en répliquant l'initiative à travers la création de leurs propres MS. Ces expériences du terrain ont apporté des leçons importantes sur les bonnes pratiques de mise en place des MS et aussi sur le rôle critique du contexte qui doit être favorable au développement des MS. Pendant cette période, plusieurs efforts de capitalisation de l'expérience des MS ont été menés sous différentes formes (manuels de formation, ateliers de formation, échange d'information et de partage d'expériences, fora de la concertation régionale, etc.). Ces efforts de capitalisation méritent, cependant, d'être soutenus afin de renforcer la contribution des MS au système de la santé et garantir la couverture médicale d'un pourcentage important de la population.

La croissance du mouvement mutualiste ne fait que s'accélérer sur le terrain. Beaucoup de communautés, d'associations socio professionnelles, de groupements de femmes, et mêmes quelques États ont implanté des MS, convaincus qu'elles représentaient une



Membre d'une mutuelle de santé montrant sa carte d'identité

Une définition de la mutuelle de santé

Les mutuelles de santé sont des organisations d'assurance maladie basées sur la communauté ou des associations socioprofessionnelles qui sont gérées de façon autonome par leurs membres et qui y adhèrent en toute liberté pour se protéger mutuellement contre les risques financiers associés à la maladie. L'adhésion dans les MS est facultative et libre, et est faite à travers un contrat d'adhésion entre la MS et les adhérents. Les MS se dotent de statut, d'organes de gestion dont des assemblées générales, des conseils d'administration, des comités de surveillance et de bureaux exécutifs pour réguler les relations contractuelles entre les membres et la mutuelle. Par ailleurs, les MS entretiennent des relations contractuelles avec les organisations de prestation de soins (centres de santé et hôpitaux) pour l'acquisition des soins et services relatifs aux paquets de bénéfices dont la mutuelle s'est engagée à fournir aux membres moyennant les primes périodiques que les membres versent à la MS. Les statuts des mutuelles et les conventions qu'elles établissent avec les prestataires de soins incluent des clauses et des mesures pour minimiser les risques associés à toute assurance maladie (sélection adverse, hasard moral et escalade des coûts) : des mesures types sont les périodes d'attente après l'adhésion, l'adhésion familiale (de tous les membres de la famille en même temps) ou par groupe, des tickets modérateurs, et une emphase sur la prévention. Les paquets de bénéfices peuvent inclure des petits risques qui peuvent être pris en charge médicalement au niveau des centres de santé, ou des gros risques qui peuvent être pris en charge au niveau des hôpitaux selon le bon vouloir et les besoins des mutualistes et des initiateurs des MS.

solution viable à l'accès aux soins d'une grande partie de la population dans les milieux ruraux et dans le secteur informel. Cette dynamique attire aussi depuis quelques années, l'attention de la communauté internationale et des gouvernements, qui veulent étendre les MS rapidement, et «passer à l'échelle» national.

Cet effort pourrait bien être judicieux pour les raisons suivantes: les MS contribuent aux objectifs du système de santé en renforçant la mobilisation des ressources internes et en appuyant l'amélioration de la qualité des soins, en même temps qu'elles augmentent l'accès aux soins des populations jusqu'ici exclues ou ayant un accès limité. En combinaison avec le financement public, les MS contribuent au renforcement d'une stratégie du financement de la santé fondée sur la synergie entre la solidarité nationale et la solidarité locale dans la mise en commun des risques, la séparation du moment du paiement pour les soins et le moment du besoin, et la prise en charge des soins des malades par les bien-portants. Par ailleurs, les MS renforcent la dignité dans le système de santé, en facilitant l'émergence de patients imbus de leurs droits aux services de santé, en même temps qu'elles mettent en place une coalition de consommateurs des soins de santé au niveau local qui surveillent en permanence la qualité des soins de santé. Enfin, les mutuelles contribuent à la lutte contre la pauvreté à travers non seulement l'accessibilité accrue des soins de santé, la protection des revenus des ménages contre les risques financiers associés à la maladie, mais aussi la mise en place d'un nouveau champ social d'apprentissage et d'approfondissement de la participation dans la prise de décision, de la démocratie et du renforcement des liens

Acronymes

AG	Assemblée Générale	IMF	Institutions de micro-finance
AGZ	Assemblée Générale Zonale	MdS	Ministère de la Santé
BE	Bureau Exécutif	MS	Mutuelle/s de Santé
BIT	Bureau International du Travail	ONG	Organisation Non Gouvernementale
BZ	Bureau de zone	PHR ^{plus}	Partners for Health Reform ^{plus} (Partenaires pour la Réforme du Secteur de la Santé)
CA	Conseil d'administration	SE	Suivi évaluation
CG	Comité de gestion	SPP	Systèmes de prépaiement
CS	Centre de santé	USAID	United States Agency for International Development (Agence des Etats Unis pour le Développement International)
GF-ATM	Le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose, et le paludisme	VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/ Syndrome d'immunodéficience acquise
GRAIM	Groupement de recherche et d'appui aux initiatives mutualistes		
HD	Hôpital de District		
IEC	Information, éducation, et communication		

de solidarité et de la cohésion sociale qui sont des facteurs clés du capital social au niveau des communautés de base.

Cependant, des problèmes se présentent encore lors de la mise en œuvre des MS ; car, même si le processus de mise en place des MS est à présent bien connu et les étapes bien documentées¹, l'on devrait néanmoins œuvrer à la création d'un contexte favorable au développement des MS. Aujourd'hui, il y a un décalage entre la volonté de développer des MS et les capacités de réponse face à une demande qui pourtant ne cesse d'augmenter². Le renforcement des capacités internes (nationales et locales) en matière de mutualité demeure une condition préalable à la perspective d'extension à grande échelle des MS dans n'importe quel pays. Par ailleurs, pour assurer leur pérennité, les MS devraient bénéficier de systèmes et de stratégies innovantes et durables de soutien.

Présents depuis plus de 10 ans dans de nombreux pays, le projet Partenaires pour la Réforme plus (PHRplus) ainsi que d'autres projets qui l'ont précédé (*Health Financing and Sustainability* et *Partnerships for Health Reform*) ont beaucoup appuyé le développement des MS, avec le soutien de l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID). Le projet PHRplus est témoin du progrès du mouvement mutualiste et d'initiatives innovatrices qui répondent aux faiblesses des MS et qui donnent des

résultats importants au développement des MS. Ce «*Insights for Implementers*» a pour objectif de documenter ces différentes expériences de terrain, afin de les rendre disponibles à un public plus large, allant des gérants des MS aux décideurs locaux et nationaux. Les neuf «innovations» qui sont présentées dans ce document proviennent des expériences locales. Ce sont des innovations non parce que les concepts sont nouveaux – la décentralisation touche par exemple plusieurs domaines - mais parce que l'application de ces approches au développement des MS en particulier donne des résultats importants. Ces approches ont été mises en œuvre avec succès non seulement dans le cadre du projet PHRplus, mais aussi par des MS elles-mêmes, avec le soutien de différents promoteurs au développement des MS. Ce document s'adresse à plusieurs intervenants : les décideurs trouveront des innovations sur le passage à l'échelle; les agents d'appui technique trouveront des exemples et des outils spécifiques pour concevoir la réplique des stratégies innovantes ; alors que les gérants de MS trouveront des innovations pour améliorer le fonctionnement de leurs MS. L'objectif du présent document n'est pas de se substituer aux ouvrages classiques de référence en matière d'introduction et de mise en place des MS, mais plutôt de mettre à la disposition des acteurs au développement des MS des innovations tirées des expériences de terrain afin d'accroître les capacités de renforcement des MS existantes et d'implantation de nouvelles MS.

¹ Des multiples guides et manuels existent pour accompagner le processus de mise en place des MS. Certains sont inclus dans la liste des références à la fin de ce document. Un inventaire plus complet de ces outils se trouve sur le site Web de la Concertation entre les acteurs du développement des MS en Afrique (www.concertation.org).

² Nombreuses organisations internationales avec une longue expertise en mutualité appuient le développement des MS, dont le Bureau International du Travail (BIT), la Coopération Technique Allemande (GTZ), La Coopération Technique Danoise (DANIDA), la Solidarité Mondiale, L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC), Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF). D'autres organisations nationales et/ou sous-régionales fournissent aussi de plus en plus un appui important au développement des MS, comme par exemple, la Concertation entre les acteurs du développement des MS en Afrique, et le Groupement de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes (GRAIM) au Sénégal, etc.

2. Les stratégies innovantes pour le développement des mutuelles de santé

Les chapitres qui suivent présentent neuf stratégies innovantes (voir Tableau 1) qui pallient à certaines faiblesses communes freinant le développement harmonieux et l'extension des mutuelles de santé. Ces faiblesses consistent en : un déficit en ressources humaines compétentes au niveau des mutuelles de santé (MS), lequel se répercute sur la gestion et la mobilisation, une faible capacité contributive parmi les segments démunis de la population, et un manque de synergie entre les MS qui restent encore souvent de petite taille. Aussi, les informations fiables sur la contribution des MS au secteur santé sont rarement disponibles ; par ailleurs, comme il y a une introversion des MS (chacune travaillant en solo avec l'appui de 'son' partenaire et non en réseau avec les autres MS) il n'y a pas de «capitalisation» ou de «mise en valeur» des expériences porteuses et des partenariats fructueux au niveau local. Très souvent aussi, les capacités institutionnelles et techniques au niveau du ministère de tutelle sont faibles, et de façon globale l'appui disponible n'est pas suffisant.

Les innovations qui sont présentées dans ce document cherchent à renforcer le développement des MS, et impliquent dans leur mise en œuvre, différents acteurs clés à plusieurs niveaux:

- ▲ A la base, les initiateurs des MS et les gestionnaires des MS s'occupent de tous les aspects opérationnels de la mise en place et de la gestion quotidienne des MS.

- ▲ Au niveau «intermédiaire» se trouvent tous ceux qui appuient les MS individuelles dans leur mission – y compris les fédérations ou réseaux des MS, les partenaires et les promoteurs locaux, ainsi que les élus locaux, etc.
- ▲ Au niveau national, intervient l'Etat pour l'appui stratégique.

Le Tableau 1 répertorie les innovations, leurs objectifs, et à quel(s) niveau(x) chacune des innovations s'applique-t-elle.

Chacune des innovations pourrait être répliquée individuellement. Cependant, rares sont les innovations qui sont autonomes à part entière, car elles sont souvent en corrélation et se renforcent mutuellement.

Dans le cadre de faciliter une bonne réplification des stratégies innovantes mentionnées ci haut, le développement de chaque innovation comprend les éléments suivants: la raison d'être, les résultats attendus, le processus de mise en œuvre de la stratégie, ainsi qu'une liste d'outils disponibles pouvant aider dans la réplification des innovations. Tous ces outils sont disponibles sur Internet (www.phrplus.org) et, à la demande, sur CD-ROM. Par ailleurs, chaque innovation est accompagnée par des études de cas et/ou des exemples concrets du terrain. Des références et liens utiles se trouvent en annexe du présent document pour plus d'information.

Tableau 1: Les neuf innovations

Objectif	Innovation	Niveaux de réalisation
Prise en charge des plus pauvres	1. Prise en charge des indigents à travers les MS	Base, intermédiaire, national
Passage à l'échelle	2. Développement d'un plan stratégique de développement des MS 3. Implantation des MS dans la perspective d'une mise en réseau 4. Mise en œuvre d'une expérience pilote des MS dans la perspective d'une extension à l'échelle nationale	National Base, intermédiaire, national National
Performance dans le fonctionnement	5. Décentralisation de la gestion des MS 6. Stratégie de communication avec les radios locales pour le développement des MS 7. Mise en œuvre d'un système de suivi-évaluation par une «fédération» des MS	Base Base, intermédiaire Intermédiaire
Renforcement des synergies pour accroître la performance	8. Partenariat avec les institutions et organisations locales pour le soutien au développement des MS 9. Partenariat entre les MS et les institutions de micro finance	Base, intermédiaire Base, intermédiaire

3. Innovation 1 – Prise en charge des indigents à travers les mutuelles de santé³

Pourquoi et quels résultats peut-on attendre de cette stratégie?

Raison d'être

En Afrique comme ailleurs, les contraintes associées à l'accessibilité financière constituent des barrières importantes dans la non utilisation des

La prise en charge des indigents par les MS est un système par lequel les droits d'adhésion et/ou les cotisations des plus pauvres sont payés par d'autres: soit par la MS elle-même, soit par l'Etat, ou bien par d'autres agents de financement, tels que les bailleurs de fonds, les organisations caritatives, les ONGs, etc. Cette prise en charge est très importante pour promouvoir l'équité.

services de santé en cas de besoin. Ces contraintes sont plus sévères parmi les plus pauvres, qui ont des besoins sanitaires plus importants, comparés aux autres segments plus aisés de la population. Les mutuelles de santé (MS) sont une

expression des valeurs de solidarité qui restent présentes dans la majorité des communautés en Afrique ; mais à ce jour, la recherche montre que les pauvres sont souvent exclus des MS parce que les cotisations, si minimales soient-elles, ne sont pas toujours à la portée des couches les plus pauvres. Ainsi, il y a lieu de se demander s'il existe des voies et moyens, des mesures et pratiques basées sur l'expérience, que le mouvement mutualiste peut utiliser afin d'étendre leur solidarité aux plus pauvres qui ne peuvent pas compter sur leurs propres moyens pour bénéficier des services des MS. Quels sont les avantages associés à la prise en charge des pauvres à travers les MS?

Avec la croissance du mouvement mutualiste, les parties prenantes impliquées dans la prise en charge des indigents prennent de plus en plus conscience que les MS pourraient être un mécanisme efficace pour atteindre les plus pauvres, tant du point de vue de la gestion que du financement des subsides. La proximité des MS vis-à-vis de la population pauvre et la gestion communautaire de dits mécanismes renforcent, en effet, leur avantage comparatif en ce qui concerne l'identification, le ciblage, et la distribution des subventions aux indigents.

La prise en charge des indigents à travers les MS a d'autres avantages aussi bien pour les agents de financement (les organisations caritatives ou l'Etat, par

exemple) que pour les bénéficiaires. Ainsi par exemple, les ressources investies par les agents de financement dans le cadre des MS bénéficient un nombre beaucoup plus grand de personnes indigentes, grâce au mécanisme de mutualisation de risque maladie. Au niveau des bénéficiaires, les MS permettent une prise en charge des indigents dans la dignité. Car, si auparavant, l'indigent se devait de présenter une attestation d'indigence avant de se faire soigner - acte qui s'accompagnait d'une façon ou d'une autre d'une relative stigmatisation - à présent, l'indigent muni de sa carte de membre, a un accès intégral aux soins comme tout autre membre.

Prise en charge des indigents dans la MS de Bungwe au Rwanda

En 2004, la MS de Bungwe a eu plus de 20,000 membres bénéficiaires et a mobilisé d'importantes ressources financières. En bons gestionnaires, la MS et le centre de santé partenaire ont décidé de placer une partie des revenus ainsi collectés dans un compte bloqué auprès d'une Banque Populaire locale, rémunéré au taux d'intérêt annuel de 4.5%. Cet investissement a permis de financer, au cours de l'année suivante, la prise en charge (l'adhésion) de 413 ménages indigents (soit 91% du total des ménages indigents identifiés par la MS). Quant au ticket modérateur, qui constituait aussi une barrière aux soins pour les indigents membres, la MS a créé une caisse d'entraide dans laquelle des visiteurs et autres bienfaiteurs peuvent contribuer pour la prise en charge du ticket modérateur au profit des indigents.

Résultats attendus

La base d'expériences de prise en charge effective des indigents au sein des MS est croissante et a déjà fourni des leçons importantes dont certaines sont reprises ci-après. D'une manière générale, la prise en charge des indigents étend la couverture sanitaire, car elle facilite l'accès aux soins en faveur des personnes précédemment exclues. Elle rationalise aussi les dépenses des soins de santé des indigents, à travers d'une part le système de partage du risque maladie qui réduit les coûts de prise en charge individuelle des soins de l'indigent; et d'autre part, quand l'indigent est couvert par la MS, il a très souvent cette tendance de se faire soigner plus tôt, rendant ainsi le coût de traitement moins cher tant pour l'indigent que pour le système entier de santé. Le fait de devenir membre d'une MS protège aussi les ressources disponibles au niveau des ménages pauvres (par l'épargne dans les dépenses sanitaires).

De plus en plus aussi, le financement de la prise en charge des indigents se diversifie ; en effet, les ressources peuvent provenir de la MS elle-même, des partenaires internes ou externes intervenants dans le secteur de la santé, ou alors de l'Etat et de ses démembrements.

³ Ce chapitre est basé sur la publication: Butera, Jean Damascène. Décembre 2005. Les Mutuelles de Santé et la prise en charge des indigents: l'étude de cas du Rwanda. Projet AWARE-RH de l'USAID,

Sources potentielles de financement pour la prise en charge des indigents

Financement de la prise en charge des indigents sur la base des ressources propres des MS. Les MS cohérentes avec leur mission sociale d'étendre l'accès aux soins de santé, ont été les premières à manifester un intérêt de prendre en charge elles-mêmes un certain nombre d'indigents. En effet, l'augmentation des membres adhérents permet aux MS de mobiliser d'importantes sommes d'argent qui sont d'habitude placées dans des comptes bancaires pouvant générer des produits. Les produits de ces placements peuvent être par la suite utilisés par la MS pour prendre en charge des indigents, ainsi que cela a été le cas par exemple dans la MS de Bungwe au Rwanda et dans la MS de Faggu au Sénégal, et dont les détails se trouvent dans les encadrés ci-joints.

Prise en charge des vulnérables dans la MS Faggu des retraités au Sénégal

Faggu, une MS complémentaire des retraités a créé un fonds social pour subventionner la prise en charge des retraités les plus vulnérables. Ce fonds est alimenté par un prélèvement (50%) des droits d'adhésion annuel et des intérêts bancaires (100%). La prise en charge concerne des veuves (50% de ceux qui sont pris en charge), des orphelins (30%), et des retraités très pauvres (20%), totalisant 3% de l'effectif des membres. Ils ont un accès gratuit à tous les services offerts par la MS. Leur éligibilité est proposée par l'IPRES (l'Institution de Prévoyance retraite du Sénégal) sur la base de critères économiques.

Prise en charge des talibés au Sénégal

Deux MS (Yombal Faggu Ak Wer, Mathlaboul Fawzaini) ont créé un mécanisme pour subventionner les coûts des cotisations pour un certain nombre de *talibés*, les élèves de l'école coranique qui mendient pour obtenir de l'argent et de la nourriture, qui n'avaient personne pour leur assurer l'accès aux soins de santé. Ce système a permis aux gens qui en ont les moyens, de payer les cotisations et les coûts des médicaments pour ces enfants à travers un mécanisme de parrainage.

Financement de la prise en charge des indigents par un tiers. L'opportunité que les MS offrent dans la prise en charge des indigents fait que, de plus en plus, elles soient utilisées comme mécanisme direct de financement des soins aux indigents par des organisations caritatives, et non gouvernementales, ou d'autres organisations qui entretiennent des relations de partenariat avec les MS. Le Rwanda fournit une riche expérience en terme d'organismes caritatifs, organisations non gouvernementale (ONGs), et

partenaires au développement qui canalisent des subventions aux indigents à travers les MS. Ainsi donc, les MS jouent de plus en plus une fonction d'intermédiation entre les agents de financement primaires et les bénéficiaires, et permettent ainsi un meilleur ciblage des indigents et d'autres groupes vulnérables.

