



Mutualité, Passage à l'Échelle et Extension de l'Assurance Maladie

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

L'objectif de ce papier est de contribuer à une compréhension commune de la notion d'extension de l'assurance maladie en fonction des spécificités des mutuelles de santé communautaires en Afrique. Le cadre d'analyse de politique proposé présente l'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité comme un processus où les principes de la mutualité permettent de décliner les organisations d'assurance maladie qui servent de piliers à l'infrastructure de base

du système d'assurance maladie. Le processus d'extension de l'assurance maladie est identifié comme le produit de la synergie entre les dynamiques communautaires partant de la base-vers-le sommet et les modes et mécanismes d'intervention Étatiques qui partent du sommet-vers-la base afin de créer un environnement incitatif pour le passage à l'échelle et l'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs ruraux et informels.

Le cadre d'analyse constitue le point de départ d'une analyse comparative des expériences diverses d'extension des mutuelles de santé et de l'assurance maladie dans un échantillon de pays africains : le Bénin, le Cameroun, le Ghana, le Niger, le Rwanda et le Sénégal. L'analyse a permis de mettre en exergue des fossés majeurs au sein de l'environnement de politique dans les pays francophones d'Afrique où les cadres juridiques sont toujours en élaboration, les mécanismes de financement d'appui inexistant, les services d'assistance technique assurés essentiellement par une diversité d'ONG et de partenaires extérieurs aux approches différentes, et la tutelle et les agences de réglementation toujours à définir dans certains pays. En contraste, les efforts d'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité sont davantage coordonnés au Ghana et au Rwanda, où des cadres stratégiques d'appui associant des modes d'intervention législatifs, financiers et techniques complémentaires, ont permis d'impulser une extension rapide de la couverture de l'assurance dans les secteurs ruraux et informels.



Marni Laverenz

Il a été possible de tirer des leçons de cette expérience à travers l'identification de principes pour soutenir les réflexions et les directions stratégiques dans l'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité en Afrique au Sud du Sahara :

- L'extension de l'assurance maladie sur la base des mutuelles de santé communautaire doit être soutenue par une forte volonté politique et un leadership à plusieurs niveaux permettant de mobiliser et de coordonner durablement les efforts de plusieurs acteurs aux niveaux national et local.
- Le principe d'équité dans le financement doit servir de base à la déclinaison des mécanismes de financement dans le cadre des mesures d'extension de l'assurance maladie sur la base des mutuelles de santé communautaire de telle sorte que les citoyens en ayant les moyens subventionnent les citoyens n'étant pas en mesure de payer.
- La combinaison des sources et des mécanismes de financement dans le cadre des mesures d'extension de l'assurance maladie sur la base des mutuelles de santé repose sur la synergie entre le financement public, lui-même fondé sur le principe de solidarité nationale, et la mutualité qui s'appuie sur les principes de solidarité, d'entraide mutuelle et de prépaiement au niveau local.
- L'alignement des organisations d'assurance maladie de base à l'environnement institutionnel de la décentralisation permet d'utiliser l'équivalence structurelle, les capacités politiques et techniques des collectivités décentralisées comme des leviers pour étendre rapidement les organisations de base de l'assurance maladie sur l'ensemble du territoire national.

I. INTRODUCTION

Dans la majorité des pays d'Afrique au Sud du Sahara, où les revenus figurent parmi les plus faibles du monde, les mécanismes de financement de la santé sont dominés par le paiement direct des ménages au moment du besoin^{1,2}. L'essentiel de la population active des pays africains étant employée dans les petites entreprises du secteur informel et les exploitations familiales du secteur agricole, des mécanismes alternatifs de financement de la santé sont nécessaires pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé et protéger les ménages contre les risques financiers et d'appauvrissement associés au paiement direct pour faire face à la maladie³. Dans de tels contextes économiques et sociaux, la combinaison des systèmes d'assurance maladie basée sur la communauté, comme les mutuelles de santé, et les mécanismes formels de financement (systèmes d'assurance sociale et financement public) offre un potentiel important pour assurer la transition d'un système de santé dominé par le paiement direct au moment du besoin vers un système de santé basé sur le prépaiement, la mise en commun des risques et la couverture universelle des soins de santé.

Avec l'émergence des systèmes d'assurance maladie basée sur la communauté, les années 80 ont vu se développer une dynamique communautaire d'expérimentation de mécanismes alternatifs de financement social dans le domaine de la santé en faveur de l'éclosion du mouvement associatif en Afrique au Sud du Sahara. Cette dynamique se fonde sur les valeurs d'entraide mutuelle et de solidarité ambiantes dans les communautés de base, et les modes d'organisation du mouvement associatif pour transformer ce capital social en mécanismes de promotion de l'accès aux soins de santé et de protection contre les risques financiers associés à la maladie.

Après deux décennies d'émergence, la mise en place des mutuelles de santé est actuellement à la croisée des chemins.

¹ World Health Organization, 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems – Improving Performance*. Geneva.

² Gottret, P. et G. Schieber, 2007. *Financer la Santé : Une Nouvelle Approche – Un Guide pour les Décideurs et les Praticiens*. Banque Mondiale : Editions Saint-Martin

³ Organisation Mondiale de la Santé, 2001. *Macroéconomie et Santé : Investir dans la Santé pour le Développement Economique*. Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. Genève.

La reconnaissance du potentiel social des mutuelles de santé se traduit par la volonté de passer d'une stratégie émergente des mutuelles de santé à une stratégie délibérée de développement en Afrique au Sud du Sahara. En effet, l'extension des mutuelles de santé est maintenant identifiée comme une stratégie clé d'extension de l'assurance maladie et de la protection sociale en santé dans plusieurs pays de la région. Ce potentiel social des systèmes d'assurance maladie basée sur la communauté est actuellement réalisé dans deux pays aussi divers que le Ghana et le Rwanda. Bien qu'entrés récemment dans la dynamique du mouvement mutualiste dans la santé, ces deux pays d'Afrique au Sud du Sahara sont résolument engagés dans l'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité à l'image de plusieurs pays d'Amérique Latine et d'Asie, et de la Chine.

L'objectif principal du présent document est de mettre en évidence les éléments d'un cadre d'analyse de politique pour identifier les processus et les mécanismes associés à l'extension de l'assurance maladie dans les secteurs ruraux et informels sur la base des systèmes d'assurance maladie basée sur la communauté. Les éléments du cadre d'analyse sont présentés dans la deuxième section afin de définir les bases d'une compréhension commune de la notion d'extension de l'assurance maladie en fonction des spécificités des systèmes d'assurance maladie basée sur la communauté en Afrique au Sud du Sahara.

Le deuxième objectif du document est de déterminer les fossés de l'environnement de politique des pays d'Afrique au Sud du Sahara qui contraignent l'extension de l'assurance maladie dans les secteurs ruraux et informels sur le plan des systèmes d'assurance maladie basée sur la communauté. A cette fin, les expériences d'extension des mutuelles de santé dans des pays aussi divers que le Bénin, le Cameroun, le Niger, le Sénégal, le Ghana et le Rwanda sont résumées dans le cadre analytique dans la troisième section. La dernière section s'articule autour de cette analyse comparative pour identifier les fossés dans l'environnement de politique et des principes directeurs pour soutenir les réflexions sur l'extension de l'assurance maladie en se basant sur la mutualité dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara.

2. CADRE D'ANALYSE DE POLITIQUE

Dans le reste du document, les termes « système d'assurance maladie basée sur la communauté » et « mutuelle de santé communautaire » sont utilisés pour désigner les mêmes types d'organisation d'assurance maladie qui sont autogérées par leurs membres dans les secteurs ruraux et informels. Les bases sociales des organisations d'assurance maladie à base communautaire envisagées ici sont définies sur la base de la résidence et de la territorialité. Elles sont basées soit sur un village, plusieurs villages d'un même terroir, un ou plusieurs quartier(s) urbain(s), ou une collectivité territoriale ; soit sur d'autres subdivisions de l'administration territoriale comme les districts sanitaires, les arrondissements, ou les départements.

L'extension de l'assurance maladie nécessite une infrastructure de base qui est proche des bénéficiaires potentiels pour servir de support aux fonctions administratives du système d'assurance maladie. Dans les systèmes traditionnels d'assurance sociale, l'infrastructure de base qui sert de support aux fonctions de l'assurance maladie est constituée des entreprises du secteur moderne de l'économie qui disposent d'une structure de transactions relativement stable à travers laquelle les unités catégoriques peuvent être distinguées aisément (employés et leurs dépendants) et les contributions peuvent être collectées facilement (salaires des employés).