L'implication de l'Etat est très importante dans la diversification et la densification de la prise en charge des indigents à travers les MS. L'Etat et ses démembrements (gouvernement local) pourraient facilement mobiliser les fonds auprès de leurs partenaires (bailleurs, ONG, ou les programmes verticaux comme le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose, et le Paludisme (GF-AMT). Dans la province de Gitarama au Rwanda, par exemple, en 2005 l'on dénombrait 20 acteurs (dont trois gouvernementaux) oeuvrant à la prise en charge de presque 42,000 indigents (soit 5% de la population totale de la Province). L'Etat peut, en effet, favoriser un tel système de prise en charge des indigents en identifiant dans le plan stratégique de la santé, les MS comme mécanisme de prise en charge des indigents ; et en créant des lignes budgétaires spécifiques pour ce faire.

Décision sur la prise en charge des indigents à travers les MS

Il peut y avoir plusieurs scénarios de prise en charge des indigents à travers une MS. Les questions pertinentes dans la décision de la mise en place d'un tel système dépendront des modalités de cette prise en charge. Existe-t-il un cadre formel et organisé pour identifier les personnes éligibles? Existe-t-il des groupes de bienfaisance ou d'autres sources pour subventionner l'adhésion des indigents à la MS? Est-ce que le niveau décentralisé de l'Etat (les collectivités locales, par exemple) a-t-il mis en place une ligne budgétaire pour la prise en charge des indigents? Si la MS entend organiser cette prise en charge avec ses propres ressources, a-t-elle assez de réserves qui permettent l'alimentation d'un fonds social? Est-ce que le système en place (outils de gestion) est suffisamment développé pour garantir une transparence et rendre compte de cette prise en charge aux membres de la MS et aux bailleurs ayant financé la prise en charge?

Processus

- 1. Identifier/rechercher les ressources disponibles** pour la mise en place d'un fonds social. Il faudrait tout d'abord identifier les sources qui devront alimenter le fonds et déterminer les modalités de cette prise en charge : le niveau de la subvention de l'adhésion, de la cotisation, du ticket modérateur. Les sources de financement pourraient inclure les produits des placements des avoirs de la mutuelle, des subventions de l'Etat, des subventions des partenaires au développement, ou des systèmes de parrainage ou des mécènes. Cette étape devra aussi

déterminer le nombre potentiel de bénéficiaires à prendre en charge, et ce nombre pourrait changer d'année en année.

2. Déterminer comment identifier les familles indigentes. Parfois, il existe des critères, ou des catégories d'indigence définis par l'Etat, capables d'orienter l'identification des indigents au niveau de la base. Outre les indigents, il pourrait exister aussi d'autres catégories de personnes «vulnérables», à l'instar des orphelins, des veuves, etc. dont on devrait tenir aussi compte lors du processus d'identification. En tous les cas, la MS devrait disposer des critères d'indigence fiables et mesurables pouvant permettre d'élaborer une liste des personnes/ménages éligibles à la prise en charge. Aussi, le processus d'identification devrait être participatif et transparent ; en effet, de plus en plus, plusieurs pays font recours à l'approche communautaire lors de l'identification des indigents à cause de sa transparence et de son aspect

participatif ; mais aussi et surtout partant du principe et du constat que les indigents sont mieux connus par les membres des communautés au sein desquelles ils vivent. L'identification par la base est aussi motivée par la politique de décentralisation en vigueur dans beaucoup de pays.

3. Créer un système d'enregistrement des indigents. Il faut mettre en place un registre des indigents (ou un autre outil semblable) pour collecter les données sur les indigents devenus membres. Ce registre se remplit au fur et à mesure que le système accepte de prendre les indigents en tant que membres adhérents. Le système d'enregistrement permet, en effet, à la MS de rendre compte de la prise en charge des indigents aux membres de la MS, ainsi qu'aux bailleurs qui l'auraient financée⁴. Des fiches d'adhésion et des livrets de membre sont donnés aux indigents au même titre que les autres membres payants.

Outils disponibles		
Outil	Utilisation	Résultat attendu
Les MS et la prise en charge des indigents: l'étude de cas du Rwanda	Source d'information et exemple d'un pays doté d'une grande expérience en la matière	Meilleure connaissance des modalités de prise en charge des indigents à travers et par les MS
Cahier d'indigents	Collecte des données sur les indigents pris en charge par la MS	Document de référence des indigents pris en charge dans/par la MS

⁴ Très souvent, certains agents de financement ont des critères spécifiques et rigoureux quant à l'identification des bénéficiaires. La MS devrait tenir compte de ces exigences au moment d'organiser la prise en charge des indigents.

4. Innovation 2 – Développement d'un plan stratégique au niveau national

Pourquoi et quels résultats peut-on attendre de cette stratégie?

Jusqu'ici, le développement des mutuelles de santé (MS) était dans une phase émergente où l'essentiel des interventions étaient centrées sur l'expérimentation d'approches d'implantation, le partage d'expériences, la formation, la gestion, le suivi-évaluation. Tant que les MS restaient des projets ou des initiatives de communautés isolées, sans perspective de passer à une échelle plus importante ou d'une plus grande implication de l'Etat ou des partenaires extérieurs dans le développement des MS, la nécessité de disposer d'un plan stratégique national de développement des MS ne se posait pas. Les Etats et les partenaires au développement sont de plus en plus persuadés, cependant, que les MS offrent un potentiel important pour le développement social en général, l'extension des systèmes d'assurance maladie et

de protection sociale en particulier. Ainsi, plusieurs états sont en train d'exprimer une volonté d'intégrer le développement des MS dans leurs stratégies délibérées de développement, les stratégies de réduction de la pauvreté et d'extension de l'assurance maladie et de la protection sociale.

D'où la nécessité de disposer d'un cadre stratégique pour servir de référence et de créer une synergie entre les interventions à plusieurs niveaux: les activités d'implantation des MS et de recrutement des membres au niveau opérationnel, les activités d'appui technique pour accompagner l'implantation des

MS et assurer des services d'appui-conseil de proximité au niveau intermédiaire, et les activités d'appui stratégique pour créer un environnement favorable (juridique et réglementaire, fiscal, etc.) au développement des MS au niveau central. Le développement d'un plan stratégique crée un cadre de référence et des axes stratégiques bien identifiés par et pour toutes les parties prenantes de la mutualité, y compris le gouvernement, les MS elles-mêmes, et les partenaires. Ce plan établit une vision partagée du développement des MS, et devrait permettre une meilleure coordination, capitalisation, et extension des MS dans un pays. Dans la phase actuelle de développement des MS, le plan stratégique met surtout en place un cadre pour capitaliser les expériences, diversifier les expériences, renforcer l'apprentissage de nouveaux rôles pour les acteurs, et éviter des courses d'action politique qui nuiraient à l'éclosion des initiatives mutualistes.

Raison d'être

Cette innovation est une stratégie qui s'adresse à beaucoup de problèmes qui freinent le développement à grande échelle des MS dans un pays. Notamment, il met en place un cadre de référence et des axes stratégiques bien identifiés pour non seulement le gouvernement, mais aussi pour tous les acteurs à tous les niveaux dans le domaine des MS. Depuis longtemps, les MS avaient une certaine introversion, chacune travaillant dans son coin avec son partenaire, sans les bénéfices d'un réseau ou d'une capitalisation des expériences d'autres MS. Dans beaucoup de pays, il y avait aussi un certain décalage entre les compétences institutionnelles et techniques du Ministère (de tutelle) et des partenaires, et donc une capacité limitée de mise en œuvre des MS. Les interventions étaient rarement coordonnées, peu capitalisées, et donc ne constituaient pas une base qui pourrait bénéficier le développement des MS dans tout le pays et le passage à l'échelle.

En résumé, le développement d'un plan stratégique s'adresse à plusieurs problèmes, surtout le manque de:

- ▲ Vision et stratégies partagées, et donc une absence de coordination et de cohérence dans les interventions
- ▲ Capacités internes pour approfondir, élargir le mouvement MS, et répondre aux demandes d'appui provenant des communautés et des associations;
- ▲ Cadre d'appui au niveau central, intermédiaire et local;
- ▲ Cadre d'échanges et d'apprentissage;
- ▲ Cadre pour concilier les tensions de politiques, de capacités et de temps dans la promotion des politiques de protection sociale et de l'accessibilité financière aux soins de santé dans les contextes de lutte contre la pauvreté.

Le développement d'un plan stratégique au niveau national est un processus qui vise l'élaboration d'un consensus, d'un plan, et d'un budget pour une stratégie d'appui au développement des MS. Ce plan développe les étapes stratégiques de mise en place des MS; les besoins d'appui des promoteurs, le renforcement du cadre juridique et réglementaire de la mutualité, la mise en place d'un cadre national de concertation de la mutualité, les cadres de partenariats entre les MS et les organisations des secteurs connexes. Le développement d'un plan stratégique au niveau national consiste donc en la mise en place d'un cadre institutionnel d'appui au développement des MS, et des modalités d'appui au développement des MS. Impliqués dans ce processus sont: les responsables des MS (et des fédérations de MS existantes); des organisations de prestation de soins qui entretiennent des relations contractuelles avec les MS; des représentants des organisations qui interviennent dans la promotion et l'appui au développement des MS (organisations religieuses, organisations du mouvement associatif, bailleurs de fonds, etc.), des régions et des districts administratifs, des représentants de la Présidence, de la Primature, du Ministère de la Santé, des Ministères chargés des finances, des affaires locales, des affaires sociales, entre autres.

Résultats attendus

Les résultats du développement d'un plan stratégique sont: un consensus sur les axes stratégiques, les objectifs spécifiques avec des résultats attendus liés aux objectifs importants du gouvernement; les rôles bien définis des acteurs impliqués dans le développement des MS; et les plans opérationnels et un budget correspondant pour faciliter le financement et la mise en œuvre du plan de la part du gouvernement et des partenaires.

Développement du plan stratégique – le cas du Rwanda

Après 18 mois de pilotage des MS et 24 mois d'adaptation, l'extension des MS est devenue une stratégie délibérée du Gouvernement du Rwanda. Le développement des MS s'est inscrit dans le cadre de la vision 2020 du Gouvernement, la politique sectorielle de la santé et le cadre de stratégies de réduction de la pauvreté (PRSP). Dans son discours de souhait de meilleurs vœux au début de l'année 2003, le Président de la République a demandé à tout le monde d'œuvrer pour l'extension des MS afin que toute la population puisse en bénéficier. En conséquence, le Rwanda s'est doté d'un plan stratégique d'appui au développement des MS et a réussi à mettre en place 224 MS qui couvrent 3, 073,508 bénéficiaires, environs 40% de la population Rwandaise (août 2005). Le plan stratégique avait identifié les besoins du financement des activités d'extension des mutuelles où le Gouvernement et les partenaires qui interviennent dans le développement des MS devaient mobiliser 4,7 milliards de Francs Rwandais (\$8.5 million) dans trois ans pour appuyer les activités de formation des acteurs locaux et la mise en place des systèmes et outils de gestion.

Développement du Plan Stratégique – le cas du Bénin

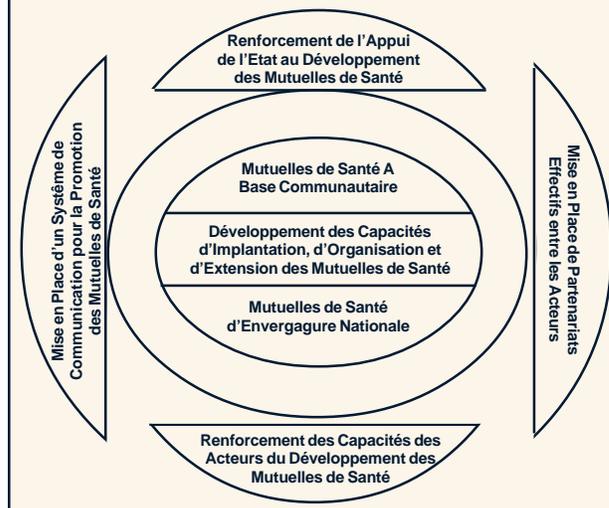
Au Bénin, le plan stratégique pour le développement des MS a été adopté au début de 2006, et s'inscrit dans le cadre de Politique et Stratégies de Développement du Secteur Santé de 2007-2011 pour renforcer la contribution des interventions sanitaires à la réduction de la pauvreté dans le pays. Son objectif général est de promouvoir le développement des MS sur l'ensemble du territoire en vue d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité. Pour atteindre son objectif général, le plan stratégique pour le développement des MS vise les objectifs spécifiques suivants:

1. Créer un environnement favorable pour le développement des MS;
2. Augmenter la population couverte par les MS fonctionnelles d'environ 90,000 bénéficiaires en 2005 à 2,000, 000 de bénéficiaires en 2011;
3. Renforcer les capacités techniques et institutionnelles des MS;
4. Renforcer les capacités des acteurs du développement des MS.

Développement du plan stratégique – le cas du Sénégal

Le développement du plan stratégique s'est inscrit dans un mouvement de renforcement de la contribution du secteur de la santé dans les stratégies de réduction de la pauvreté et a facilité l'inscription de la promotion des MS dans les actions prioritaires de la deuxième phase du PNDS (Plan national du développement sanitaire et social) et de la nouvelle stratégie nationale de protection sociale du DRSP (Document stratégique de réduction de la pauvreté). Par ailleurs, il a doté la cellule chargée des mutuelles, qui est maintenant rattachée directement au cabinet de Ministère de la Santé, d'un outil de plaidoyer en faveur du développement des MS. Le cadre budgétaire, qui a adopté plus de \$8 million sur 5 ans en appui aux 5 axes stratégiques du plan, offre maintenant au gouvernement, mais aussi aux bailleurs de fonds et aux partenaires au développement, un instrument pour traduire concrètement leur volonté d'appui au développement des MS. Ce budget permet une bonne planification des activités des plans opérationnels au niveau intermédiaire, en fonction des ressources disponibles. Les axes stratégiques du plan sont illustrés dans le schéma ci-dessous.

Axes d'intervention du Plan Stratégique pour le Développement des MS: Consensus de Thiès



Décision sur le Plan Stratégique

Depuis 2004, plusieurs pays ont opté pour la création d'un cadre stratégique pour le développement des MS dans leurs pays. Ce processus provient d'un besoin, ressenti par le Ministère de la Santé (MdS) (ou le Ministère de tutelle pour les MS), mais aussi par les parties prenantes et les partenaires, de disposer d'un cadre de référence et de coordination des interventions dans le domaine des MS pour maximiser leur portée. Ceci pourrait être le cas dans un pays où existeraient plusieurs expériences éparpillées des MS, mais où manqueraient une capitalisation et une coordination des expériences ; ou bien alors dans un pays s'inscrivant

dans une perspective de passer à l'échelle. Voici quelques scénarios qui favorisent la décision de faire un plan stratégique.

- ▲ De nombreuses expériences prometteuses de MS existent, mais il n'y a pas de coordination ni d'échange systématique entre les approches, ni les partenaires.
- ▲ Il y a un besoin de mécanismes formels pour accompagner une extension délibérée des MS.
- ▲ Le gouvernement a besoin d'un cadre cohérent et stratégique pour s'impliquer dans les MS.

Etant donné que le développement d'un plan stratégique est aussi bien une activité politique que technique, il doit y avoir une volonté de la part du Ministère de tutelle de lancer un tel processus. Ce processus devrait réunir l'ensemble des acteurs dans le domaine de la mutualité pour arriver à un consensus sur le cadre stratégique.

Processus

Il y a plusieurs étapes au développement d'un plan stratégique, telles qu'énumérées ci-dessous.

- 1. État de lieux** (établissement de connaissances). Afin de pouvoir partager les expériences déjà en cours et de dégager les orientations stratégiques, il est important de commencer avec un diagnostic de la situation actuelle des MS dans le pays. Les sources d'information peuvent être multiples (des études de cas, des inventaires réalisés, de la littérature grise - des plans et rapports d'activités des MS et des organismes d'appui). Le diagnostic devrait faire un inventaire des systèmes existants (prestataires de soins, MS et réseaux de mutuelles, structures d'appui, bailleurs, etc.), aussi bien d'un inventaire des outils existants.
- 2. Atelier(s) de consensus et de validation du diagnostic et de consensus sur les orientations des axes stratégiques.** Cet atelier permet de diffuser, enrichir et valider l'état de lieux, et en même temps partager des informations sur les contraintes, les forces, et les faiblesses de la mise en place, du fonctionnement, et de la promotion des MS dans le pays. Les grands axes stratégiques du développement des MS sont aussi dégagés pour permettre l'élaboration du plan stratégique. Cet atelier regroupe les parties prenantes – les mutualistes, les prestataires, les organismes d'appui, les élus locaux, et des organismes qui pourraient être d'un soutien important dans le cadre de l'extension des MS (institutions financières, organisations de l'administration publique centrale, dont la présidence, la primature, les ministères, et l'assemblée nationale). Son objectif est d'atteindre le maximum d'information et d'échange afin d'atteindre un consensus sur les prochaines étapes.

3. Élaboration du plan stratégique

- ▲ Mise en place d'un comité de rédaction
- ▲ Plusieurs réunions techniques

Pour faciliter l'élaboration du plan, il faut d'abord désigner un comité de rédaction pour développer les axes stratégiques identifiés lors de l'atelier de consensus. Ce comité se réunit plusieurs fois pour approfondir et détailler tous les axes du plan stratégique, qui sera la cible de l'atelier suivant.

4. Atelier de validation du plan stratégique. Une fois le plan stratégique pour le développement des MS rédigé, un atelier est organisé pour le présenter et pour validation. Cet atelier regroupe encore une fois toutes les parties prenantes dans le domaine de la mutualité (MS, promoteurs, associations, etc.), mais aussi plusieurs ministères (santé, finances, décentralisation, solidarité, travail, promotion féminine, par exemple), les représentants des élus locaux, les prestataires, et les bailleurs de fonds. L'objectif principal est de consolider un consensus et une appropriation du plan stratégique pour pouvoir passer à la phase d'opérationnalisation.

5. Processus de recherche de financement pour la mise en œuvre du plan. Le plan stratégique fournit au gouvernement l'instrument nécessaire pour bien expliquer sa politique de développement des MS dans le pays. Il peut alors non seulement inscrire le développement des MS dans son budget, mais aussi demander des ressources des partenaires, des bailleurs de fonds pour le financement du plan, puisqu'un consensus a été établi.

6. Diffusion du plan stratégique (au niveau régional et local). Puisqu'il y a des limites à la participation à l'atelier national de validation, il est essentiel de bien diffuser le plan à travers le pays pour encourager son appropriation. Les ateliers de planification au niveau intermédiaire offrent une bonne opportunité pour diffuser le plan auprès des acteurs locaux: MS, structures d'appui au niveau local, collectivités locales, services déconcentrés des ministères, organisations non gouvernementales, etc.

7. Élaboration des plans opérationnels aux niveaux intermédiaires. Il faut mettre en place des structures de coordination intermédiaire si elles n'existent pas encore pour une bonne appropriation du plan opérationnel aux niveaux intermédiaires. Le plan opérationnel peut être élaboré pendant un atelier qui regroupe les MS, les élus locaux, les ONG, les promoteurs, des prestataires, etc. Ce plan opérationnel développe les activités et le budget pour l'appui au développement des MS à ce niveau selon les axes stratégiques du plan national. En conséquence, il facilite l'identification et la responsabilisation des partenaires techniques et financiers pour sa mise en œuvre. Le fait d'élaborer le plan intermédiaire stimule déjà l'implication des acteurs locaux et aide à son intégration dans les processus de planification locale.

8. Intégration du plan dans les documents de stratégie nationale. Dans la perspective d'assurer la réussite du plan stratégique, il est essentiel de l'intégrer dans les documents tels que la stratégie de réduction de la pauvreté, le plan décennal de développement social et/ou sanitaire, etc. Au Sénégal, le plan stratégique a été élaboré sur l'initiative du MdS à un moment où le Ministère était engagé dans le processus d'adaptation du plan national de développement sanitaire au cadre de stratégies de réduction de la pauvreté. Ainsi, les acteurs impliqués dans la révision du plan national de développement sanitaire étaient impliqués dans le processus d'élaboration et de validation du plan stratégique de développement des MS. Au Rwanda, en conséquence de l'approche incrémentielle qui a soutenu le développement des MS, le premier document de stratégies de réduction de la pauvreté avait identifié l'extension des MS comme une intervention prioritaire du gouvernement. Ainsi, la présidence, la primature, le ministère de santé, les organismes tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Unicef étaient impliqués dans le comité de rédaction du plan stratégique de

développement des MS. L'élaboration du plan stratégique ayant précédé l'élaboration de la politique de santé et du plan stratégique du développement du secteur de la santé, ces deux documents l'ont intégré comme composante dans le programme du financement du secteur de la santé.

Pendant toutes ces étapes, il est important de souligner le rôle incontournable de plaider de ce plan comme instrument utile et important à tous les niveaux. Il faut activement encourager les acteurs nationaux et locaux – les autorités administratives, les prestataires, les ONG, les partenaires – de s'en imprégner.

Outils disponibles

Les outils mentionnés ci-dessous couvrent le processus intégral du développement d'un plan stratégique : du début (les termes de référence pour le premier atelier) jusqu'à la fin (les plans stratégiques nationaux élaborés au Sénégal et au Rwanda), aussi bien qu'un exemple d'un plan opérationnel du niveau régional (du Sénégal). Un «policy brief» du Rwanda donne un exemple du rôle important du plaider.

Outils disponibles		
Outil	Utilisation	Résultat attendu
Canevas pour l'état des lieux de la situation des MS (vers l'élaboration d'un plan stratégique)	Aide au développement d'une méthodologie pour la compilation des informations sur les MS pendant le diagnostic	Canevas développé avec les différents champs d'intérêt et leurs questions-clés respectives pour servir de guides à l'élaboration des documents de base, des communications et des débats dans le processus du développement du plan stratégique
Termes de référence, atelier pour créer un plan stratégique du développement des MS	Exemple de et aide à la préparation pour le premier atelier dans le processus du développement du plan stratégique	Atelier planifié, y compris une documentation des objectifs, des tâches, l'organisation, et les résultats attendus
Orientations générales pour le développement d'un plan stratégique	Aide à la préparation du terrain pour le processus du développement du plan stratégique pour les MS	Documentation des objectifs principaux du processus du développement du plan stratégique pour les MS pour servir comme référence et rappel
Policy brief sur le développement du plan stratégique (au Rwanda)	Exemple de document de plaider, comment renforcer le partage d'information et le consensus pendant ce processus	Consensus élargi sur le plan stratégique
Plans stratégiques (le Sénégal et le Rwanda)	Deux exemples des plans stratégiques adoptés et en marche pour faciliter l'élaboration d'un tel plan	Plan stratégique élaboré
Schéma du processus d'élaboration du plan stratégique du développement des MS	Outil visuel à adapter pour orienter, démontrer le processus du développement du plan stratégique pour les MS	Compréhension plus profonde du processus d'élaboration
Plan opérationnel régional (modèle de Sénégal)	Exemple d'opérationnalisation du plan stratégique au niveau intermédiaire	Plans développés pour la mise en œuvre du plan stratégique aux niveaux intermédiaires

5. Innovation 3 – Implantation des MS dans la perspective d'une mise en réseau

Pourquoi et quels résultats peut-on attendre de cette stratégie?

Raison d'être

Aujourd'hui, il y a un fort intérêt de rendre le processus de développement des mutuelles de santé (MS) plus efficient et plus durable. Le processus de

mise en place des MS est assez standard et bien connu⁵. L'expérience du terrain témoigne que ce processus demande du temps et un appui important, surtout au début.

Cependant, le développement des MS n'a pas toujours été très systématique. «L'introversion» - le manque d'organisation et de concertation entre les MS - a fait que l'appui technique et/ou financier des promoteurs était éparpillé et ne

L'approche d'implantation de MS dans la perspective d'une mise en réseau consiste à faciliter la création simultanée de MS dans une aire géographique donnée (découpage territorial ou sanitaire). Dans ce cadre, quelques paramètres des MS sont harmonisés au niveau de l'aire géographique concernée, notamment le paquet de services, le ticket modérateur, le montant de la cotisation et la période d'observation. La création simultanée des MS permet aussi des gains d'efficience dans le processus de mise en place (exemples : des formations communes, stratégies de communication, etc.). Par ailleurs, la mise en réseau a pour fonction d'élargir la base de solidarité et de partage du risque maladie sur un plus grand nombre de membres, en ce qui concerne par exemple la couverture de gros risques.

bénéficiait que quelques MS spécifiques. En dépit d'une forte demande de la base pour un appui à la mise en place des nouvelles MS, ni les promoteurs, ni les gouvernements ne disposaient d'une stratégie concertée adéquate pour y répondre. Ainsi, le rythme de développement des MS était lent, et les coûts associés à la mise en place étaient assez élevés par MS. En somme, il y avait une faible capitalisation des expériences.

L'implantation des MS dans la perspective de mise en réseau est une stratégie qui accélère le développement des nouvelles MS en même temps qu'elle les rend plus stables et pérennes. La mise en réseau des MS peut être mise à profit pour faire face au problème d'instabilité financière associé à la couverture

des risques majeurs parmi les mutuelles de petite taille, et améliorer leur prise en charge en créant un mécanisme de mise en commun des gros risques sur l'ensemble du réseau local de MS.

Résultats attendus

Cette approche permet une mise en place d'un nombre important de MS dans un délai relativement court. Dans une période de deux ans au Bénin, par exemple, 14 MS ont été mises en place (dont 13 sont très fonctionnelles) dans deux communes (le niveau administratif décentralisé). Autrefois, le même processus de mise en place était répété pour chaque nouvelle MS, c'est-à-dire, l'étude diagnostic, les formations, les campagnes de sensibilisation, etc. Dans une approche d'implantation dans la perspective de mise en réseau, un paquet d'activités est exécuté au niveau de la commune/district, au lieu que cela ne soit fait au niveau seulement d'une MS à la base. Des économies d'échelle sont ainsi faites au niveau de l'étude de faisabilité, de la campagne de sensibilisation, de la formation, etc.

Puisqu'un groupe de nouvelles MS parcourt le chemin ensemble, le processus de mise en place est plus efficient et en même temps il crée une concertation et une solidarité entre les MS paires. En se basant sur une aire cohérente, cette approche favorise aussi la pérennisation, en renforçant des capacités locales autour d'un réseau. L'approche crée un esprit d'émulation qui multiplie des bons résultats. Le réseau en gestation devient un cadre de concertation dynamique, d'échange, de participation, et de soutien aux MS.

De plus, cette stratégie favorise une meilleure couverture de la population, en alignant les populations cibles des MS avec le découpage territorial; elle favorise aussi un rapide passage à l'échelle des MS. Au Rwanda par exemple, cette approche a permis la mise en place de 53 MS dans 3 districts, la mise en place de 3 fédérations de MS, et une adhésion de 10% de la population cible dès la première année. En suivant la même démarche, le Rwanda en 5 ans, a réussi à mettre en place dans tous les autres districts du pays, 224 MS qui couvrent environ 40 pourcent de la population du Rwanda.

L'approche de mise en réseau ouvre la possibilité aux MS d'accéder aux soins hospitaliers, tout en gardant leur paquet minimum d'activités (petits risques) disponibles au niveau du centre de santé de base. Pour couvrir les soins hospitaliers, il faut élargir le pool de risques pour pouvoir faire face aux besoins de santé qui sont plus chères et moins prévisibles. Le réseau, en regroupant plusieurs MS, permet cette évolution importante.

⁵ Voir, par exemple, Bennett, S. et al. Septembre 2004. 21 Questions sur le FCS: Un Aperçu du Financement Communautaire de la Santé. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform plus Project, Abt Associates Inc.

Décision sur l'implantation des MS dans la perspective d'une mise en réseau

Cette approche est particulièrement appropriée dans un contexte où il y a une forte demande de mise en place des MS aussi bien qu'une perspective d'étendre les MS dans un délai relativement court. L'existence d'un besoin réel de financement de soins et de mise en place de mécanismes d'assurance maladie au niveau de l'aire géographique, territoriale ou sanitaire; la disponibilité et la volonté de collaboration des services de prestation des soins et de bonne qualité; mais aussi l'implication d'autres acteurs clés à l'instar des autorités locales et nationales, et d'autres leaders d'opinion, constituent des atouts majeurs pouvant garantir une bonne implantation en réseau des MS.

Processus

Ainsi qu'il en est dans tout processus de mise en place d'une mutuelle de santé, l'approche d'implantation des MS dans la perspective d'une mise en réseau passe aussi par plusieurs étapes, et qui sont détaillées ci-dessous. L'innovation dans cette approche est que les activités se font en commun au niveau de la base d'implantation des MS, au lieu que cela ne soit fait de façon isolée par MS. Toutes ses activités donc aboutissent à la mise en place formelle du réseau.

1. Identification des acteurs clés au niveau des entités territoriales décentralisées ou des entités sanitaires, base d'implantation des MS. Afin de promouvoir un processus participatif, il faut d'abord identifier les principaux acteurs qui seront impliqués dans le processus de création des MS au niveau de chaque entité. Les acteurs clés peuvent inclure des institutions, des associations locales, des organisations paysannes, les élus locaux, les prestataires de soins, etc. Des réunions/ateliers de travail seront tenus avec ces acteurs pour décider de la composition du comité d'initiative représentatif au niveau de chaque unité; élaborer le plan d'action du comité d'initiative, y inclure la réalisation de l'étude faisabilité commune (voir ci-dessous); procéder à la formation des comités sur les concepts clés de la mutualité; assurer le suivi de la mise en oeuvre du plan d'action du comité d'initiative. L'idée majeure étant de pouvoir suffisamment outiller le groupe d'acteurs clés pour qu'ils soient capables de porter le projet de MS et de plaider au profit des MS; et partant rendre le processus de mise en place plus participatif et plus efficace (Voir aussi Innovation No. 8: «Partenariat avec les institutions et organisations locales pour le soutien au développement des MS»).

2. Etude de faisabilité. Etant donné qu'il y a cette perspective de mise en réseau, cette étape sera menée d'une façon globale au niveau de découpage territorial ou sanitaire. Ainsi donc, au lieu de faire

des études individuelles séparées, les différents comités d'initiative des MS en gestation la feront ensemble, en prenant part à l'exercice de collecte des données dans leurs juridictions et si possible en déléguant un membre au sein du comité technique restreint mis en place pour mener l'étude de faisabilité. Le comité technique restreint peut bénéficier du concours technique d'un consultant expert en la matière si les moyens le permettent. L'étude de faisabilité permettra entre autres d'appréhender les informations sur les caractéristiques socio économiques et culturelles de la population cible, la disponibilité et les coûts des services de santé, les arrangements institutionnels et communautaires existants; autant d'informations sur lesquelles le comité technique restreint et le comité de pilotage/ comité d'initiative vont se baser pour déterminer par exemple le paquet de services et la prime de cotisation, ainsi que la structure organisationnelle des MS.

3. Lancement des activités locales pour mobiliser la population. Les comités d'initiative devront mener des séances de restitution au niveau de la base. Le comité d'initiative mis en place au début peut être validé et/ou élargi. Son premier rôle est alors d'initier une campagne de sensibilisation, en collaboration avec les élus locaux et les prestataires de soins pour susciter l'adhésion des membres. Cette campagne peut comprendre des tournées de sensibilisation des membres des comités d'initiative à travers tous les villages de leurs localités, et des campagnes de sensibilisation sur les radios de proximité, pour expliquer à toute l'entité territoriale les principes de bases, le mode fonctionnement ainsi que les avantages d'une MS.

4. Implantation simultanée d'un certain nombre de MS. Afin de faciliter l'harmonisation des paramètres-clés des mutuelles, de favoriser l'échange d'expériences entre les acteurs, et de renforcer leurs capacités dans le domaine de la mutualité, les activités type de mise en place des MS énumérées ci-dessous sont initiées avec la participation des comités d'initiative. Il s'agit notamment de:

- △ l'évaluation de la campagne de sensibilisation;
- △ la finalisation du couple paquet de service / cotisation
- △ la formation des membres des bureaux exécutifs des MS (une fois identifiés lors de l'Assemblée Générale de chaque MS) et la mise en place du système de gestion des MS;
- △ la formation du personnel de santé;
- △ la signature des conventions de prestation de soins;
- △ la formation des membres des comités de surveillance.

L'approche d'implantation des MS en réseau repose beaucoup sur une étroite collaboration avec les entités territoriales décentralisées, les autorités sanitaires et d'autres leaders d'opinion. Il est important de les faire participer dans les étapes stratégiques de mise en place des MS et les séances de restitution des résultats.

5. Mise en place formelle du réseau. Le réseau serait composé de toutes les MS de l'entité territoriale/ou sanitaire cible qui veulent participer. Pour mettre en marche le réseau, ces MS devraient:

- △ se mettre d'accord sur l'organisation et le mode de fonctionnement du réseau et les objectifs du réseau
- △ rédiger des textes fondamentaux du réseau, et
- △ déterminer le niveau de «cotisation» de chaque MS au réseau pour son fonctionnement.

6. Appui-conseil. Une fois les MS fonctionnelles et le réseau mis en place, commence un processus continu de suivi et d'appui conseil pour renforcer les capacités des gestionnaires mutualistes à la base, ainsi que des prestataires partenaires des MS. (Voir Innovation No. 7: «Mise en œuvre d'un système de suivi évaluation par une fédération»).

Outils disponibles

Les outils présentés ci-dessous proviennent des expériences du Bénin et du Rwanda et comprennent des exemples de statuts du niveau intermédiaire, ainsi qu'un schéma d'une fédération des MS.

Un réseau des MS – son rôle

Que peut faire une fédération des MS? Voici quelques fonctions clés.

1. Constituer un cadre de concertation pour la mise en œuvre des programmes de formation- action, d'appui conseil et de suivi évaluation;
2. Constituer un cadre de négociation avec les partenaires sociaux, en particulier les établissements de prestation de soins pour l'obtention des meilleures conditions de qualité et de prix;
3. Aider les mutuelles à la satisfaction de certains besoins communs qu'elles ne peuvent assumer individuellement, par la gestion en pools de certaines fonctions que ces MS lui délèguent, par exemple:
 - ▼ Gérer les soins hospitaliers pour les mutualistes au centre hospitalier départemental/régional;
 - ▼ Constituer une banque de données sur les mutuelles de la commune/du district;
 - ▼ Organiser et mettre en œuvre l'inter-mutualité dans la commune/le district;
 - ▼ Constituer et gérer un fonds de garantie pour les MS de la commune/du district;
 - ▼ Prévenir et gérer les éventuels conflits intra et inter MS ou entre les MS et d'autres acteurs;
4. Favoriser la promotion des MS en faisant des campagnes de sensibilisation communes;
5. Représenter l'ensemble des MS auprès des partenaires, autorités et prestataires de soins (promoteurs, zone/district sanitaire, autorité locale, etc.);
6. Enfin, assurer la défense des intérêts matériels et moraux de l'ensemble des MS de la commune/district.

Outils disponibles		
Outil	Utilisation	Résultat attendu
Statut d'union communale	Exemple des textes fondamentaux du réseau au Bénin	Comprendre les textes fondamentaux qui gouvernent un réseau fonctionnel; faciliter la mise en place d'autres réseaux
Statut de la Fédération des SPP Byumba/ Rwanda	Rôles et modes de fonctionnement de la fédération	Instrument juridique régissant la fédération des MS
Rapport de l'atelier d'échange sur les expériences des mutuelles de santé des communes de Banikoara et de Sinendé	Exemple du processus de cette approche du Bénin	Meilleure compréhension des dynamiques d'échange et de concertation dans cette approche
Schéma de la fédération des MS au Rwanda	Rôles et modes de fonctionnement de la fédération	Création d'un schéma de la fédération

6. Innovation 4 – Mise en œuvre d'une expérience pilote des mutuelles de santé dans la perspective d'une extension à l'échelle nationale

Pourquoi et quels résultats peut-on attendre de cette stratégie?

Une phase pilote s'inscrit dans le cadre d'une approche incrémentielle de développement d'une politique ou de réformes dans des domaines relativement complexes ; c'est un mécanisme

Une phase pilote des MS dans une perspective d'extension à l'échelle nationale est une période d'émergence et d'expérimentation des MS, afin d'anticiper sur leurs conséquences relativement aux objectifs du système de santé, et de développer les capacités internes de mise en œuvre à une grande échelle. Une phase pilote enclenche un processus cumulatif d'apprentissage de la mutualité à travers lequel les acteurs mutualistes locaux (promoteurs et mutualistes) identifient et élaborent les cadres institutionnels et juridiques devant supporter les MS, échangent leurs expériences, les meilleures pratiques, les stratégies et les outils.

d'expérimentation très utile dans le domaine des réformes dans le secteur de la santé, particulièrement dans les réformes qui requièrent un large consensus sur leur raison d'être et leurs implications relativement aux objectifs du système de santé, et celles pour lesquelles des capacités de mise en œuvre doivent être développées pour assurer une mise en

œuvre et un suivi effectif. Il y a parfois une résistance aux «pilotes» parce que souvent, les expériences pilotes sont rarement capitalisées et partant les résultats s'arrêtent à mi-chemin ; ceci est très souvent le cas lorsque les aspects institutionnels du développement de la politique et de la phase pilote ne sont pas bien maîtrisés et intégrés dans la conception même de la phase pilote. Cependant, une phase pilote qui, dès le début prend une perspective de l'extension à l'échelle nationale, permet la création de la demande pour une réforme; la recherche-action (pour faire un choix entre des réformes possibles); le développement d'un modèle de réforme; la démonstration d'un modèle déjà développé ou son adaptation au contexte local; ou bien le renforcement de la capacité de mettre en œuvre des réformes.⁶ Dans le domaine de la mutualité, la phase pilote pourrait fournir un soutien technique, administratif et moral au développement de la mutualité sur tout le territoire national.

Raison d'être

Dans beaucoup de pays en Afrique, le niveau d'utilisation de soins de santé reste très faible. Et très souvent, les gouvernements sont à la recherche des solutions alternatives de financement dans le secteur de la santé pour réduire les barrières financières et accroître l'utilisation des services: les mutuelles de santé (MS) sont de plus en plus perçues comme une solution potentielle. Et quand bien même il y aurait des expériences des MS dans un pays, elles sont souvent éparpillées, mal connues, et pas bien documentées. De plus, dans beaucoup de pays, les capacités institutionnelles et techniques pour développer les MS sont encore faibles.