Dans une société où la majorité de la population est employée dans des petites entreprises familiales du secteur informel et des exploitations familiales du secteur agricole où les moyens d'échange et les unités catégoriques ne sont pas généralisables, une infrastructure de base alternative est nécessaire pour soutenir l'extension de l'assurance maladie à la majorité de la population⁴. Dans le cadre de l'analyse de politique présenté ci-dessous, l'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité est comprise comme un processus d'extension de l'assurance maladie où les principes

⁴ Turner, Jonathan, 2000. *The Formation of Social Capital*, in Partha Dasgupta and Ismael Sirageldin (eds), *Social Capital: A Multifaceted Perspective*. The World Bank. Washington, D.C.

de la mutualité sont utilisés pour décliner les organisations d'assurance maladie de base qui servent de piliers à l'infrastructure de base du système d'assurance maladie⁵.

Dans cette perspective, le processus d'extension de l'assurance maladie est identifié comme un processus d'établissement de passerelles institutionnelles entre les dynamiques communautaires et les modes et mécanismes d'intervention étatiques afin de créer un environnement incitatif pour l'extension de la couverture du risque maladie dans les secteurs ruraux et informels. Dans ce cadre, les mutuelles de santé communautaires sont identifiées comme des piliers de l'infrastructure de base d'un système d'assurance maladie qui constitue le premier maillon de la chaîne de gestion des risques associés à l'assurance maladie. Les réseaux locaux de mutuelles de santé communautaires, qui remplissent certaines fonctions au bénéfice des mutuelles membres, sont identifiés comme des mécanismes d'intermédiation sociale qui constituent le maillon intermédiaire de la chaîne de gestion des risques associés à l'assurance maladie. Enfin, les cadres légaux et réglementaires, les services d'assistance technique et les mécanismes financiers qui servent de piliers aux dispositifs d'appui au niveau macro sont identifiés comme le maillon central de la chaîne de gestion des risques associés à l'assurance maladie. Comment les processus d'extension par le bas partant des communautés et les processus d'extension par le haut partant de l'État peuvent établir des passerelles institutionnelles pour articuler ces différents maillons de la chaîne de gestion des risques associés à l'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité est le thème central du cadre d'analyse de politique présenté ci-dessous.

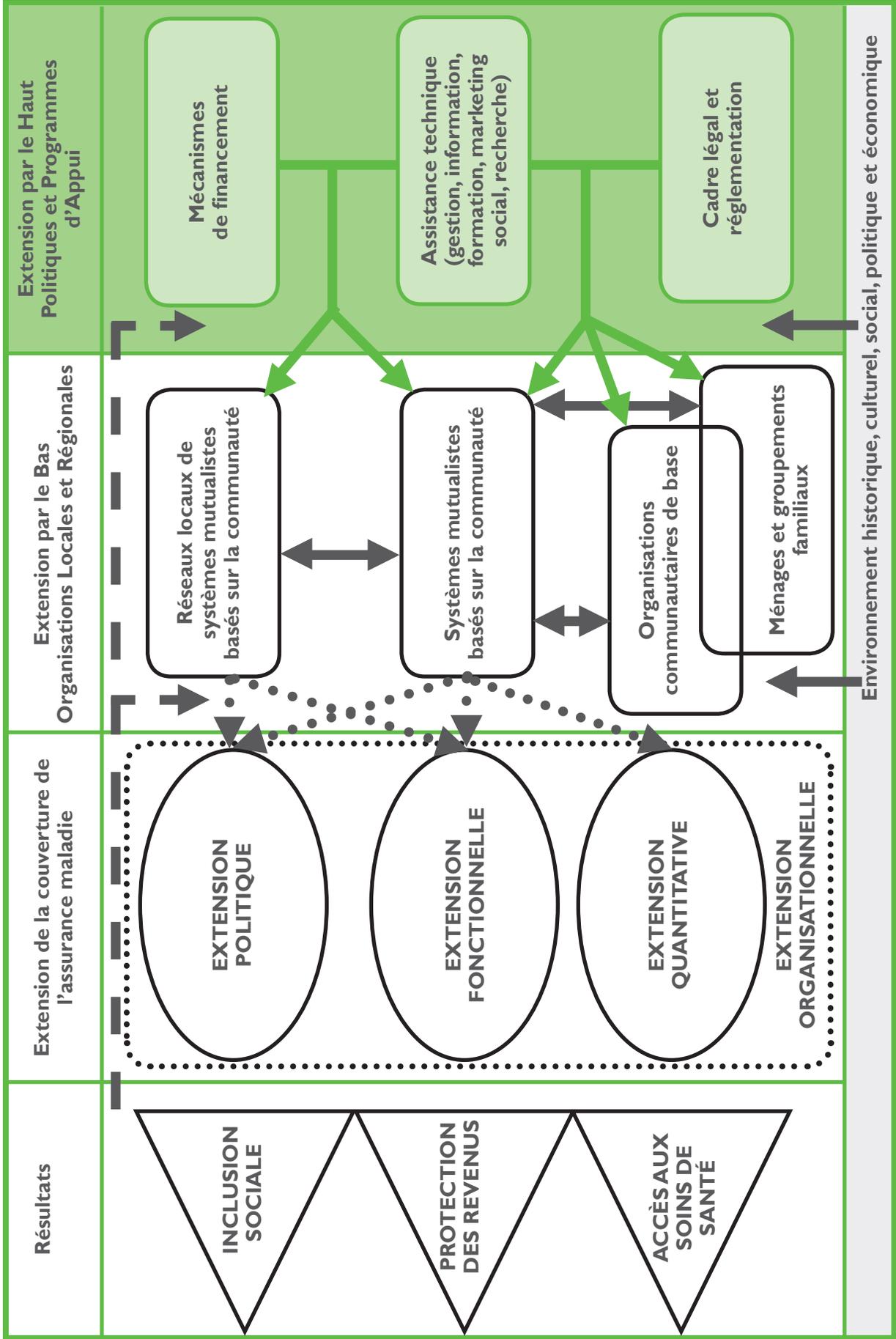
Le cadre d'analyse de politique de l'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité est résumé dans le schéma de la page suivante. Le cadre d'analyse