Parfois la volonté politique de mettre en place des MS dépasse les capacités techniques existantes, au point qu'il est difficile d'élaborer et mettre en œuvre des bonnes stratégies de mise en place des MS. Pour étendre les MS à l'échelle nationale dans pareil contexte, une phase pilote pourrait (1) créer une bonne base d'expériences mutualistes et (2) adresser des problèmes techniques (faible capacité, expériences limitées) avant toute extension au niveau national. Autrement dit, la phase pilote peut servir de plate-forme pour anticiper sur les conséquences des MS relatives aux objectifs du système de santé et pour familiariser les acteurs de la santé avec les stratégies qui doivent soutenir la mise en place des MS.

Résultats attendus

Une phase pilote permet une bonne conception, non seulement des MS, mais aussi des systèmes d'appui (systèmes et outils de gestion, la fédération de plusieurs MS, systèmes d'information et de suivi, les relations avec les prestataires de soins, stratégies et matériels de formation, stratégies et matériels de sensibilisation, etc.). Pendant la phase pilote, il est possible d'identifier et de régler certains problèmes qui ne peuvent être révélés que par l'expérience, mais aussi de stimuler et d'identifier des innovations et des meilleures pratiques, de les documenter et de les généraliser, tout en créant des compétences techniques et des savoir-faire dans le cadre du développement des MS. Enfin, une phase pilote permet d'identifier les coûts associés à la mise en place des MS pour soutenir le processus de planification de leur extension à une grande échelle. En résumé, une phase pilote permet de concevoir un système approprié au milieu d'implantation, de développer et raffiner les outils de gestion, de bâtir et consolider les compétences nationales en matière de mutualité, ainsi que de capitaliser les expériences avant leur extension au niveau national.

Jusqu'à présent, le Rwanda est le seul pays en Afrique qui a mis en œuvre une expérience pilote des MS dans la perspective d'extension à l'échelle

⁶ Bennett, Sara and Mary Paterson. January 2003. Piloting Health System Reforms: A Review of Experience. *Technical Report No. 019. Bethesda, Maryland: The Partnerships for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.*

nationale. Il est vrai que la situation post génocide a favorisé la recherche des solutions aux problèmes du système de santé, en mettant surtout l'accent sur le besoin de renforcer les mécanismes de solidarité et la cohésion sociale. Cette stratégie de l'expérience pilote du Rwanda a démontré son efficacité et pourrait être aisément répliquée dans d'autres pays. Ainsi donc, le Rwanda fournit un exemple concret des résultats qu'on peut attendre de la stratégie d'expérience pilote dans le domaine de la mutualité.

L'expérience pilote du Rwanda avait quatre objectifs de politique de santé auxquels elle devait contribuer: (i) améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé, (ii) améliorer la qualité des soins de santé, (iii) renforcer les capacités de gestion, et (iv) renforcer la participation communautaire dans la gestion des services de santé. Pour bien démontrer l'impact du pilote sur chacun de ces objectifs, une emphase particulière a été aussi mise sur la collecte d'information tout au long du processus de la phase pilote.

Le cadre ci-après présente les grandes lignes de l'expérience pilote au Rwanda.

développé la base d'expériences, les moyens humains, les systèmes et les outils pour appuyer l'extension dans les autres districts du pays. Les mutuelles mises en place durant la phase pilote étaient des exemples que les initiateurs de mutuelles d'autres districts du pays pouvaient visiter dans le cadre de voyages d'études. Ces mutuelles ont servi ainsi donc de piliers dans la stratégie horizontale de formation par les paires, où les nouveaux initiateurs apprennent des expériences de leurs homologues des districts pilotes. La probabilité de réussite était bonne parce que les problèmes majeurs avaient été déjà identifiés et réglés avec cette approche incrémentielle des MS pendant la phase pilote. En conséquence, il était possible de prendre un raccourci dans la mise en place de nouvelles MS en adaptant le modèle de MS développé durant la phase pilote aux spécificités locales et en introduisant des variations sur certains des éléments organisationnels, les paquets de bénéfiques, les politiques d'adhésion et de contribution.

Décision sur la phase pilote

Dans la perspective d'étendre les MS à l'échelle nationale, il faut considérer certains préalables pouvant garantir la bonne réussite de la stratégie d'expériences

Phase pilote au Rwanda – Grandes lignes	
Phase pilote et adaptation 1999-2004	Extension 2005-présent
<ul style="list-style-type: none"> ▼ Mise en place de 54 MS dans 3 districts ▼ Mise en place de 3 fédérations de MS ▼ Adhésion de 10% de la population cible dès la première année (90,000) ▼ Les données statistiques de routine et des enquêtes de ménages ont montré une nette amélioration de l'accessibilité financière des membres aux soins de santé, qui consultent en moyenne quatre fois plus les services de santé modernes que les non membres ▼ Phase pilote 18 mois, phase d'adaptation 24 mois 	<ul style="list-style-type: none"> ▼ Mise en place de 224 MS qui couvrent 3, 073,508 bénéficiaires* dans tous les districts du Rwanda (2005) ▼ Adhésion d'environ 40 % de la population du Rwanda. ▼ Plan triennal de passage à l'échelle nationale (2005-2007)

En effet, à la fin de la phase pilote, le Rwanda disposait d'un nombre important de MS, un paquet consolidé d'outils techniques, une base d'expérience dans le domaine de la mutualité au niveau du Gouvernement ainsi que dans les districts pilotes, mais aussi un noyau de formateurs nationaux.

La phase pilote a pu renforcer la volonté politique de passer à l'échelle nationale parce qu'elle avait généré une base d'informations pour démontrer l'impact des MS relativement aux objectifs de politique de santé. A la suite du développement d'un plan stratégique pour le passage à l'échelle, l'extension a pu se faire relativement vite parce que la phase pilote avait

pilotes. Y a-t-il l'existence d'une volonté politique de piloter les MS? Y a-t-il des objectifs bien définis et un engagement ferme des décideurs clés du Ministère de la Santé? Y a-t-il un investissement important en ressources financières et en assistance technique, inscrit dans un horizon de temps qui n'est pas trop contraignant? Autant de facteurs primordiaux pour la réussite de l'expérience pilote. Bien plus, la formulation des objectifs et attentes bien spécifiques par l'Etat à l'endroit de l'expérience pilote, peut faciliter une bonne conception de la phase pilote.

Processus

Voici les étapes clés du processus de mise en place d'une expérience pilote des MS.

- 1. Investiguer les coûts réels et les mécanismes locaux du financement des services de santé.** La phase pilote est une activité de recherche-action, il faudrait par conséquent avoir les données de base fiables pour l'orienter. Les données pourraient déjà être disponibles, ou devraient faire l'objet d'une étude spéciale : l'important est que l'expérimentation des systèmes de mutualité ou des mécanismes alternatifs de financement soit basée sur une connaissance des faits afin d'atteindre les objectifs planifiés par l'Etat.
- 2. Expression claire d'une volonté politique par l'Etat/ Ministère de la Santé (MdS).** Pour réussir, la phase pilote nécessite le leadership et l'appui du MdS et de l'Etat. Il faudrait par conséquent que ces différents leaders comprennent à suffisance le bien fondé et la pertinence de la phase pilote, qu'ils s'engagent et qu'ils expriment leurs attentes auprès des parties techniques. Des documents de plaidoyer et un appui technique rapproché sont souvent très utiles au niveau de cette étape pour aider le MdS/ l'Etat à formuler ces attentes.
- 3. Planification de la phase pilote et mise en place d'un comité de pilotage.** La phase pilote requiert une planification concertée avec les décideurs clés et le personnel technique. Cette planification pourrait être organisée au cours d'un atelier dans lequel on définirait les attentes, les objectifs spécifiques, et les grandes lignes du pilote. Il est essentiel d'élargir le cadre de concertation pour maximiser l'engagement de toutes les parties prenantes impliquées dans l'expérience pilote et plus tard dans la phase d'extension. Une façon d'assurer cette participation est la mise en place d'un comité de pilotage. Le rôle du comité de pilotage est d'orienter les différentes phases du développement de la phase pilote; d'identifier les obstacles de politique et les goulots d'étranglement qui sont révélés dans la mise en œuvre et de leur trouver des solutions; d'anticiper les implications de la phase pilote; et d'institutionnaliser un cadre national de concertation sur les MS. Les membres potentiels à faire partie du comité de pilotage (la mise en place des membres du comité de pilotage pourrait se faire par exemple par arrêté ministériel) comprennent les représentants du Ministère de la Santé aux niveaux national et opérationnel (ex. les districts sanitaires), les représentants d'autres Ministères clés (Administration Locale, Finance, ministère chargé de la Protection Sociale par exemple), les représentants de la population à l'instar des élus locaux, les partenaires, ainsi que d'autres acteurs clés (comme les ONGs).

- 4. Conception et mise en place du système.** Le processus de conception et de mise en place des MS devrait être itératif, à travers l'organisation des ateliers techniques au niveau national, et des ateliers de rétro information au niveau local au cours desquels les participants (les élus, les prestataires, les leaders d'opinion, les représentants des organisations communautaires de base, etc.) discutent des paramètres fondamentaux des MS pilotes à mettre en place (la prime de cotisation, la périodicité de cotisation, le paquet de bénéfices, etc.).

La conception du système des outils de gestion intervient également à ce stade: il est conseillé de commencer ce processus par l'identification des outils de gestion existants, par exemple au niveau du prestataire de soins pour éviter toute duplication. Les outils à développer comprennent non seulement ceux qui vont permettre la bonne gestion des MS, mais aussi ceux qui fourniront l'information nécessaire au MdS afin d'évaluer l'impact de la phase pilote sur les objectifs identifiés au départ.

C'est également au cours de cette étape, que sont enclenchées les différentes activités relatives à l'opérationnalisation des MS (la mise en place des bureaux provisoires, la formation des gestionnaires, les activités de sensibilisation, le recrutement des membres, la signature des conventions de collaboration avec les formations sanitaires, le démarrage des prestations des MS, la constitution des organes élus des MS, etc.).

La conception du système peut aussi décider de la mise en réseau des MS pour élargir la base de solidarité sur une plus grande étendue géographique. La mise en réseau pourrait par exemple impliquer la création des fédérations. La fédération est souvent composée par des représentants des MS de la base, élus au cours des Assemblées Générales. La mise en réseau /fédération peut jouer plusieurs rôles allant du rôle d'intermédiation entre les MS membres et les services de santé, les autorités sanitaires régionales et autres autorités politiques; elle peut aussi jouer le rôle technique de suivi continu des MS membres et de cadre de résolution des problèmes des MS en collaboration avec le MdS (niveau opérationnel) et les partenaires techniques de la phase pilote. (Voir «Implantation des MS dans la perspective d'une mise en réseau».)

- 5. Système de suivi et de renforcement des capacités (voir Innovation No. 7 «Mise en œuvre d'un système de suivi par une fédération» pour une explication détaillée).** Le système de suivi passe par une collecte régulière de données et par le renforcement continu des capacités à travers la supervision et l'appui conseil. Ces derniers peuvent se faire à deux niveaux. Le niveau central du comité de pilotage peut par exemple assurer la supervision

et fournir un appui conseil aux fédérations des MS, qui, à leur tour et en collaboration avec les autorités sanitaires provinciales ou régionales assurent la supervision et fournissent un appui conseil aux MS. Ce système d'échange permet en effet une discussion des problèmes et un échange sur les innovations tant horizontalement que verticalement dans le pilote entier.

Pendant la phase pilote, il doit y avoir un programme de renforcement des capacités à tous les niveaux et de façon simultanée.

6. Evaluation de la phase pilote. Toute phase pilote devrait avoir un volet d'évaluation afin d'apprécier si les objectifs visés ont été atteints; et surtout tirer les leçons pour planifier le passage à l'échelle. En effet, comme beaucoup de données auront été collectées tout au long de la phase pilote, il sera possible de démontrer l'impact du pilote par rapport aux objectifs initiaux. En principe, l'on devrait prévoir une évaluation à mi parcours pour apprécier si les activités en cours sont conformes au plan préétabli et identifier le cas échéant les actions correctives; ainsi qu'une évaluation finale qui se devra de consolider les résultats finaux du projet par rapport aux objectifs spécifiques du projet. Il est important de procéder à une dissémination des résultats de l'évaluation finale à travers la publication des rapports techniques et des documents de plaidoyer.

L'évaluation en soi est supportée par une série d'enquêtes, à l'instar de l'enquête auprès des patients, de l'enquête auprès des ménages, et de l'enquête au niveau des formations sanitaires, afin d'apprécier l'impact des MS sur l'utilisation des

soins de santé et la viabilité financière des formations sanitaires dans leurs relations avec les MS mises en place.

7. Phase d'adaptation, d'application. Après l'évaluation finale, il est indiqué d'avoir une période d'adaptation, d'application et de capitalisation de la phase pilote: cette phase permet d'appliquer les recommandations issues de l'évaluation de la phase pilote. Les leçons apprises au cours de la phase pilote sont généralisées dans les districts pilotes, et initiées dans de nouveaux districts. Les innovations et nouvelles approches sont aussi documentées et généralisées. Cette période est aussi le moment critique de planifier le passage à l'échelle nationale.

Le passage à l'échelle national requiert une planification technique et financière exhaustive et un plan d'opérationnalisation au niveau national, provincial ou régional (voir Innovation No.2 «Développement d'un plan stratégique»).

Outils/documentation disponibles

Tous les outils proviennent du Rwanda, étant donné que c'est le seul pays qui à ce jour a déjà eu une expérience d'une phase pilote dans le domaine de mutuelle de santé. La documentation comprend le plan d'évaluation de la phase pilote et des outils des enquêtes de base. La documentation comprend aussi deux «policy briefs» comme exemples d'outils d'appui technique et de plaidoyer auprès des décideurs pendant une phase pilote. Enfin, il y a le guide de formateurs utilisé pour créer un cadre de formateurs pour le passage à l'échelle nationale.

Outils disponibles		
Outil	Utilisation	Résultat attendu
Guide de formateurs sur les MS	Guide de formation des formateurs sur tous les aspects organisationnels et de gestion des MS	Un cadre de formateurs bien qualifiés pour appuyer l'extension des MS et former d'autres personnes en la matière
Policy brief sur les MS au Rwanda Policy brief – Programme d'appui sur le développement des MS	Exemple d'accompagnement technique (plaidoyer) du pilote	Les officiels du MdS ainsi que d'autres ministères et institutions gouvernementales impliqués dans la phase pilote (leaders du pilote) bien préparés au plaidoyer a mener auprès de leurs homologues et auprès de la population en général quant à l'importance du pilote
Outils de collecte des données de base,	Modèles des termes de référence des enquêtes, les questionnaires des enquêtes utilisées pour la collecte des données lors de la phase pilote	Outils disponibles pour la collecte des données de base et d'évaluation
Outils d'évaluation	Evaluation des performances de la phase pilote	Plan d'évaluation disponible pour orienter la phase pilote
Plan d'évaluation de la phase pilote	Identification des critères et indicateurs aux objectifs de la phase pilote	

7. Innovation 5 – Décentralisation de la gestion des mutuelles de santé

Pourquoi et quels résultats peut-on attendre de cette stratégie?

Raison d'être

Deux raisons principales pourraient pousser une mutuelle de santé (MS) à décentraliser⁷ sa gestion. La première perspective est une MS qui s'est agrandie au point que son bureau de gestion n'est plus capable

La décentralisation de la gestion des MS consiste à la dévolution des fonctions, des responsabilités et des ressources de l'organe de gestion de la mutuelle à des instances proches des membres. L'objectif est de permettre d'une part une meilleure implication de la base dans l'administration et la gestion des activités de la MS et d'autre part de permettre une approche de proximité dans la prise en compte de certaines missions fondamentales, telles que l'information, la sensibilisation, le recrutement des membres, le recouvrement des cotisations, et la gestion des relations avec les prestataires de soins.

d'assurer d'une manière efficiente son fonctionnement, même la collecte des cotisations. Par ailleurs, la grande taille de la MS peut se traduire par un éloignement des instances, et par conséquent la réduction ou l'absence d'interaction entre les dirigeants et les membres. Dans ce cadre, la décentralisation augmente la

participation des membres dans la vie quotidienne de la MS en rapprochant les instances de décision et certaines fonctions des membres à travers la création des organes de gestion locale. Ainsi donc, la décentralisation peut contribuer à régler un déficit d'efficacité administrative de certaines fonctions de la MS. Par exemple, le recrutement des membres, le recouvrement des cotisations, la gestion des contrats avec les prestataires de soins, la prise en charge des malades pourraient être devenu trop lourd pour un bureau central de gestion et pourraient être confiée aux bureaux de gestion décentralisés.

La deuxième est une perspective d'extension pour les mutuelles de santé de faible taille, fait qui cause des implications négatives sur leur viabilité financière. La distance géographique peut, en effet, rendre difficile l'accès à la mutuelle pour les populations. La décentralisation pourrait dans ce cas-ci pallier au problème, en permettant de mener les activités d'extension de la MS à partir (et avec la participation) d'une subdivision de la population cible (sensibilisation, recrutement des membres, etc.).

⁷ Le terme «décentralisation» est utilisé dans ce document pour être conforme avec la terminologie utilisée sur le terrain ; bien que l'approche décrive plutôt une dévolution des instances gouvernantes d'une MS.

Par ailleurs, dans le cadre du passage à l'échelle de MS, il y a une tendance à vouloir aligner les populations cibles des MS avec les limites des territoires des niveaux administratifs décentralisés (cas du Ghana et du Rwanda, tendances en cours au Bénin et au Sénégal). La décentralisation de la gestion représente une stratégie pour faire face à la tension qui peut exister entre la volonté de couvrir l'ensemble de la collectivité locale et la nécessité de maintenir la proximité des instances de la MS vis-à-vis des membres.

Résultats attendus

La décentralisation de la gestion d'une MS permet d'accroître la participation des membres et de réaliser de meilleurs résultats dans le recrutement de membres et l'amélioration du taux de recouvrement des cotisations.⁸ En plus, la décentralisation de la gestion d'une MS renforce les relations entre la MS et les prestataires conventionnés. En résumé, la décentralisation de la gestion des MS contribue aux résultats suivants:

- ▲ L'amélioration du système de recouvrement des cotisations;
- ▲ L'amélioration du taux de pénétration (le pourcentage de la population cible qui adhère à la MS);
- ▲ L'amélioration des relations avec les prestataires de soins;
- ▲ Une meilleure couverture en matière de sensibilisation;
- ▲ Une meilleure participation des membres à la prise de décision;
- ▲ Une meilleure représentativité des membres (système de délégués);
- ▲ L'augmentation de la transparence dans la gestion.

Nette augmentation dans le recrutement des membres après une décentralisation des organes – deux cas d'étude

Wayerma, une MS urbaine au Mali, a décentralisé sa gestion à partir d'octobre 2003 dans la perspective d'élargir sa base sociale à trois nouveaux quartiers avec des bureaux décentralisés. Le nombre de bénéficiaires est passé d'environ 1,700 en 2003 à plus de 5,700 à la fin de 2004.

Soppanté, une MS rurale au Sénégal, a élargi sa population cible (en doublant le nombre de villages concernés de 30 à 60) et a fait un grand effort de promotion et recrutement au début de son processus de décentralisation. Le nombre d'adhérents est passé de 555 à 1,071, et le nombre de bénéficiaires de 3,330 à 7,456.

⁸ Franco, L. et al. Novembre 2004. La Participation Sociale dans le Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal, p. 45.

Décision sur la décentralisation

La décision de décentraliser la gestion de la MS est du ressort de l'Assemblée Générale; cette décision doit être une demande exprimée et discutée avec la base de la MS. Voici quelques questions clés dans la décision de décentraliser la gestion: Y a-t-il des problèmes auxquels la décentralisation pourrait répondre: par exemple, une insuffisance d'accès à l'information relative à la MS, des problèmes de gestion pour les organes « centralisés » ? Existe-t-il un consensus sur la décentralisation de la gestion parmi les membres et les dirigeants de la MS? Y a-t-il des ressources humaines et financières pour procéder à la décentralisation (pour constituer les organes décentralisés et pour assurer la bonne formation et l'accompagnement des organes décentralisés)?

Processus

Après une prise de décision par l'Assemblée Générale de décentraliser la gestion de la MS, le processus de décentralisation s'effectue suivant les 5 étapes ci-dessous.

1. Planification de la décentralisation. Détermination des éléments opérationnels de la décentralisation au cours d'une réunion ou d'un atelier qui regroupe le conseil d'administration, notamment :

- △ Subdivision de l'aire de couverture de la mutuelle de santé en différentes zones: Ceci peut concerner les populations qui font déjà partie de la MS et/ou d'autres populations cibles à recruter. Dans les deux cas, l'objectif est de regrouper plusieurs villages/quartiers, par exemple, dans une zone pour promouvoir plus d'efficacité et d'efficacité dans le contact entre la MS et ces populations. La composition d'un tel système décentralisé (et ses instances) se fait de la base au sommet, comme suit:



Ce travail s'effectue en tenant compte du nombre d'adhérents et leur répartition sur l'aire de couverture de la mutuelle de santé. Ainsi donc, on pourrait créer plusieurs zones.

- △ Prise de contact avec les responsables, leaders de niveau décentralisé (zones);
- △ Réunions d'information dans les zones (les participants sont les leaders et les adhérents);
- △ Tenue des assemblées générales zonales pour la mise en place des organes décentralisés (participants sont les leaders et les adhérents);
- △ Renforcement des capacités des membres des organes décentralisés;
- △ Programme de mise en place du système de gestion au niveau zonal (outils de gestion administrative et financière);
- △ Elaboration et l'adoption d'un règlement intérieur des bureaux de zone;
- △ Tenue des réunions mensuelles (bureaux de zone).

2. Préparation et tenue des Assemblées Générales zonales:

l'Assemblée Générale de zone devient le principal organe de participation à la base pour les adhérents et élit les délégués de zone, qui à leur tour éliront les membres du comité de gestion de la zone/bureau exécutif de zone.

3. Instauration d'Assemblées Générales de délégués:

les villages présents aux Assemblées Générales décentralisées nomment leurs «délégués» qui participeront à l'Assemblée Générale au niveau central.

4. Mise en place et formation des bureaux de zone:

les membres de la mutuelle de santé de la zone choisissent les membres du comité de gestion. La participation des leaders d'opinion est importante à ce stade pour promouvoir leur implication dans la promotion de la MS et la sensibilisation de la population de façon continue.

5. Déconcentration des fonctions et tâches administratives (voir l'exemple dans l'encadré)

- △ la réalisation des activités de sensibilisation,
- △ le recrutement des membres,

Expérience de motivation des bureaux décentralisés (de zone) au Sénégal

Ainsi qu'il en est dans plusieurs pays, les bureaux de gestion des MS au Sénégal sont souvent basés sur le bénévolat. En multipliant le nombre de bureaux, il fallait trouver des solutions pour motiver les bureaux locaux pour assurer les tâches d'administration et de gestion. Un système de motivation, en expérimentation actuellement, prévoit que les collecteurs des cotisations reçoivent entre 5 et 10 % des cotisations collectées par mois. Les frais occasionnés dans l'exercice des fonctions sont aussi remboursés.

- △ le recouvrement des cotisations,
 - △ la gestion des relations avec les prestataires de soins.
- Afin d'assurer la qualité technique de la gestion par ces différents organes, il faut faire un suivi des comités de gestion. Ceci demande un appui régulier

et correct de la part du bureau central, et parfois des partenaires.

La structuration, les rôles et les fonctions du système de gestion décentralisée de la MS Soppanté au Sénégal sont présentés à titre d'exemple ci-après. Soppanté a été créée en 1998 et compte aujourd'hui

La structuration, les rôles et les fonctions du système de gestion décentralisée de la MS de Soppanté

Au niveau central de la Mutuelle de Santé

L'assemblée générale (AG):

L'AG est l'organe suprême. Du fait de la taille de la mutuelle, de l'éloignement des villages et du nombre important d'adhérents, il est décidé que chaque zone sera représentée à l'AG par des délégués. L'AG est donc une assemblée des délégués de zone. Ce sont les membres des bureaux exécutifs de zone renforcés par d'autres membres du comité de gestion qui participent au nom de leur zone à l'AG. En moyenne 8 personnes participent par zone soit environ 60 délégués. C'est le comité de gestion de zone qui désigne les représentants à l'AG.

L'AG discute et adopte les propositions que lui soumet le conseil d'administration. Ces propositions sont discutées et amendées auparavant par les assemblées de zone. L'AG a pour mission de définir la politique générale de la mutuelle à travers l'adoption des plans d'action et plan de développement de la mutuelle, les budgets; d'amender et d'adopter les textes qui réglementent le fonctionnement de la mutuelle, de procéder à l'élection des administrateurs et contrôleurs de la mutuelle au niveau central. Systématiquement l'AG aborde dans son ordre du jour, le rapport financier, des points des statuts et règlement intérieur notamment les cotisations et/ou les services couverts. C'est dans de rares cas que les budgets, le plan d'action sont abordés.

Le conseil d'administration (CA)

Il est composé de 21 membres élus par l'AG. Le conseil d'administration se réunit une fois par trimestre. La réunion du CA est toujours ouverte aux Comités de Gestion des zones. Le CA est chargé de veiller à l'exécution des décisions de l'AG et rend compte de sa gestion. Le CA présente à l'AG et aux AGZ les rapports d'exercice, les plans d'action, les budgets et les propositions de révision des textes. Il élabore les plans d'action trimestriels, examine les rapports de gestion que lui présente le bureau exécutif. Le CA élit les membres du bureau exécutif (BE).

Le bureau exécutif (BE)

Les membres du bureau sont élus par le conseil d'administration. Le bureau compte 5 membres: un président et son vice, un secrétaire général et son adjoint et un trésorier. Le bureau assure la gestion quotidienne de la mutuelle. Il fait la coordination générale et assure le suivi des comités de gestion et des bureaux exécutifs locaux. Le trésorier qui assure les fonctions de gérant suit l'exécution des budgets des comités de gestion. Il fait la situation des recettes et dépenses mensuelles avec les différents gérants, et encaisse les excédents mensuels. Il utilise ces excédents pour payer les factures de l'hôpital.

C'est le bureau qui prépare les réunions du CA. Il a en charge la préparation des budgets, des programmes annuels, la rédaction des rapports. Ces documents sont ensuite soumis au CA. Le bureau gère les relations avec l'hôpital (signature et suivi des conventions, délivrance des lettres de garantie, paiement des factures).

Au niveau décentralisé de la MS

L'AG de zone (AGZ)

Elle est composée des adhérents de la zone et se réunit une fois par an pour:

- ▼ Examiner les rapports de gestion de la mutuelle et notamment la situation de la zone;
- ▼ Se prononcer sur les propositions de modifications des textes de la mutuelle;
- ▼ Elire les membres du comité de gestion de la zone à raison de deux par village. Ce sont les adhérents par village présents à la réunion qui proposent à l'AGZ leurs délégués.

Le Comité de gestion de zone (CG)

Ses membres sont élus par l'AGZ. Le nombre varie suivant l'importance des villages de la zone. Chaque village est représenté par deux délégués. Le CG élit les membres du bureau. Il est chargé de gérer la mutuelle au niveau de la zone. Il a effectué des tournées de sensibilisation, recueille les adhésions, etc. Il organise la réunion de l'AGZ et lui présente en collaboration avec le CA les propositions de budget, plan d'action, de révision des textes.

Cont p. 22

La structuration, les rôles et les fonctions du système de gestion décentralisée de la MS de Soppanté (Cont.)

Le bureau de zone (BZ)

Il est composé de membres dont un président et son vice président, un secrétaire et son adjoint

- ▼ Il est chargé de la coordination au niveau de la zone
- ▼ Il s'occupe de l'exécution quotidienne des activités de la mutuelle au niveau zone
- ▼ Il travaille en étroite collaboration avec le gérant
- ▼ Il gère la relation avec les postes de santé

Le gérant de zone

- ▼ Il s'occupe du recouvrement des cotisations (du 1^{er} au 10 de chaque mois)
- ▼ Il recrute de nouvelles adhésions
- ▼ Il s'occupe du règlement des factures (retrait et paiement)
- ▼ Il s'occupe de la tenue à jour des livrets de famille et des supports de gestion
- ▼ Il sert de relais entre la mutuelle et les membres
- ▼ Il verse mensuellement les cotisations des membres de sa zone au niveau du trésorier central
- ▼ Il recueille les plaintes des membres pour les soumettre au responsable de zone

GRAIM. Etude de Cas, Mutuelle de Soppanté. *PHRplus-Sénégal, à paraître 2006.*

environ 7,500 bénéficiaires. La MS couvre environ soixante villages avec une population cible de 30,000 personnes. Soppanté entretient des conventions de collaboration avec 13 postes de santé (dont 5 privés) et un hôpital régional. Les consultations primaires curatives, les médicaments génériques, et les accouchements sont couverts à 60% dans les postes de santé, tandis qu'à l'hôpital, les examens complémentaires, la chirurgie, la maternité et les césariennes sont couvertes à 50%.

Outils disponibles

Les outils ci-dessous portent sur le processus de décentralisation de la gestion d'une MS. Une fois décentralisée, une MS utilise les mêmes outils de gestion financière et administrative que toute autre MS. Une matrice pour planifier la décentralisation vient du Sénégal, aussi bien qu'un manuel de procédures pour les instances décentralisées. Il y a un exemple des textes réglementaires d'une MS décentralisée. Enfin, il y a une étude de cas qui détaille l'expérience pionnière de décentralisation de la MS Soppanté dans la région de Thiès au Sénégal.

Outils disponibles		
Outil	Utilisation	Résultat attendu
Matrice de planification de la décentralisation de la gestion des MS	Aide à la planification – élaboration des étapes, des responsables, du calendrier	Démarche logique, timing et responsables bien définis
Manuel de procédures administratives et financières des instances décentralisées	Document de référence des instances décentralisées	Information suffisante au niveau de la base pour permettre une bonne gestion, un réglage quotidien des problèmes, des questions
Règlement intérieur et statut d'une MS décentralisée	Exemples, modèles des textes de base des MS déjà décentralisées	Rédaction du règlement intérieur et du statut de la MS pour prendre en compte la gestion décentralisée
Etude de cas: la MS Soppanté	Description détaillée de l'expérience d'une MS pionnière en matière de décentralisation de la gestion	Meilleure connaissance des expériences du processus de décentralisation de la gestion d'une MS

8. Innovation 6 – Stratégie de communication avec les radios locales pour le développement des mutuelles de santé

Pourquoi et quels résultats peut-on attendre de cette stratégie?

Raison d'être

La nécessité de mobiliser la population cible est une réalité permanente pour les mutuelles de santé, aussi bien pour l'adhésion que pour le paiement régulier des cotisations. En effet, la communication est importante de façon permanente en ce qui concerne les

L'utilisation des radios locales permet d'accroître la sensibilisation sur les MS, de mobiliser de nouveaux membres adhérents, et de créer un partenariat avec d'autres acteurs locaux, en l'occurrence les médias locaux. En effet, parmi les moyens de communication modernes, la radio s'avère être celle qui touche la grande majorité de ménages ruraux en Afrique de l'Ouest, comme du reste dans d'autres pays pauvres. Ainsi donc, la radio constitue un mécanisme efficace pour véhiculer les messages de vulgarisation des MS auprès de la population. Le but de la présente stratégie est de créer un partenariat durable et dans lequel la radio perçoit un intérêt de continuer à parler des MS.

mutuelles de santé (MS) : dès le début pour mobiliser la population à adhérer, mais aussi bien après pour que la population reste active dans la MS et pour qu'elle soit au courant des événements et des changements survenus. Cependant, les mécanismes internes de communication des MS sont généralement encore faibles, vu que la

communication s'effectue d'habitude de personne à personne ; et en conséquence, la capacité de mobiliser le paiement des cotisations, de sensibiliser la population à adhérer, ou de transmettre d'autres messages importants s'avère être limitée. Le recours aux radios locales pourrait faciliter beaucoup plus le circuit de communication entre les instances dirigeantes de la MS et les membres, étant donné leur proximité et efficacité dans la transmission des messages. Une autre raison de recourir aux radios locales découle de cet impératif que les MS sont plus fortes comme structure d'assurance quand elles ont plus de membres (en distribuant le risque sur un plus grand nombre de membres), et qu'il est donc important de mettre en place des mécanismes de communication qui permettent d'atteindre un plus grand nombre de personnes avec divers messages. Ces mécanismes de communication ne pourraient puiser que dans l'oralité, vu que la majorité de la population est essentiellement rurale et analphabète. C'est ce qui expliquerait l'explosion des chaînes de radios locales qui sont aujourd'hui incontournables presque partout en Afrique de l'Ouest et partout ailleurs en Afrique.

Résultats attendus

Un partenariat avec une radio locale permet une large diffusion d'un répertoire de messages écrits et sonores de

vulgarisation de la MS. Et comme la radio est un moyen de communication qui touche presque toute la population, une campagne radio peut inciter un très grand nombre de membres potentiels à adhérer. Les messages conçus pour la radio pourraient être aussi adaptés et incorporés dans d'autres médias complémentaires de sensibilisation (brochures,

bandes dessinées, etc.) pour susciter une mobilisation massive de la population. Mais ce qui est davantage plus important dans le partenariat avec les radios locales, c'est le renforcement des capacités et la création des « partisans » du mouvement mutualiste. En effet, les personnels des radios ayant été formés et ayant participé aux différentes étapes clés de mise en place des MS - de la sensibilisation à la signature des conventions avec les prestataires - deviennent aussi compétents en matière de MS et des interlocuteurs valables dans l'extension et le renforcement des MS. De plus en plus, la radio devient un espace de communication et de participation dans la vie de la MS (voire l'encadré sur le Mali).

«Médiatisation» des MS au Mali

Les journées de promotion sont une stratégie répandue de mobilisation dans les MS. A Sikasso (un site urbain), par exemple, une troupe théâtrale et des balafonistes ont animé à la place publique avec des chants et des danses, et il y a eu des témoignages de personnes qui ont bénéficié des prestations des MS. A Bla (un site rural), un match de football a opposé le personnel de santé aux mutualistes pour démontrer la bonne collaboration qui existe entre les deux parties. Des prix ont été offerts dans les deux sites pour récompenser les participants. Et ce qui a rendu très fructueux ces activités de promotion, c'est leur forte médiatisation, car les radios locales ont fait un reportage en direct de toutes manifestations sur chaque site.

Décision de créer un partenariat avec les radios communautaires

Quels sont les préalables dans la mise en œuvre d'une stratégie de partenariat avec les radios communautaires? L'on devrait en effet se poser les questions suivantes :

- ▲ Quelle est la radio de proximité la plus écoutée par les populations de la zone ciblée par la mutuelle de santé? En effet, la présente stratégie dépend fortement de l'existence et de la portée des radios de proximité.
- ▲ Est-ce que les radios impliquées ou sont elles intéressées à s'impliquer dans le domaine de développement local? En effet, pour que la stratégie

fonctionne bien, il faudrait que les radios aient une certaine volonté de s'ouvrir aux activités de développement local, comme celles relatives aux MS.

Témoignages radio et mobilisation des communes voisines au Bénin

Les émissions et les témoignages des bénéficiaires (patients ayant été pris en charge par les mutuelles) des mutuelles de santé diffusés par FM Nonsina de Bembèrèkè au Nord du Bénin, ont contribué à convaincre les populations des avantages avérés des mutuelles de santé. Actuellement, les populations des communes limitrophes (Péhonco, Gogounou etc.) manifestent l'intention d'adhérer aux mutuelles de santé de la commune de Sinendé.

- ▲ Est-ce que la MS possède un plan d'information, d'éducation, et de communication (IEC) avec des thèmes ou des messages clés à adresser à la population cible?

Processus

La première étape dans le développement d'un partenariat est l'identification des radios en fonction de leur audience et leur volonté de coopérer. Une fois que les radios partenaires sont identifiées, les prochaines

Étude de cas – Nkoranza au Ghana

La MS de Nkoranza est la mutuelle pionnière au Ghana. Créée en 1989, elle compte 68,086 bénéficiaires (2005), 46% de la population de son district. Nkoranza maintient un partenariat avec 3 radios communautaires (une dans le district de Nkoranza et deux dans le district voisin) et a développé un volet important de communication par radio, géré par un responsable de promotion. La MS fait passer au moins deux campagnes/programmes radio par mois (par exemple, émissions-débats ou programmes «grand public»). Pour Nkoranza les émissions radio visent deux périodes: 1) celle de l'adhésion et 2) le reste de l'année. Pendant la saison d'adhésion, l'objectif principal est la sensibilisation, le recrutement de nouveaux membres en utilisant des témoignages, des messages sur les avantages de la MS, ou en vulgarisant le processus d'adhésion à la MS, etc. Après cette période d'enregistrement, les programmes radios se focalisent sur la communication aux membres des informations importantes sur le fonctionnement quotidien des MS (les Assembles Générales, des messages d'éducation – par exemple, pourquoi respecter la pyramide sanitaire.) Ces émissions n'ont pas été payantes pendant un certain temps, vu qu'elles touchaient un sujet d'intérêt public (l'assurance maladie), mais ceci n'est plus toujours le cas. Cependant, les programmes radio continuent à être diffusées au moins deux fois par mois, car la MS a décidé d'y affecter ses propres ressources.

étapes dans cet accompagnement de mise en place et de renforcement des MS sont les suivantes :

1. Plaidoyer et motiver les radios à s'impliquer dans la promotion des MS. Ceci pourrait se faire en associant les professionnels de la radio dans le comité d'initiative de mise en place d'une nouvelle MS, ou dans des sessions de formation organisées à l'intention des membres du bureau de la MS, ou dans d'autres activités où les professionnels de la radio sont susceptibles d'apprendre et de comprendre ce que c'est la MS. L'important ici étant que la radio devienne un vrai partenaire de la MS. Le partenariat constitue en effet un des socles de la MS et bien souvent la réussite d'une MS dépend de sa capacité de bâtir des partenariats durables avec plusieurs intervenants comme les leaders d'opinion, les ONGs locales, ainsi que les autorités locales. Tous ces partenaires contribuent beaucoup au travail continu de sensibilisation et de mobilisation de la population. (voir aussi Innovation No. 8: «Partenariat avec les institutions et organisations locales pour le soutien au développement des MS»).