stipule que les résultats attendus de l'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité incluent l'amélioration de l'accès aux soins, la protection des revenus des ménages dans la santé et l'inclusion sociale. Ces résultats peuvent être atteints à travers la traduction dans la réalité d'une volonté politique axée sur l'extension de la couverture et le renforcement des pouvoirs et la responsabilisation des populations vulnérables, l'extension des paquets de bénéfices et des services de santé, l'augmentation quantitative des bases sociales et de la solidarité entre les malades et les bien-portants à travers des organisations d'assurance maladie, et l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des organisations d'assurance maladie. L'extension de l'assurance maladie est réalisée sur la base d'approches qui partent du bas-vers-le sommet à travers des systèmes d'assurance communautaires basés sur les ménages, les groupes familiaux et les organisations communautaires de base et les réseaux de systèmes d'assurance communautaires. Les approches partant du bas sont renforcées par des politiques et des programmes partant du sommet-vers-le bas : un cadre stratégique d'appui reposant sur des nouvelles sources de financement et des mécanismes de financement durables, des services d'assistance technique, et un environnement légal et réglementaire approprié, est identifié comme une condition nécessaire pour stimuler la dynamique des organisations locales d'assurance maladie et leur extension géographique à une plus grande échelle.

Une première sous-section présente le premier champ du cadre d'analyse à savoir la raison d'être de l'extension de l'assurance maladie en Afrique. Les trois sous-sections suivantes présentent les processus d'extension qui définissent les autres champs du cadre d'analyse de politique de l'extension de l'assurance maladie en tenant compte des spécificités des expériences des mutuelles de santé communautaires d'Afrique.

⁵ Cette perspective est différente de la perspective d'une initiative mutualiste isolée et autonome d'une communauté qui n'entretient aucune relation fonctionnelle avec les autres acteurs du développement : ceci est le cas dans plusieurs expériences locales durant la phase d'émergence de la mutualité dans la santé dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara.

CADRE D'ANALYSE DE POLITIQUE DE L'EXTENSION DE L'ASSURANCE MALADIE SUR LA BASE DE LA MUTUALITÉ



2.1 Raison d'être de l'extension de l'assurance maladie

Le premier champ du cadre d'analyse de politique couvre les principaux objectifs de politique auxquels contribue l'extension de l'assurance maladie dans le contexte spécifique des systèmes de santé de l'Afrique au Sud du Sahara. Dans ce contexte spécifique, il y a un large consensus sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé, la protection des revenus des ménages dans la santé et l'inclusion sociale dans la santé comme raison d'être des efforts d'extension de l'assurance maladie. Les questions de politique clés liées à ces objectifs sont respectivement: quel est le niveau de recours aux soins de santé dans la population générale ? Quel est le niveau de recours aux soins de santé parmi les plus pauvres ? Les systèmes mutualistes communautaires ont-ils un impact sur le niveau d'accès et d'utilisation des soins de santé parmi les pauvres? Quel est le niveau des dépenses directes liées à la maladie ? Quelle est la proportion des ménages confrontés aux dépenses catastrophiques de santé ? Les systèmes mutualistes communautaires ont-ils un impact sur les dépenses directes et la protection contre les dépenses catastrophiques liées à la maladie ? Quel est le niveau de couverture des pauvres et des groupes vulnérables par les systèmes mutualistes communautaires ?