2. Élaborer des thèmes, développer le contenu des messages, et définir les modalités de diffusion. Le processus d'élaboration des thèmes et du contenu des messages, devrait aussi impliquer plusieurs parties prenantes, dont les professionnels des radios communautaires, différents leaders locaux, dont les imams ou d'autres leaders religieux, les élus locaux, les services du Ministère de la santé, etc. Les thèmes et messages devront varier selon le stade de développement atteint par la MS ; pendant la phase de mise en place des MS, l'emphase devrait être mise sur des thèmes informant et sensibilisant la

Principaux thèmes dans les messages radio dans la mise en place des MS

- ▼ définition de la MS et les principes de bases qui la régissent
- ▼ modalités d'adhésion à la MS
- ▼ services que peut offrir une MS
- ▼ modalités d'accès aux services d'une MS
- ▼ conditions d'accès aux prestations d'une MS
- ▼ couverture partielle des dépenses de santé
- ▼ mode d'octroi des prestations aux adhérents
- ▼ modalités de rémunération des prestataires de soins
- ▼ principaux risques liés à l'assurance santé*

*e.g. l'antisélection - lorsque les personnes courant un risque plus élevé que la moyenne s'affilient à un système d'assurance, dans une proportion supérieure à celle qu'elles représentent dans la population générale. Cette situation peut compromettre la viabilité financière du système par un niveau de dépenses trop élevé par adhérent; le risque moral - le phénomène suivant lequel les bénéficiaires d'une assurance ont tendance à consommer abusivement, ou plus que d'ordinaire, les services proposés, de manière à «valoriser» au maximum les cotisations versées.

population sur les principes de la mutualité, de l'assurance maladie, et de la solidarité en général (voir l'encadré à droite). Alors qu'une fois la MS fonctionnelle, les messages consisteront en des témoignages des bénéficiaires sur les avantages de la MS.

La communication par radios locales peut prendre plusieurs formes ; elle peut être en effet sous forme de communiqués (avis et convocations), spots, interviews, série radiophonique, sketches, témoignages des bénéficiaires déjà pris en charge, émissions grand public, etc. ; ou même prendre la forme d'une couverture médiatique des manifestations (Assemblés Générales, journées de promotion, etc.)

3. **Validation des messages.** Avant toute diffusion, les thèmes et messages devraient être «testés» ou validés auprès des populations cibles, et en particulier auprès des organisations impliquées dans la mise en œuvre de la stratégie de mutualité, tels que les organisations socioprofessionnelles, les groupements de femmes, les coopératives, les services techniques et administratifs, les villageois, etc.
4. **Diffusion des messages.** Cette étape comprend la mise en forme technique des messages (formule d'appel, accompagnement musique etc.) et la contractualisation avec les radios (nombre de diffusions, langue, heure, tarifs, etc.)
5. **Evaluation de l'impact des messages.** Il est important de faire une évaluation des résultats de la mise en œuvre du plan d'IEC, y compris le volet «radio communautaire.» Une approche d'évaluation du processus est de regrouper les parties prenantes (la radio comprise) en atelier ou réunion pour discuter les points forts et des faiblesses dans la réalisation des activités de sensibilisation pour réaménager le plan en conséquence. L'on pourrait aussi procéder à une évaluation de l'impact des messages sur la décision d'adhérer, à travers par

Un partenariat fructueux au Mali

La Radio Kéné, de Sikasso au Mali, a participé dans toutes les étapes de la mise en place des 2 premières MS dans la commune – de la préparation du terrain pour les enquêtes de base aux discussions «tables rondes» traitant des aspects variés des MS. Comme la radio a trouvé le sujet intéressant, elle a réaménagé la grille de son programme pour inclure un volet «mutuelle de santé», et qui continue à passer sur les antennes même après la fin du contrat que la radio avait signé initialement avec la MS.

exemple ces quelques approches simples : au moment du paiement de la cotisation, demander si la personne a écouté les messages radio et si elle les a compris; aller auprès des ménages adhérents qui ne sont pas à jour de leur cotisation et demander s'ils ont écouté et compris les messages; demander aux nouveaux adhérents si les messages radio les ont influencé dans leur décision d'adhérer.

6. **Continuité du partenariat.** Etant donné que la communication est capitale dans toute MS, la radio devient un partenaire privilégié partout où elle existe. Cependant, les MS éprouvent des difficultés financières dans la pérennisation du partenariat avec les radios de proximité. C'est pourquoi il est souhaitable qu' à long terme, les activités de promotion dans les medias (comme la radio et la télévision) soient soutenues par des structures faitières comme les fédérations des MS, les coordinations régionales des MS, et par le Ministère de tutelle dont le Ministère de la Santé. Ceci est déjà en cours par exemple dans certains pays en train d'étendre les MS au niveau national, (voir l'encadré ci-dessous).

Les medias et les MS au Rwanda – implication du Ministère de la Santé

Pendant la phase pilote des MS, le Ministère de la Santé (MdS) a organisé une émission de 3.5 heures à la radio nationale au cours de laquelle le Ministre en personne, les membres des comités de pilotage des MS, et le président de la fédération des MS d'un des districts pilotes ont répondu en direct aux questions de la population. Tout au long de la phase pilote et bien après et de façon régulière, le MdS diffuse des «spots» à la radio nationale pour appeler la population à adhérer massivement aux MS, et pour vulgariser les avantages des MS, à travers par exemple des témoignages des bénéficiaires (une mère bénéficiaire qui, par exemple, a donné naissance aux triplés dans des conditions saines, grâce à la MS).

Outils/documentation disponibles

Le paquet d'outils ci-dessous comprend une synthèse des messages utilisés au Mali, deux spots du Rwanda, et un exemple venant du Mali qui montre comment évaluer le processus de communication utilisé par la MS.

Outils disponibles		
Outil	Utilisation	Résultat attendu
Synthèse des messages radio portant sur les MS	Modèles de messages MS pour soutenir le processus de développement des messages	Meilleure compréhension de la gamme de messages possible, développement des messages plus efficace
Deux transcriptions «spot» radio	Exemples de spots utilisés ailleurs à titre d'information pour les autres acteurs	Rendre plus facile, plus efficace le développement de spots radio sur les MS
Rapport d'un atelier d'évaluation des activités d'IEC	Exemple d'évaluation du processus d'un programme de communication avec volet radio	Meilleure connaissance de comment évaluer le processus de communication

9. Innovation 7 – Mise en œuvre d'un système de suivi évaluation par une fédération des mutuelles de santé

Pourquoi et quels résultats peut-on attendre de cette stratégie?

Raison d'être

Pour pouvoir consolider le mouvement mutualiste, les différentes parties prenantes au développement des mutuelles de santé, telles que les structures mutualistes, l'Etat et ses démembrements, les partenaires au

Système de suivi évaluation par une fédération des MS : Cette stratégie consiste à utiliser une structure mutualiste faitière, la fédération des MS en l'occurrence, pour mener les activités de suivi évaluation des MS membres (ou satellitaires). En effet, après l'implantation des MS, l'on doit se rassurer en permanence si les activités menées par les MS sont conformes à leurs objectifs initiaux ou si ces derniers ont été atteints. Pour ce faire, un certain nombre d'indicateurs clés aussi bien opérationnels que stratégiques sont utilisés. Le suivi évaluation requiert des compétences et capacités qu'on ne saurait trouver qu'à un niveau élevé de la structure mutualiste; à l'instar de la fédération qui prend effectivement les décisions stratégiques au regard des données collectées au cours du suivi évaluation.

développement, ont besoin d'informations adéquates sur leur fonctionnement. Et pour inscrire les mutuelles de santé (MS) dans une stratégie cohérente d'extension et de protection sanitaire, l'on devrait être capable par exemple de déterminer la part de la population actuellement couverte par les MS, et celle qui ne l'est pas encore; ainsi que l'impact de la MS sur le recours aux soins par les membres. Pour

l'assistance technique, il faudrait savoir quelles sont les MS performantes et celles qui ne le sont pas et qui ont besoin d'appui technique.

De telles informations sont certes capitales pour le suivi individuel de chaque MS, mais elles le sont davantage pour le niveau intermédiaire qui doit les utiliser pour prendre des décisions stratégiques. Cependant, le constat est qu'il y a un grand déficit d'informations sur la contribution des MS dans le secteur de la santé. Très souvent, la seule information disponible est celle collectée à la base par les différentes MS. Et comme ces dernières ont en général des capacités techniques limitées en ce qui concerne l'utilisation et l'interprétation des données, l'information disponible se limite principalement aux besoins opérationnels relatifs à la comptabilité (les dépenses et les revenus) et au dénombrement des membres (la liste des adhérents et bénéficiaires).

Toutes ces informations, en plus de celles relatives à l'utilisation des services par les membres, devraient être compilées par le niveau intermédiaire ou/et central, pour informer les décisions stratégiques de développement de la mutualité dans l'aire géographique ou sanitaire. Il existe plusieurs exemples de niveau intermédiaire mutualiste; au Rwanda par exemple, il y a des fédérations mutualistes; au Sénégal des coordinations régionales, alors qu'au Bénin la mise en place des unions communales est en cours.

Dans le suivi évaluation, outre la collecte des données de routine au niveau des MS et des formations sanitaires partenaires, l'on peut aussi initier des enquêtes auprès des ménages, des bénéficiaires, ou des patients pour compiler les informations adéquates afin d'évaluer les performances du système mutualiste. De telles activités, qui requièrent des ressources financières importantes et des connaissances plus avancées sont du domaine du niveau intermédiaire ou du niveau central, qui ont du reste besoin de telles informations pour accompagner le processus de réalisation des objectifs des MS et du Ministère de la Santé (Mds).

Résultats attendus

Les données collectées au cours du suivi évaluation devraient par exemple montrer, l'évolution des membres mutualistes, l'utilisation des services de santé par les membres, la performance organisationnelle des MS, et l'impact financier des primes de cotisation et des co-paiements au niveau des services de santé. De telles informations permettent, en effet, d'identifier l'état de développement de la MS, les contraintes majeures; et permettent surtout d'initier des actions d'appui conseil basées sur des faits évidents.

Un autre avantage du système de suivi évaluation est qu'il facilite un partage d'informations entre la base et le sommet de la structure mutualiste et vice versa; et crée partant un processus d'apprentissage à tous les niveaux. En effet la base (les MS) collecte mensuellement les données pour informer les décisions opérationnelles comme le paiement des factures des soins et le suivi des adhésions des membres. Néanmoins, la base transmet au niveau intermédiaire les informations collectées pour alimenter la base de données et pour leur exploitation exhaustive. Le niveau intermédiaire, la fédération en l'occurrence, après exploitation des données, donne une rétro information aux MS, soit à travers un rapport mensuel analytique et/ou au cours des réunions trimestrielles de la structure faitière avec les MS. Par ailleurs, l'analyse des données par la structure faitière permettra d'adapter les activités d'appui conseil de la structure faitière en fonction des besoins spécifiques de chaque MS membre. La structure faitière, comme interface, donne aussi une rétro information au niveau central, dont le Mds.

Décision sur la mise en œuvre d'un système de suivi évaluation par une fédération des MS

Voici quelques pistes de réflexion dans la décision de mettre en place un système de suivi évaluation par une Fédération des MS. D'abord, est-ce qu'il y a une Fédération fonctionnelle, ou un niveau intermédiaire mutualiste qui pourrait assurer ce rôle? Il est en effet possible, voire essentiel, de renforcer les compétences requises en matière de collecte et d'analyse des données au sein d'une telle organisation pourvu qu'elle existe⁹. Est-ce qu'elles disposent des mêmes outils de gestion? Si ce n'est pas le cas, il est toujours possible de se mettre d'accord sur un paquet d'informations clés et des outils standard pour rendre possible un système commun de suivi évaluation. Est-ce qu'il existe un partenariat ou une volonté de partenariat auprès de prestataires parce que certaines informations du suivi évaluation ne proviennent uniquement que des prestataires, telles que les tendances d'utilisation des services de santé par les membres? Existe-t-il des arrangements contractuels entre les MS et les prestataires conventionnés qui créent une incitation à une collecte fiable d'information? En effet, le mécanisme de remboursement mensuel (capitation ou paiement à l'acte) peut prévoir un paiement de qualité subordonné à l'exhaustivité et fiabilité des données collectées.

Cependant, avant tout, il faudrait qu'il y ait un consensus entre les MS, la Fédération, les prestataires, et le gouvernement sur l'importance vitale du système de suivi évaluation. Une étroite collaboration entre tous ces acteurs et le niveau intermédiaire est nécessaire pour son bon fonctionnement. Le développement d'un plan stratégique pour les MS (voir l'innovation No. 2: «Développement d'un plan stratégique») peut œuvrer à la création d'un tel consensus.

Le cas de Thiès, Sénégal

Les 39 MS situées dans la région de Thiès se caractérisent par une grande diversité, car elles se sont développées de façon individuelle. Néanmoins, la coordination régionale (le niveau intermédiaire) a consolidé les meilleures pratiques en matière de gestion administrative et financière sur la base des expériences de toutes les mutuelles membres. Et à présent toutes ces mutuelles utilisent les mêmes instruments de gestion administrative et financière. Par ailleurs, c'est la coordination régionale de Thiès qui assure la formation en gestion administrative et financière des membres des organes exécutifs de différentes MS satellitaires. Ceci constitue une première étape dans la mise en place d'un système de suivi au niveau de cette coordination régionale de Thiès.

⁹ Dans le cas où elle n'existe pas, une première stratégie à mettre en place est le réseau lui-même.

Le système de suivi évaluation des MS par une fédération : le cas du Rwanda

Le Rwanda est le seul pays à avoir mis en place à ce jour un système compréhensif de suivi évaluation (SE) par une Fédération, et fournit donc l'exemple des potentialités du système*. Conçu dans le cadre d'une phase pilote (voir Innovation No. 4: «Mise en œuvre d'une expérience pilote de la MS dans la perspective de l'extension à l'échelle nationale»), le système de suivi évaluation a été institutionnalisé pour doter les MS et les Fédérations d'une base d'informations permettant le suivi des performances des MS pendant et après la phase pilote.

C'est dans ce cadre donc qu'une collecte de routine des données s'effectue au niveau des mutuelles (MS), des centres de santé (CS) et de l'hôpital de district (HD). Les données collectées comprennent:

- ▼ Au niveau des MS – les données mensuelles sur l'adhésion et la situation financière
- ▼ Au niveau des CS et HD – les données sur l'utilisation, le personnel, les médicaments, les coûts, et les revenus.

Au niveau de la fédération, ces données sont utilisées pour suivre la performance des MS et leur impact sur l'utilisation, les coûts, et le financement des soins de santé. En plus, les données permettent aux fédérations de cibler les besoins d'appui et des modifications à faire dans le développement des MS.

** Pendant la phase pilote, le Rwanda a également fait des études quantitatives de base, des enquêtes auprès des ménages, des bénéficiaires et des patients, parallèlement à la collecte des données de routine, pour évaluer l'impact des MS sur les objectifs du système de santé. Ces objectifs étaient au nombre de quatre : (i) améliorer l'accès aux soins de santé, (ii) améliorer la qualité des soins de santé, (iii) renforcer les capacités de gestion, (iv) renforcer la participation communautaire.*

Processus

Les étapes principales dans la mise en place d'un système de suivi évaluation sont les suivantes:

- 1. Définition du système de suivi évaluation.** Le processus de définition du système devra prendre en compte les aspects ci-dessous:
 - △ Identification des objectifs du système (Y a-t-il un besoin pour certaines informations? Lesquelles? A quoi va servir le système pour les différents acteurs et parties prenantes?)
 - △ Articulation des domaines clés d'information (variables et indicateurs): qui va les utiliser pour prendre quelles décisions?
 - △ Développement/identification des outils qui fourniront les données nécessaires: quels registres de quel acteur (MS, prestataire, etc.)? quelles

fiches pour agréger les données des registres? quelle périodicité?

- △ Définition (dans une manière participative) des rôles des différents acteurs du système dans la collecte, le dépouillement, l'analyse, et l'interprétation des données;
- △ Articulation des modalités d'analyse et de restitution des résultats;
- △ Définition de la périodicité de la collecte, l'analyse, et restitution des résultats dans le système entier.

A titre d'exemple, le tableau 3 illustre comment définir un tel système pour répondre à l'objectif «Améliorer l'accès financier aux soins de santé».

intermédiaire (Fédération), étant donné le volume d'informations à traiter, soit doté d'appareils informatiques pour mieux assurer leur travail de compilation et d'analyse de données.

- 3. Collecte et analyse des données par les MS.** Les MS, à l'aide d'une fiche de suivi mensuel, se devront de collecter les données relatives à l'adhésion, au nombre de membres et de bénéficiaires à jour de cotisation, aux prestations de soins couverts, au fonctionnement des organes, aux dépenses, et recettes de la mutuelle. Ces données devraient être régulièrement analysées par les membres des bureaux exécutifs des MS pour suivre le développement et apprécier la viabilité de leur MS. Rappelons ici que des données sont aussi collectées

Tableau 3 : Exemple de définition d'un système de suivi évaluation

Critères	Indicateurs	Sources des données	Méthode de Collecte	Instrument
1. Utilisation des services de santé	a. Différence (%) des niveaux de fréquentation des formations sanitaires entre les membres et les non-membres des MS	▼ Données des formations sanitaires	Enquête auprès des prestataires ou supplément au registre des patients pour identifier les membres et les non-membres: Unité d'observation: ▼ formation sanitaire Unité d'analyse: ▼ formation sanitaire ▼ district sanitaire	Grille de collecte des données des formations sanitaires
	b. Différence (%) des niveaux de fréquentation des formations sanitaires entre les membres et les non- membres de MS parmi les 40% des ménages les plus pauvres	▼ Enquête ménage	Enquête ménage Echantillon ind. de X ménages Unités d'observation: ▼ ménage ▼ individu Unités d'analyse: ▼ ménage ▼ individu	Questionnaires structurés: ▼ ménage ▼ soins curatifs ▼ soins préventifs ▼ statut socio-économique

2. Mise en place du système de suivi évaluation.

Cette mise en place consistera à produire les outils de suivi évaluation, à former les membres des comités de gestion des MS et les prestataires des soins en charge d'assurer régulièrement le remplissage des outils conçus. Et s'il y a possibilité d'acquérir des ordinateurs et si l'environnement le permet (agglomération électrifiée -courant continu), les gestionnaires des MS pourraient être aussi formés en informatique, pour pouvoir effectuer le suivi de la MS en se servant de l'ordinateur. En tous les cas, il serait souhaitable que le niveau

chaque mois dans des formations sanitaires conventionnées et portent sur l'utilisation des services de soins de santé, les médicaments, les coûts et revenus des soins de santé. Ces informations sont dépouillées une fois par mois et soumises à la fédération des MS.

Les MS se devront d'envoyer une copie de données collectées, y compris celles des formations sanitaires, au niveau intermédiaire, pouvant être la Fédération ou l'union des MS, ou encore la Coordination Régionale etc.

4. Analyse des données par le niveau intermédiaire fédératif. A ce niveau, la fédération effectue un travail d'agrégation-compilation-saisie et analyse des données reçues des MS membres (d'où l'utilité de l'ordinateur). Cette agrégation de l'information permettra de dégager des tendances sur l'utilisation, les coûts, et le financement des soins de santé (membres et non membres). La fédération devra effectuer une rétro information aux MS membres à travers un rapport synthétique et/ou lors des réunions statutaires de la fédération (trimestrielles ou semestrielles). Les résultats pourraient être partagés régulièrement avec le niveau central (le comité de suivi, le MdS, etc.) pour son appréciation et action dans le processus de renforcement des capacités du système. Ainsi donc, le niveau intermédiaire mutualiste œuvre aussi à informer les stratégies et politiques en matière de mutualité, à travers la collecte et dissémination des données sur les MS.

5. Appui et conseil. Les résultats de l'analyse des données sont utilisées par le niveau intermédiaire pour mener des actions d'appui conseil aux MS et prestataires de soins afin de discuter et trouver des solutions aux problèmes identifiés; tels que, par exemple, la sur prescription des médicaments, la sur utilisation des services, le paiement des factures de prestations de soins, le recouvrement des cotisations, la tenue des statistiques, etc. Les visites régulières des membres de la fédération aux MS permettent aussi de suivre le fonctionnement global du système, l'organisation, l'administration, et les finances.

Outils disponibles

Les outils présentés ci-dessous concernent le niveau intermédiaire «fédératif» dans le système de suivi évaluation. Cette liste ne comprend pas les outils de gestion administrative et financière utilisés dans le suivi quotidien par les MS et servant d'intrants dans le système de suivi évaluation.

Outils disponibles		
Outil	Utilisation	Résultat attendu
Outils de suivi de la consommation des soins par les membres	MS, prestataires de soins Fédération (niveau intermédiaire)	Permettre de mesurer: <ul style="list-style-type: none"> ▼ l'impact des MS sur les tendances d'utilisation des services par les membres ▼ l'impact de l'utilisation des services de santé sur les finances de la MS
Fiche de suivi mensuel (outils de synthèse)	Fédération (niveau intermédiaire)	Permettre la compilation des données des MS
Checklist du développement organisationnel	Fédération (niveau intermédiaire)	Faire une évaluation fonctionnalité des organes des MS, des relations avec d'autres organisations, et des capacités de gestion administrative et financière, de planification, de plaidoyer, et identifier des besoins d'appui

10. Innovation 8 – Partenariat avec les institutions et organisations locales pour le soutien au développement des mutuelles de santé

Pourquoi et quels résultats peut-on attendre de cette stratégie?

Raison d'être

Il est maintenant reconnu que différents acteurs ont des rôles complémentaires à jouer dans la promotion et le développement des mutuelles de santé. Les expériences d'extension et de développement des mutuelles de santé (MS) qui se fondent sur les bonnes pratiques de partenariat ont pu réaliser des performances élevées au regard du nombre de MS implantées et de l'adhésion des populations.

Le partenariat avec les institutions et organisations locales pour le soutien au développement des MS est une stratégie qui vise à faciliter l'ancrage des MS dans leur environnement socio-économique et culturel et l'accompagnement du processus de développement et de pérennisation des MS par l'implication de toutes les institutions et organisations locales. Ces acteurs locaux concernent aussi bien les structures mutualistes communautaires et fédératives, mais aussi les ministères techniques ayant la santé et les affaires sociales dans leurs compétences, les leaders d'opinion, les collectivités locales (le niveau administratif décentralisé), les associations de femmes, les organisations de producteurs, les comités de gestion des structures de santé, les responsables de structures sanitaires et sociales, les prestataires, les organismes non gouvernementaux, et même les institutions financières décentralisées (les banques populaire, les coopératives d'épargne et de crédit). La stratégie cherche à impliquer ces acteurs, dans leurs domaines d'intervention et de compétences, dans les activités mêmes des mutuelles, aussi bien qu'à travers un soutien moral, politique et financier. Les rôles que peuvent jouer ces acteurs comprennent entre autres: la sensibilisation des populations, la recherche des fonds supplémentaires, les subventions des groupes vulnérables, la participation dans les comités d'initiative, la formation des bureaux en gestion, l'octroi des crédits.

La stratégie de mise en place de partenariats locaux pour le soutien au développement des MS vise la pérennisation des MS et répond à deux soucis majeurs des MS. En l'occurrence, les faibles capacités humaines et financières des MS, causées par la pauvreté des populations cibles ; et l'introversion des MS, le manque d'organisation et de concertation entre les MS, qui rendent difficile toute capitalisation des bonnes pratiques. La stratégie de partenariats locaux crée un environnement de soutien et un cadre coordonné d'appui au niveau opérationnel des MS.

Par ailleurs, il existe très souvent une tension entre le processus de développement des

MS, qui par nature est relativement long, et les cycles courts des programmes des structures d'appui extérieurs. Les initiatives mutualistes mises en place par les « projets » n'ont toujours pas bénéficié d'un appui conséquent à long terme, en raison des cycles courts des programmes des structures d'appui externes: ce déphasage entre la maturation des initiatives mutualistes et l'horizon des activités d'appui était préjudiciable à la pérennité des initiatives mutualistes. En s'appuyant sur les partenariats locaux, les initiatives mutualistes sont mieux ancrées dans le tissu associatif et les organisations qui existent au niveau local, et qui deviennent une source d'appui de proximité, contribuant ainsi au renforcement de la participation et de la durabilité du mouvement mutualiste.

Comment le niveau national peut faciliter un environnement de partenariat local

Les initiatives prises au niveau national peuvent créer un cadre favorable pour le développement de partenariats pour appuyer le développement des MS au niveau local: de telles initiatives sont généralement des éléments internes des réformes de décentralisation politique et administrative, mais aussi des programmes de développement local. Voici des exemples concrets portant sur comment certains ministères sociaux peuvent lancer une bonne dynamique de partenariat local dans le domaine de la mutualité:

Le ministère chargé de la santé pourrait: participer aux cérémonies d'inauguration officielles des MS, ou aux assemblées générales constitutives des MS, insister au cours de différentes allocutions à caractère national sur l'importance des MS dans la lutte contre la pauvreté; produire régulièrement et livrer gratuitement les outils de gestion aux différentes initiatives mutualistes; organiser des voyages d'études à l'intention des promoteurs et gestionnaires des MS auprès d'expériences performantes mais aussi auprès de certaines MS en difficultés; organiser des ateliers techniques d'évaluation des MS; sponsoriser la diffusion sur les antennes de la radio nationale des spots publicitaires vulgarisant les avantages des MS; produire des dépliants et d'autres matériels de sensibilisation.

Le ministère chargé de l'administration locale pourrait: faire le plaidoyer pour la création et le soutien aux MS lors des réunions des préfets et des maires; conférer aux districts administratifs et villes la responsabilité des activités liées à la mobilisation de la population en vue d'adhérer aux MS et le suivi des activités des centres de santé conventionnés; inscrire la promotion des MS parmi les critères d'évaluation des performances des collectivités décentralisées.

Le partenariat est une stratégie porteuse dans un contexte de décentralisation (voir encadré ci-dessous). En effet, l'implication des élus locaux dans la sensibilisation et la mobilisation des communautés, l'engagement des maires en attribuant, par exemple, un terrain pour la construction du siège des MS ; de même que l'inscription d'une ligne budgétaire dans le plan d'investissement communal pour appui aux MS, l'octroi d'un sous couvert ou contresigner la convention de prestation de soins entre la MS et la structure sanitaire, etc., crédibilisent les MS aux yeux des communautés. Tous ces exemples viennent de montrer les différents rôles que les entités administratives décentralisées peuvent jouer dans le développement des MS. (Voir aussi Innovation No. 2 «Développement d'un plan stratégique»).

Le partenariat augmente l'adhésion: le cas du Rwanda

Dans le district administratif de Bungwe au Rwanda, depuis la mise en place en 2001 d'une initiative de renforcement de la synergie entre le leadership politique du district administratif, des institutions de financement décentralisées (dont la Banque Populaire et les systèmes informels de tontines), du mouvement associatif local et la mutuelle de santé ; pour renforcer la pénétration des MS dans les communautés de base, lever les contraintes de la mobilisation des cotisations et accroître l'adhésion dans les mutuelles du district administratif Bungwe; l'adhésion dans la mutuelle de Bungwe est passée de 7.120 membres en fin septembre 2001, à 11.640 membres en fin décembre 2001, à 16.020 membres en fin septembre 2002: soit un doublement de la taille du pool de membres de la mutuelle en l'espace d'une année et un taux de pénétration de 43% de la population cible à la fin septembre 2002. En 2005, la MS de Bungwe avait un nombre de 27.024 membres bénéficiaires, soit un taux de 95% d'adhésion.

Dans le District Sanitaire de Bugesera, en conséquence des efforts engagés par les initiateurs des MS pour articuler l'organisation des mutuelles aux cadres de gouvernance locaux, les MS ont pu commander des niveaux de pénétration élevés de leur population cible. Huit mutuelles ont été implantées, et ont réalisé des taux de pénétration de leur population cible de plus de 30% au cours de la première année, et mis en place des pools de plus de 4.000 membres par MS.

Résultats attendus

D'une manière générale, cette stratégie assure l'appropriation des MS par tous les acteurs impliqués. Cette implication conjointe de différents acteurs favorise une complémentarité dans les interventions, chacun travaillant dans son domaine pour renforcer le

développement des MS, mais dans un cadre coordonné. La dynamique déclenchée contribue au développement rapide et durable des MS. Des résultats concrets importants à mentionner peuvent inclure:

- ▲ Crédibilisation du processus de développement et de la mutualité même avec l'appui de plusieurs partenaires (les collectivités locales, les prestataires de soins, les ONG, par exemple).

Des filières - un partenaire puissant au Bénin

L'Union communale de producteurs de coton de Banikoara est une filière bien structurée et financée au Bénin qui exerce beaucoup de pouvoir dans sa localité, au point de contribuer au budget communal. L'Union s'est engagée à apporter une assistance financière aux mutuelles dans la commune en payant pour le recrutement et le salaire d'une personne qui s'occupera des MS de la Commune.

- ▲ Mobilisation de moyens logistiques, financiers et humains pour appuyer les activités de développement des MS (le niveau administratif décentralisé, ONG, organisations de producteurs, comités de gestion des comités de santé, etc.).
- ▲ Renforcement de la confiance des adhérents, avec l'implication de plusieurs partenaires dont les prestataires de soins et les élus locaux dans les activités de sensibilisation.
- ▲ Facilitation de l'adhésion: Par exemple, les ONG et des organismes caritatifs peuvent appuyer les MS, en subventionnant l'adhésion des indigents, des personnes vulnérables, et d'autres populations cibles (voir Innovation No.1 «La Prise en charge des indigents a travers les MS.»); alors que l'implication conjointe des autorités locales et du personnel de santé dans la mobilisation sociale favorise une forte adhésion des populations.
- ▲ Plus de transparence dans les relations entre les mutuelles et les prestataires ; l'autorité politique (maire, etc.) jouant le rôle d'arbitre.

Décision sur le partenariat avec les institutions et organisations locales pour le soutien au développement des MS

S'il est vrai que cette stratégie peut être développée dans presque tous les contextes, elle est néanmoins mieux adaptée dans des milieux où il y a une tradition de collaboration entre les acteurs du développement local. Aussi, étant donné que les entités administratives locales peuvent beaucoup apporter au développement des MS, des contextes décentralisés – nantis de suffisamment d'autorité, des compétences, et des ressources – peuvent favoriser l'éclosion d'un partenariat avec les MS.

Processus de mise en œuvre du partenariat

1. Identifier des acteurs/partenaires potentiels. Il est nécessaire d'identifier tout d'abord les acteurs qui peuvent appuyer la création ou le développement des MS dans la localité (soit des organisations ou/et des individus). Quant à celui qui devra prendre l'initiative du partenariat, cela dépendra du contexte: par exemple, la où les MS existent, mais recherchent des partenaires locaux pour renforcer l'adhésion de la population, c'est la MS qui devrait faire la première étape. Alors que dans un contexte de mise en place des nouvelles MS, c'est plutôt le promoteur ou le comité d'initiative qui devra prendre l'initiative. Dans les deux cas, il est important de comprendre les domaines de compétences et les ressources disponibles des partenaires potentiels ; cela pourrait se faire en procédant par un petit diagnostic à l'exemple de ce qui se trouve dans le tableau ci-dessus.

Diagnostic des partenaires potentiels
Mission de l'organisation
Domaines d'intervention
Structure et gestion de l'organisation
Sources de financement et la gestion des ces ressources
Zones d'intervention
Populations cibles
Ressources humaines de l'organisation

Après avoir identifié les partenaires les plus convenables, l'on devrait alors engager des discussions avec les partenaires ciblés pour définir les objectifs et les modalités de collaboration.

- 2. Orienter les acteurs partenaires.** Après avoir mis en place un accord de collaboration, il faudrait orienter les partenaires dans les domaines de renforcement de la MS et d'après leurs profils, compétences et possibilités financières. La participation des partenaires dans des sessions de formation des membres d'organes des MS, pourrait par exemple leur permettre d'identifier les lacunes et initier des activités concrètes de renforcement de la MS, dont celles relatives à la sensibilisation et mobilisation de la population, à la gestion de la MS etc.
- 3. Créer un cadre de coordination et de mise en œuvre concertée de l'appui aux MS,** pour favoriser la synergie des actions d'appui de tous les partenaires (voir le cadre ci-dessous) ; ce cadre peut s'organiser de plusieurs manières, ce qui est important est de bien définir les rôles respectifs et une structure de soutien bien appropriée.
- 4. Tenir des réunions de partage d'informations entre les MS et les partenaires locaux.** Afin d'encourager l'appropriation des MS par les partenaires, évaluer les activités de la MS, capitaliser les meilleures pratiques d'appui, et mieux définir les rôles de chaque acteur dans le partenariat. Cet échange peut se faire de plusieurs manières, soit par exemple à travers des ateliers de partage, soit au cours de l'évaluation des activités de la MS. L'on devrait veiller à créer des occasions régulières pour favoriser l'échange d'expériences, l'identification et la vulgarisation des meilleures pratiques.

Outils Disponibles

Les exemples d'outils comprennent un diagnostic fait au Mali d'une ONG partenaire, un exemple d'un cadre de concertation locale du Bénin, et les résultats d'un atelier de partenariat au Bénin.

Outils disponibles		
Outil	Utilisation	Résultat attendu
Charte du comité communal	Modèle de comment organiser un cadre de concertation locale	Création d'un cadre de concertation du partenariat local
Diagnostic des ONG	Exemple de comment évaluer les partenaires possibles	Identification et évaluation des meilleures partenaires
Rapport de l'atelier de partage sur le partenariat	Exemple pour planifier un atelier d'échange entre les partenaires	Capitalisation des bonnes pratiques, identification des pistes pour la pérennisation des initiatives mutualistes

11. Innovation 9 – Partenariat entre les mutuelles de santé et les institutions de micro finance

Pourquoi et quels résultats peut-on attendre de cette stratégie?

Raison d'être

Malgré la mise en place des mutuelles de santé, certains segments de la population¹⁰ peuvent éprouver des difficultés d'y adhérer, à cause principalement de l'irrégularité de leurs revenus. En ce qui concerne les membres ayant déjà adhéré aux mutuelles de santé (MS), ce facteur entraîne très souvent des retards dans le

versement des cotisations et parfois l'abandon de certains membres adhérents.

Dans la perspective de rendre les MS plus durable, il est nécessaire de trouver des stratégies d'élargir la base sociale de membres et d'améliorer le recouvrement des cotisations.

L'une des solutions potentielles serait de mettre en

Le partenariat entre les MS et les Institutions de Micro Finance (IMF) a pour but principal de faciliter les ménages à faibles capacités contributives d'adhérer aux MS, en leur octroyant un crédit remboursable à court terme. Par ailleurs, le partenariat MS et IMF permet d'assurer une fidélisation des membres adhérents autant que la saisonnalité des revenus est concernée. Pour mettre en place un tel partenariat, la MS mobilise souvent les bénéficiaires par groupe solidaire afin de sécuriser davantage les crédits octroyés. Le groupe solidaire qui est avalisé par la MS, introduit le dossier de demande de crédit au niveau de l'IMF. L'entité administrative de base (le district, par exemple) peut aussi jouer un rôle en facilitant le processus et en donnant une garantie morale d'appuyer l'IMF à recouvrer le crédit dû, le cas échéant.

place un partenariat entre et les MS et les Institutions de Micro Finance (IMF), par lequel les IMF feraient un prépaiement des cotisations aux membres adhérents, en leur octroyant un crédit remboursable sur une période de plus ou moins une année. Et partant, les ménages pourraient surmonter les contraintes financières temporaires aux quelles elles feraient face pour payer ou renouveler la prime de cotisation aux MS.

L'intérêt de nouer un partenariat avec les IMF est que ces dernières offrent d'habitude des taux d'intérêt plus compétitifs (de l'ordre de 13 à 20% annuellement) que les taux usuraires (10% mensuellement, soit 120% annuellement) pratiqués dans les communautés et qui appauvrissent davantage la population. Les autorités administratives de base qui ont dorénavant la santé dans leurs prérogatives, conformément à la politique de

¹⁰ L'on ne parle pas ici de l'indigence qui est une forme d'exclusion totale aux soins et dont la prise en charge requiert d'autres mécanismes de subventionnement qui ne font pas l'objet de ce texte (Voir Innovation No.1 «La Prise en charge des indigents à travers les MS.».)

décentralisation en cours dans plusieurs pays, devraient par conséquent faciliter ce partenariat en lui octroyant leur aval et leur engagement moral de poursuivre les personnes qui ne rembourseraient pas les crédits octroyés; ainsi qu'en mettant en place s'il le faut un fonds de garantie en appui au dit processus.

Le partenariat entre les MS et les IMF concourt aussi à la fidélisation des membres au sein des MS ; car il permet de pallier la saisonnalité et l'indisponibilité temporaire des revenus, causés par exemple par une calamité naturelle (la sécheresse, l'inondation etc.).

L'expérience pionnière de Bungwe au Rwanda

Durant la phase pilote, le système de paiement annuel des cotisations a été identifié, sur base des enquêtes ménages et des discussions ciblées de groupe, comme une contrainte majeure pour beaucoup de ménages voulant adhérer aux MS. Un mécanisme de paiement par tranches a été recommandé pour pallier cette contrainte. C'est ainsi qu'au niveau de la mutuelle de santé de Bungwe, face à la baisse du nombre de membres, le maire du district, en collaboration avec le gérant de la banque locale de crédit et d'épargne appelée «Banque Populaire» a mis en place une stratégie de préfinancement des cotisations ; à travers l'octroi aux personnes regroupées dans des associations dûment constituées et avalisées par les autorités locales, d'un « crédit MS », remboursable sur une période de 12 mois. Le mécanisme, ainsi mis en place, a permis de résoudre le facteur le plus contraignant à l'adhésion massive de la population aux MS, à savoir le paiement en une seule tranche de la cotisation annuelle. Cette expérience locale dans un premier temps, est vite devenue une meilleure pratique et constitue à présent un pilier sur lequel repose l'expansion des MS dans de nombreuses parties du pays.

Résultats attendus

Les principaux résultats attendus de la mise en place d'un partenariat entre les MS et les IMF sont:

- ▲ Le renforcement de la capacité contributive de la population;
- ▲ L'augmentation de la base sociale de membres;
- ▲ Le renforcement de la viabilité financière des MS.