Accès aux soins de santé. Outre l'amélioration de la qualité des soins de santé, un meilleur accès aux soins de santé constitue l'un des facteurs déterminants visant à influencer positivement l'État de santé des populations. Beaucoup d'efforts ont été investis en Afrique au Sud du Sahara pour faciliter l'accessibilité géographique et enrichir la qualité des soins de santé dans le cadre des approches du développement sanitaire basées sur l'offre.

La dimension « demande » dans les stratégies de développement sanitaire a fait l'objet de peu de discussions. Il est de plus en plus reconnu, cependant, qu'en plus des contraintes d'accessibilité géographique et sociale, les paiements directs au moment du besoin constituent l'une des principales sources d'exclusion des services de santé en Afrique au Sud du Sahara.

En effet, les barrières financières pour accéder aux soins donnent lieu à différentes formes d'exclusion : l'exclusion totale ou l'indigence, l'exclusion saisonnière, l'exclusion temporaire ou l'exclusion partielle. Premièrement, certaines catégories les plus pauvres de la population sont totalement exclues des services de santé simplement parce qu'elles n'ont pas la capacité économique de payer les services de santé à n'importe quelle période de l'année : exclusion totale ou indigence. Deuxièmement, des catégories de la population peuvent retarder le recours aux soins de santé après la perception de la maladie et des besoins de soins parce qu'elles n'ont pas les moyens de payer pour les services au moment du besoin : exclusion temporaire. Troisièmement, des catégories de la population peuvent être saisonnièrement exclues des services de santé en conséquence des contraintes de liquidités durant des saisons spécifiques de l'année, par exemple dans les populations rurales où les sources de revenus dépendent des saisons de récolte et de commercialisation des produits agricoles : exclusion saisonnière. Finalement, des patients qui ont été consultés par les prestataires de soins peuvent être prescrits des examens et/ou des médicaments pour leur traitement qu'ils sont incapables de payer pour compléter leur traitement : exclusion partielle. Les mutuelles de santé de santé sont conçues pour réduire ces sources d'exclusion dans les populations rurales et celles employées dans le secteur informel.

La principale raison d'être des efforts d'extension de l'assurance maladie est de faire en sorte que l'accès aux soins de santé ne soit plus limité pour des raisons financières. Dans beaucoup de pays africains, les niveaux d'utilisation des services modernes de santé sont trop bas comparés aux niveaux observés dans d'autres pays. Par ailleurs, les inégalités d'utilisation des services modernes sont profondes entre les différentes catégories socioéconomiques de la population, entre les plus riches et les plus pauvres, entre les urbains et les ruraux. En conséquence, les plus riches capturent une part disproportionnée des bénéfices des subventions publiques véhiculées à travers les organisations publiques de prestation de soins, remettant en cause les principes

de base du financement public dans la santé. D'un pays à un autre, les principales raisons de la non-utilisation des services modernes de santé formulées de façon récurrente par les populations restent les coûts des soins et des médicaments et le manque d'argent⁶.

Protection des revenus des ménages dans la santé.

Dans la majorité des pays d'Afrique au Sud du Sahara, une part de plus en plus grande des dépenses de santé (40% à 70%) est prise en charge par les ménages à travers des mécanismes de paiement direct par les usagers.

En conséquence, un fardeau de plus en plus lourd du financement de la santé est supporté directement par les ménages à travers des mécanismes qui contraignent l'accessibilité financière aux soins de santé. Il est de plus en plus admis que la maladie et les dépenses directes liées à la maladie, les maladies catastrophiques et les dépenses qui leur sont associées, sont une des principales sources d'appauvrissement des ménages dans les pays en développement⁷.

Ainsi, les systèmes de santé africains sont marqués par un paradoxe essentiel : conçus pour contribuer à la protection sociale des citoyens contre les maladies et les conséquences de celles-ci, les systèmes de santé sont devenus une source potentielle d'appauvrissement des citoyens. Par conséquent, en plus de l'amélioration de l'accès aux soins, l'une des raisons d'être des efforts pour étendre l'assurance maladie dans les pays africains est une plus grande protection des revenus des ménages dans la santé.

Inclusion sociale dans la santé. Il existe deux dimensions de l'inclusion sociale dans la santé qui justifient que

⁶ Sources DHS : Mali EDSM III – 2001 (tableau 8.21), Rwanda DHS -2005 (table 8.16), Uganda DHS 2000-2001 (table 9.22), Uganda DHS 2006 (table 10.12), Ethiopia DHS 2000 (table 10.12), Ethiopia DHS 2005 (table 9.8), Senegal EDS IV 2005 (table 8.21), Ghana DHS 2003 (table 9.21), Nigeria DHS 2003 (9.21). See <http://www.measuredhs.com/pubs/>

⁷ Voir les travaux de l'équipe de Anirudh Krishna de Duke University dans le site Sources DHS : Mali EDSM III – 2001 (tableau 8.21), Rwanda DHS -2005 (table 8.16), Uganda DHS 2000-2001 (table 9.22), Uganda DHS 2006 (table 10.12), Ethiopia DHS 2000 (table 10.12), Ethiopia DHS 2005 (table 9.8), Senegal EDS IV 2005 (table 8.21), Ghana DHS 2003 (table 9.21), Nigeria DHS 2003 (9.21). See <http://www.measuredhs.com/pubs/>. Le site résume plusieurs travaux de recherche sur les causes de la pauvreté et les stratégies pour échapper de la pauvreté dans les pays asiatiques, les pays africains et les pays latino-américains.

l'inclusion sociale soit identifiée parmi les raisons d'être des efforts d'extension de l'assurance maladie dans les pays africains. La première dimension a trait à la couverture des besoins sanitaires des plus pauvres, des groupes vulnérables et des groupes minoritaires. Bien que les personnes pauvres et les groupes vulnérables devraient bénéficier de soins sanitaires en priorité dans les pays africains, ce sont ces mêmes segments de la population qui souffrent le plus des phénomènes d'exclusion dans les systèmes de santé. Ainsi, des efforts d'extension de l'assurance maladie dans les pays africains qui laisseraient de côté les plus pauvres et les groupes vulnérables réduiraient l'équité dans les systèmes de santé et leur impact potentiel sur l'État de santé des populations.

La deuxième dimension a trait à la responsabilisation des personnes pauvres et des citoyens dans la santé⁸. Il est reconnu, maintenant, que l'amélioration des capacités des individus et des communautés à prendre en charge leur propre santé constitue une dimension clé des stratégies d'amélioration de l'État de santé des populations. Ainsi, des efforts d'extension de l'assurance maladie dans les pays africains devraient contribuer à la responsabilisation des individus et des communautés à prendre en charge leur propre santé et accroître leur pouvoir dans la santé et leur implication dans les décisions qui les concernent en matière de santé.

En résumé, le premier champ du cadre d'analyse de politique de l'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité permet d'analyser la contribution des efforts d'extension de l'assurance maladie aux objectifs du système de santé qui sont l'accès aux soins de santé, la protection des revenus, et l'inclusion sociale dans la santé en Afrique au Sud du Sahara. Les objectifs politiques et les résultats envisagés dans le premier champ d'analyse permettent d'intégrer les travaux analytiques et les efforts d'extension de l'assurance maladie dans les stratégies d'amélioration de l'État de santé, de réduction de la pauvreté, et de renforcement de la démocratie dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara.

⁸ Commission on Human Security, 2003. *Human Security Now*, United Nations, New York.



Jessica Rushing

leur flexibilité, leur proximité aux membres, et leur gouvernance. En raison de leur ancrage communautaire, leur organisation permet de mettre en synergie les arrangements institutionnels formels des systèmes d'assurance maladie et les institutions et les mécanismes informels de contrôle social de leur communauté respective pour minimiser les comportements opportunistes et certains risques inhérents aux systèmes d'assurance maladie. Elles souffrent de faiblesses majeures, cependant, qui sont liées à leur surface financière et leur taille qui restent limitées.

Les avantages comparatifs de l'État et des autres acteurs du développement sont liés aux ressources légales, humaines et financières dont ils disposent : les mutuelles de santé communautaires ne posséderont jamais de telles ressources en toute vraisemblance. Les États modernes en Afrique au Sud du Sahara, cependant, sont toujours en construction et souffrent de beaucoup de faiblesses en raison de leur jeunesse, des problèmes de relations d'agence inhérents aux mécanismes étatiques, et de leur faible emprise sur le vécu quotidien des populations. Dans le domaine spécifique de la santé, ces faiblesses se manifestent par la verticalité des interventions sanitaires, les processus de décision et les mécanismes d'allocation de ressources basés sur l'offre qui sont capturés par les administrations sanitaires et les professionnels de la santé au détriment des citoyens, et l'exclusion de segments importants de la population des bénéficiaires et de la protection du système public de santé.