Le partenariat entre les MS et les IMF facilite l'adhésion ou la re-adhésion des populations dans les MS au moment opportun, grâce à l'octroi d'un crédit à un taux compétitif et dont le remboursement est échelonné sur une année. Les IMF en octroyant le crédit pour adhérer aux MS, renforcent tant peu soit-il la capacité contributive de la population, et protègent surtout les revenus des ménages contre le recours abusif aux taux usuriers ; ou la vente des produits agricoles et autres

biens à bas prix pour faire face aux besoins de santé. Mais bien plus, les expériences du partenariat en cours dans certains pays, ont montré qu'outre le bénéfice immédiat d'accès aux soins, le partenariat MS et IMF a la potentialité d'augmenter aussi les capacités financières (en terme des revenus) des populations. En effet, très souvent la population rurale, par méconnaissance et ignorance, a peur de contracter des crédits auprès des institutions financières, estimant à tort que les taux d'intérêt sont élevés. Le partenariat entre les MS et IMF a eu le mérite d'éduquer la population à collaborer avec les IMF. Ces dernières dès lors qu'elles sont satisfaites du comportement des clients, s'empressent à leur montrer d'autres potentialités de collaboration dans le domaine des activités de développement ; en leur octroyant de nouveaux prêts, cette fois-ci pour financer les activités génératrices de revenus. Ainsi donc, les MS et IMF œuvrent par leur partenariat à la réduction de la pauvreté et partant, au renforcement de la capacité contributive des ménages.

L'autre résultat majeur attendu autant que le partenariat MS et IMF est concerné, est l'augmentation du nombre de membres adhérents aux MS. Ceci est un facteur important, car il garantit un meilleur fonctionnement du partage de risque maladie et assure la viabilité de la mutuelle de santé. Le tableau ci-dessous montre bien l'impact du partenariat MS et IMF sur l'augmentation du nombre de membres adhérents dans 4 MS du Rwanda, où l'on pourrait bien parler d'un niveau d'adhésion explosif aussi tôt que ce partenariat a été initié.

MS	Période Concernée	Pourcentage Augmentation
Bungwe	12 mois	225 %
Rebero	4 mois	203 %
Maraba	6 mois	258 %
Rushaki	12 mois	140 %

Eu égard au renforcement de la viabilité financière des MS, l'augmentation du nombre de membres s'accompagne toujours par une augmentation des ressources financières, qui à leur tour permettent à la mutuelle de santé d'équilibrer ses comptes dans ses relations contractuelles avec les formations sanitaires.

Décision sur le partenariat entre les MS et les IMF

Comme la stratégie du partenariat MS et IMF vise à faciliter l'adhésion de la population aux MS, une forte

demande de la population de devenir membres, en combinaison avec un taux de pénétration relativement faible, favoriserait son adoption. Certes, cette stratégie repose sur l'existence d'un réseau d'IMF proche de la population, comme c'est le cas par exemple au Bénin, en Ouganda, et au Rwanda. Il faut aussi évaluer la volonté politique des autorités tant centrales que locales (à travers les maires de district, par exemple) de soutenir et appuyer une telle stratégie. Leur implication est capitale pour garantir le remboursement des prêts, et partant créer un environnement favorable pour un tel partenariat. Il va s'en dire que l'implication des autorités locales et l'enthousiasme des IMF ne pourront dépendre que de la bonne perception et du bon fonctionnement des MS. L'existence d'une vie associative locale dynamique devrait aussi favoriser la mise en place du partenariat MS et IMF.

La récurrence des mauvaises saisons culturales peut aussi inciter la mise en place du partenariat MS et IMF pour pallier l'indisponibilité temporaire des ressources financières auprès des ménages, en leur permettant de continuer à respecter leurs engagements vis-à-vis de la mutuelle et à se faire soigner, en attendant la bonne saison.

Processus

- 1. L'identification du problème** constitue la première étape et consiste à poser le diagnostic du problème ; qui s'avère être le plus souvent que, malgré le désir et la volonté exprimés par la population d'adhérer aux MS, cette population est contrainte par la saisonnalité ou l'irrégularité des revenus; ou par l'incapacité à mobiliser en une fois la prime de cotisation annuelle, si c'est le système en vigueur, à cause du faible niveau de revenus mensuels.
- 2. La conscientisation de la population sur les solutions potentielles**, parmi lesquelles on avancera le partenariat avec les IMF, qui sont des institutions de micro finance offrant des crédits à peu d'intérêts et qui peuvent aider la population à mobiliser la cotisation requise en leur octroyant un crédit remboursable, progressivement sur une année. En recourant aux IMF, on pourra donc se protéger contre le risque maladie et éviter d'encourir des dépenses appauvrissantes au moment où surviendrait la maladie d'un membre du ménage, ou à contracter des prêts auprès des usagers pratiquant des taux exorbitants de l'ordre de 50 à 100%. Le recours aux IMF permet de pallier l'inadéquation entre la disponibilité des revenus et la satisfaction des besoins, dont l'adhésion aux MS.
- 3. L'identification, la prise de contact et le plaidoyer auprès des IMF.** Il conviendrait d'inventorier les IMF locales qui sont opérationnelles et identifier celles avec lesquelles on pourrait collaborer, en fonction de la densité de leur réseau et de leur honorabilité. (voir aussi «le

partenariat avec les institutions et organisations locales pour le soutien au développement des MS»).

La prise de contact consistera aussi en la manifestation d'intérêt de collaboration avec l'IMF, en leur expliquant l'intérêt et les avantages du partenariat avec les MS. C'est au cours de cette phase aussi que seront menées les négociations sur les taux d'intérêt préférentiels, et que seront déterminés les modes d'opérationnalisation du partenariat.

- 4. Plaidoyer auprès de l'autorité locale et d'autres partenaires potentiels.** L'implication des autorités locales peut oeuvrer à la facilitation et à la consolidation du partenariat. Les autorités locales pourraient par exemple s'engager à jouer le rôle de garant moral du processus; en s'engageant à faciliter la poursuite des membres qui ne rembourseraient pas le crédit qui leur aura été octroyé; ou en mettant en place un fonds de garantie, en partenariat avec d'autres acteurs appuyant le district, dont l'Etat central et les bailleurs.
- 5. Regroupement des bénéficiaires par groupe d'affinités.** La population devrait se regrouper en petits groupes (de préférence de l'ordre de 15 à 20 personnes) pour faciliter le contrôle social intragroupe, étant donné que le prêt sera accordé sur base de caution solidaire entre les membres d'une association. L'octroi du crédit n'est donc pas fondé sur des collatéraux, mais sur le fait que les membres se portent garants mutuellement ; au point qu'ils doivent se charger de recouvrer en premier le crédit auprès du membre qui n'aura pas respecté ses engagements vis à vis de l'IMF, quitte à le poursuivre de leur côté pour le recouvrement final. A titre de rappel et dans le cadre de ce partenariat, souvent les IMF ne donneront le crédit qu'aux associations de personnes et non aux individus à titre personnel.

Chaque association se devra de constituer un comité composé d'un président, secrétaire et trésorier et veillera à déterminer les responsabilités de chacun

d'entre eux pour le fonctionnement optimal de l'association.

- 6. La demande de crédit,** accompagnée de la liste des membres de l'association et des bénéficiaires, devra être avalisée par les autorités locales, avant leur acheminement auprès de l'IMF.
- 7. La signature du contrat.** L'IMF étudiera le dossier et une fois approuvé, un contrat de prêt sera élaboré et signé entre le représentant de l'IMF et de l'association mutualiste.
- 8. Le versement direct des cotisations.** L'IMF effectuera un virement direct des cotisations dans le compte de la MS. Par ailleurs, l'IMF transmettra un avis de virement à la MS, accompagné d'une liste des membres de l'association pour que la mutuelle de santé établisse les cartes de membres aux bénéficiaires du crédit octroyé.
- 9. La mise en place des mécanismes de recouvrement du crédit.** L'association mettra en place des mécanismes de recouvrement du crédit, en collectant les mensualités dues selon une fréquence décidée de commun accord avec tous les membres de l'association (par exemple au cours d'une réunion organisée le dernier mardi ou mercredi du mois pour permettre au trésorier de les acheminer auprès de l'IMF; qui en retour remettra au trésorier un bordereau de versement signé en bonne et due forme par l'IMF, attestant la réception des fonds. La réunion mensuelle permettra au président de l'association de faire le point sur le remboursement du crédit et les retards éventuels encourus par certains membres.

Outils disponibles

La plupart d'outils relatifs à cette innovation proviennent de l'expérience du Rwanda. Le rapport technique fournit par exemple beaucoup d'informations sur les modalités du partenariat avec les IMF. Des exemples de contrat et d'agrément d'association mutualiste figurent parmi les outils en annexe.

Outils disponibles		
Outil	Utilisation	Résultat attendu
Rapport technique: Partenariat entre districts, banques populaires et associations communautaires pour le développement des MS au Rwanda	Familiarisation avec des expériences de partenariat au Rwanda	Elaboration des modalités pour un partenariat MS-IMF
Contrat entre la banque populaire et une association mutualiste au Rwanda	Exemple d'un modèle de contrat formalisant les engagements entre l'IMF et l'association mutualiste	Formalisation des engagements et adaptation du contrat au contexte local
Certificat d'aval de l'association mutualiste par les autorités locales	Outil à adapter montrant les différents échelons intervenant dans «l'agrément» de l'association	Processus de certification de l'association mise en place

12. Conclusions

Après une période assez longue d'expérimentation, les mutuelles de santé (MS) en Afrique sont dans une période de forte consolidation et capitalisation. Les stratégies innovantes qui ont été présentées dans ce document ont déjà fourni des résultats concrets et mériteraient d'être répliquées au bénéfice de différentes parties prenantes ; dont les mutualistes, les MS, les organisations de prestation de soins, les organisations du mouvement associatif et de la société civile, les acteurs gouvernementaux, les institutions de formation et de recherche, et les partenaires extérieurs qui participent dans la promotion de la mutualité en matière de santé.

Chaque stratégie mentionnée est spécifique à une faiblesse type des MS et essaie d'y pallier. La décentralisation de la gestion des MS a pour but par exemple (i) d'élargir la base sociale de la MS, en augmentant les membres adhérents ; et (ii) d'améliorer le recouvrement des cotisations. Cependant, beaucoup de stratégies sont aussi étroitement liées. Ainsi par exemple, l'innovation du système de suivi-évaluation qui repose sur une fédération des MS, requiert une structuration du niveau intermédiaire ; et est donc en corrélation avec le thème de l'innovation «implantation des MS dans une perspective de mise en réseau». Par ailleurs, les différents partenariats qui ont été développés dans bon nombre d'innovations sont primordiaux au consensus promu dans l'innovation sur le développement d'un plan stratégique.

Toutes ces stratégies mises ensemble contribuent certes au renforcement des capacités locales et nationales de réponse à la demande croissante en matière de mutualité. Elles ouvrent le champ de participation à de multiples partenaires, dont des élus

locaux, des organisations locales, des institutions financières, pour mobiliser davantage des moyens financiers, logistiques, et humains en appui au développement et à la pérennité des MS. Ces stratégies facilitent beaucoup le passage à l'échelle, en mettant en place des structures et un processus servant de piliers à l'élargissement de la mutualité.

De nouvelles stratégies de mobilisation ont été définies. Il y a de plus en plus de nouveaux types de MS basées sur des groupes d'intérêts, à l'instar des groupements de promotion féminine et leurs réseaux, les élèves dans les écoles, et les réseaux de coopératives. On observe une plus grande structuration du mouvement mutualiste, avec la mise en place des réseaux, de coordinations, de fédérations et d'autres cadres de concertation nationale ; ainsi qu'une mise en place des systèmes d'information fiables, pour mieux suivre et gérer les MS, et pour mieux documenter l'impact des MS.

Le passage à l'échelle des MS s'accompagne souvent par l'élargissement du champ d'action des MS. Les MS sont en train de démontrer par exemple de fortes potentialités dans des domaines tels que la prise en charge des personnes vulnérables en général et des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA en particulier ; la promotion des services préventifs (distribution des moustiquaires imprégnées et d'autres activités de prévention et de promotion sanitaires).

Outre le renforcement des capacités de formation, de recherche, d'information et de communication à tous les niveaux pour accompagner davantage l'extension des MS, beaucoup d'études devraient être menées, dont notamment celles qui étudient l'articulation entre les MS et les cadres formels de financement, des questions de réassurance et la mise en commun des risques à grande échelle.



« Assemblée générale des mutuelles de santé »

13. Références et autres liens

D'autres liens utiles sont présentés ci-dessous.

www.concertation.org – le site web de la Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique.

www.ilo.org/public/french/protection/socsec/step

D'autres références:

Atim, Chris. Septembre 2000. *Training of Trainers Manual for Mutual Health Organisations in Ghana*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

Bennett, Sara, Allison Gamble Kelley et Brant Silvers. Septembre 2004. *21 Questions sur le FCS: Les Mutuelles de Santé. Un aperçu du financement communautaire de la santé*. Bethesda, MD: Partner for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.

Bureau International du Travail/Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP). 2000. *Manuel de formateurs. Mutuelles de santé en Afrique: Caractéristiques et mise en place*.

Bureau International du Travail/Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP). 2003. *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*.

Bureau International du Travail/Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP). 2005. *Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé. Tome 1: Démarche; Tome 2: Outils*.

Bureau International du Travail/Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP). 2002. *Micro-assurance santé: Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*.

Bureau International du Travail/Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP). 2001. *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé, Tome 1 et 2*.

Butera, Jean Damascene. A paraître. *Etude sur la Prise en Charge des Indigents par des Mutuelles de Santé*. AWARE-RH.

Franco, Lynne, Mbengue, Cheikh, et Atim, Chris. Novembre 2004. «La Participation Sociale dans le Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal». Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

GRAIM. Décembre 2005. *Etude de Cas de la Mutuelle de Santé de Soppanté*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Hohmann, Jürgen; Huber, Goetz; Reinhard, Kirsten. GTZ. 2003. *Mutuelles de santé. 5 années d'expérience en Afrique de l'Ouest. Débats, controverses et solutions proposées*.

Mbengue, Cheikh. Juillet 2003. *Partenariat entre Districts, banques populaires et associations communautaires pour le développement des mutuelles de santé au Rwanda*. PRIME II.

Ndahinyuka, Jovit. Octobre 2004. *Etude de cas sur les rôles des acteurs dans le développement des mutuelles de santé au Rwanda*. AWARE-RH.

Schneider, Pia et Francois Diop. Octobre 2001. *Impact of Prepayment Pilot on Health Care Utilization and Financing in Rwanda: Findings from Final Household Survey*. Bethesda, MD: Partner for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.

Schneider, Pia, François Diop et Charlotte Leighton. Mars 2001. *Pilot Testing Prepayment for Health Services in Rwanda: Results and Recommendations for Policy Directions and Implementation*. Rapport technique N° 66. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Schneider, Pia, Francois Diop et Sosthene Bucyana. Mars 2000. *Development and Implementation of Prepayment Schemes in Rwanda*. Rapport technique N° 45. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Liste des outils

1. Prise en charge des indigents
 - △ Les MS et la prise en charge des indigents: etude de cas du Rwanda
 - △ Cahier d'indigents
2. Développement d'un plan stratégique au niveau national
 - △ Canevas pour l'état des lieux de la situation des MS (vers l'élaboration d'un plan stratégique)
 - △ Termes de référence, atelier pour créer un plan stratégique du développement des MS
 - △ Orientations générales pour le développement d'un plan stratégique
 - △ Policy brief sur le développement du plan stratégique (au Rwanda)
 - △ Plan stratégique pour le développement des MS du Rwanda
 - △ Plan stratégique pour le développement des MS du Sénégal
 - △ Schéma du processus d'élaboration du plan stratégique du développement des MS
 - △ Plan opérationnel régional (modèle de Sénégal)
3. Implantation des MS dans la perspective d'une mise en réseau
 - △ Statut d'union communale
 - △ Statut de la Fédération des SSP Byumba/Rwanda
 - △ Rapport de l'atelier d'échange sur les expériences des mutuelles de santé dans communes de Banikoara et de Sinendé
 - △ Schéma de la Fédération des MS au Rwanda
4. Mise en œuvre d'une expérience pilote des MS dans la perspective d'une extension à l'échelle nationale
 - △ Guide de formateurs
 - △ Policy brief sur les MS au Rwanda
 - △ Policy brief – programme d'appui sur le développement des MS
 - △ Outils de collecte des données de base
 - △ Outils d'évaluation
 - △ Plan d'évaluation de la phase pilote
5. Décentralisation de la gestion des mutuelles de santé
 - △ Matrice de planification de la décentralisation de la gestion des MS
 - △ Manuel de procédures administratives et financières des instances décentralisées
 - △ Règlement intérieur et statut d'une MS décentralisées
 - △ Étude de cas : la MS Soppanté
6. Stratégie de communication avec les radios locales pour le développement des mutuelles de santé
 - △ Synthèse des messages radio portant sur les MS
 - △ Deux transcriptions « spot » radio
 - △ Rapport d'un atelier d'évaluation des activités d'IEC
7. Mise en œuvre d'un système de suivi évaluation par une fédération des mutuelles de santé
 - △ Outils de suivi de la consommation des soins par les membres
 - △ Fiche de suivi mensuel (outils de synthèse)
 - △ Checklist du développement organisationnel
8. Partenariat avec les institutions et organisations locales pour le soutien au développement des mutuelles de santé
 - △ Charte du comité communal
 - △ Diagnostic des ONG
 - △ Rapport de l'atelier de partage sur le partenariat
9. Partenariat entre les mutuelles de santé et les institutions de micro finance
 - △ Rapport technique : Partenariat entre les districts, banques populaires et associations communautaires pour le développement des MS au Rwanda
 - △ Contrat entre la banque populaire et une association mutualiste au Rwanda
 - △ Certificat d'aval de l'association mutualiste par les autorités locales

Remerciements

Ce document est le résultat d'une quinzaine d'années d'expérience de travail sur le terrain des nombreux experts qui ont sans cesse œuvré à rendre la mutualité une réalité. Ce document résulte aussi d'un atelier qui a regroupé en décembre 2005, à Mbour au Sénégal, une quinzaine d'experts provenant du Bénin, Ghana, Mali, Rwanda, et Sénégal, pour recenser et documenter les innovations du projet PHRplus en matière de développement des

mutuelles de santé. Ces experts, en plus des auteurs, sont : Abdoulaye Ba, Maxwell Baffoe Twum, Assane Gueye ('le Doyen'), Mamadou Mbaye, Cheikh Mbengue, Pascal Ndiaye, Cheick Simpara, et Pascal Sogoloun. Ces experts ont beaucoup contribué à la réalisation de ce document bien après l'atelier, avec des commentaires et des précisions qui l'ont rendu plus riche, plus rigoureux, et plus fidèle à l'expérience du terrain. Nous voudrions aussi remercier Dr. Marty Makinen et Yann Derriennic pour leurs commentaires pertinents.

This publication was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by Allison Gamble Kelley, MA, Abt Associates Inc., Lynne Miller Franco ScD, University Research Co, LLC, Francois Pathe Diop, PhD, Abt Associates Inc., Damascene Butera, Abt Associates Inc.

DISCLAIMER

The author's views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development (USAID) or the United States Government.

Partners for Health Reformplus (PHRplus) is funded by USAID under contract no. HRN-C-00-00-00019-00 and implemented by Abt Associates Inc. and partners Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Program for Appropriate Technology in Health; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; and University Research Co., LLC.



Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 USA
Tel: 301-913-0500
Fax: 301-652-3916
Email: PHR-
InfoCenter@abtassoc.com
URL: www.PHRplus.org