Ainsi, pour traduire la réalité du potentiel social des mutuelles de santé communautaires dans la santé, il est nécessaire de créer une synergie entre les ressources de l'État et des autres acteurs du développement et les mutuelles de santé. L'établissement de liens bénéfiques entre les mutuelles de santé communautaires d'une part et l'État et les autres acteurs de développement d'autre part nécessite deux processus d'extension : *l'extension par le bas* et *l'extension par le haut*. L'extension par le bas est un processus à travers lequel des mutuelles de santé à base communautaire entrent en relation avec l'État et les autres acteurs de développement pour étendre leur impact.

2.2 Processus d'extension de l'assurance maladie

Dans le domaine des mutuelles de santé et l'extension de l'assurance maladie, la notion d'extension peut être déclinée en se basant sur la typologie proposée par P. Uvin, qui s'applique généralement aux organisations et initiatives communautaires⁹. La typologie de P. Uvin est d'autant plus utile que les mutuelles de santé s'investissent dans un domaine de l'assurance maladie et du financement de la santé où la responsabilité d'autres acteurs en général, l'État en particulier, est largement reconnue.

L'extension de l'assurance maladie dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara peut se construire sur les avantages comparatifs des mutuelles de santé communautaires et les avantages comparatifs de l'État et des autres acteurs de développement. Les avantages comparatifs des mutuelles de santé communautaires dans l'extension de l'assurance maladie sont liés à leur enracinement aux valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle qui sont ambiantes dans les communautés de base en Afrique au Sud du Sahara,

⁹ Peter Uvin, 1999. *Scaling Up, Scaling Down : NGOs Paths to Overcoming Hunger*, in Thomas J. Marchione (ed), *Scaling Up, Scaling Down: Overcoming Malnutrition in Developing Countries*. Gordon and Breach Publishers

L'extension par le haut est un processus à travers lequel l'Etat et les autres acteurs de développement adoptent des modes de fonctionnement qui permettent une interaction significative avec les mutuelles de santé communautaires¹⁰. Les deux types de processus d'extension permettent de mettre en évidence différents maillons de la chaîne de la gestion des risques dans le cadre de l'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité : mutuelles de santé communautaires au niveau local, réseaux locaux de mutuelles de santé au niveau intermédiaire, et agences Étatiques au niveau central.

2.3 Extension par le bas

Selon la typologie de P. Uvin et la compréhension de la dynamique des mutuelles de santé communautaires en Afrique au Sud du Sahara, quatre types d'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité peuvent être identifiés : (i) extension quantitative, (ii) extension fonctionnelle, (iii) extension politique, et (iv) extension organisationnelle. Ces différents types d'extension sont déclinés dans la première sous-section suivante. Par ailleurs, la mise en réseau des mutuelles de santé est présentée dans la deuxième sous-section comme un cas spécifique d'extension par le bas puisque combinant plusieurs types d'extension dans une population donnée de mutuelles de santé.

Extension quantitative. L'extension quantitative est un processus à travers lequel une mutuelle de santé communautaire élargit sa taille en augmentant sa base sociale ou d'adhésion, le cadre géographique de sa population cible, et/ou son budget. L'extension quantitative intervient généralement lorsqu'une mutuelle de santé communautaire augmente le nombre de ses adhérents et de ses bénéficiaires : au niveau d'une mutuelle de santé individuelle donnée, c'est le processus qui est généralement compris quand on parle de l'extension de la mutuelle de santé. L'extension quantitative correspond au niveau micro d'une organisation d'assurance maladie à base communautaire à la notion d'augmentation de la

largeur de la couverture de l'assurance maladie au niveau macro du système de santé¹¹. Ainsi, les questions clés liées à l'extension quantitative sont : quel est le nombre de bénéficiaires couverts par les systèmes mutualistes ? Quel est le taux de pénétration de la population par les systèmes mutualistes ?

Extension fonctionnelle. L'extension fonctionnelle est un processus à travers lequel une mutuelle de santé communautaire élargit le nombre et les types de services qu'elle fournit à ses bénéficiaires. La structure du paquet de bénéfices d'une mutuelle de santé est au cœur de la problématique de la fonction d'assurance de la mutuelle et de ces deux dimensions : l'accès aux soins de santé et la couverture contre les risques financiers associés à la maladie. L'extension fonctionnelle correspond au niveau micro d'une organisation d'assurance maladie à base communautaire à la notion d'augmentation de la profondeur et de la hauteur de la couverture de l'assurance maladie au niveau macro du système de santé¹². Ainsi, les questions clés liées à l'extension fonctionnelle sont : quels sont les types de risques couverts par les systèmes mutualistes ? Les paquets des bénéfices couvrent-ils les petits risques et les gros risques ? Quel est le niveau de copaiements appliqués au niveau des systèmes mutualistes ?

Extension politique. L'extension politique est un processus à travers lequel une mutuelle de santé, en plus de ses activités de prestation de services d'assurance maladie, engage des activités qui contribuent au renforcement du pouvoir de ses membres et à des changements de son environnement social, économique et politique. Ce processus inclut une implication politique active et la création de relations avec les acteurs Étatiques. L'extension politique comprend aussi des initiatives prises par les mutuelles de santé communautaires pour prendre en charge les coûts des soins de santé des indigents et des groupes vulnérables. A travers ces mécanismes de prise en charge des nécessiteux, les mutuelles de santé investissent un domaine qui est de la responsabilité de l'État et des

¹⁰ Bennett Sara, 2004. "The Role of Community-Based Health Insurance Within the Broader Health Financing System: A Framework for Analysis". *Health Policy and Planning*. May.

¹¹ OMS, 2008. Rapport de la Santé dans le Monde 2008. Genève.

¹² ibid

collectivités locales : c'est la raison pour laquelle ces initiatives sont inscrites dans le type d'extension politique. Ainsi, les questions clés liées à l'extension politique sont : existe-t-il un dispositif de prise en charge des plus pauvres et des groupes vulnérables au niveau des systèmes mutualistes ? Quel est le niveau de performance des dispositifs de prise en charge existants ? Qui paye pour la prise en charge des plus pauvres et des groupes vulnérables ?

Extension organisationnelle. L'extension organisationnelle est un processus à travers lequel une mutuelle de santé accroît sa capacité organisationnelle en améliorant son efficacité, son efficience, et la pérennité des bénéfiques qu'elle fournit à ses membres. L'extension organisationnelle peut avoir plusieurs dimensions dont une dimension financière et une dimension institutionnelle. Dans sa dimension financière, l'extension organisationnelle d'une mutuelle de santé peut inclure la diversification des sources de revenus de la mutuelle, l'augmentation du degré d'autofinancement de la mutuelle, ou la création d'activités génératrices de revenus. Elle peut résulter aussi de l'établissement de relations avec l'État pour assurer la mise en place d'un cadre législatif ou de coopération permettant l'affectation de ressources aux mutuelles de santé.

Dans sa dimension institutionnelle, l'extension organisationnelle d'une mutuelle de santé peut se manifester par l'amélioration de sa capacité interne de gestion permettant aux gestionnaires et membres de la mutuelle de santé d'apprendre et de développer leurs compétences en matière de gestion. L'extension organisationnelle d'une mutuelle de santé se manifeste aussi par la création de liens avec d'autres mutuelles de santé : cas des réseaux locaux de mutuelles de santé dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Elle se manifeste aussi par l'établissement des liens avec des schémas de micro-finance ou avec d'autres acteurs de développement : cas des cadres nationaux de concertation dans différents pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre et de la concertation régionale des promoteurs des mutuelles de santé dans la même région.

Ainsi, les questions clés liées à l'extension organisationnelle ont trait à la viabilité institutionnelle et à la viabilité financière des systèmes mutualistes : quelle est l'appréciation de la viabilité institutionnelle des systèmes mutualistes ? Quel est le mode d'organisation et de gouvernance des systèmes mutualistes ? Quelles sont les modalités d'adhésion et de contribution des ménages et groupements familiaux aux systèmes mutualistes ? Quel est le schéma d'interaction entre les systèmes mutualistes et les organisations communautaires de base ?

En résumé, l'extension quantitative, l'extension fonctionnelle, l'extension politique et l'extension organisationnelle au niveau d'une mutuelle de santé peuvent entretenir des relations causales entre elles et influencer la dynamique de développement de la mutuelle de santé. Ces quatre types d'extension identifient des dimensions clés pour apprécier la contribution des mutuelles de santé communautaire à l'extension de l'assurance maladie. Ils mettent en exergue des leviers que les politiques et les programmes d'extension de l'assurance maladie peuvent activer pour permettre aux mutuelles de santé communautaires de jouer le rôle d'organisations de base dans un système national d'assurance maladie. Dans ce cadre, les mutuelles de santé communautaires servent de premier maillon d'une chaîne de gestion des risques où certaines fonctions de base de l'assurance maladie (sensibilisation de la population, recrutement des adhérents, collecte des cotisations, identification des indigents, gestion des contrats avec les formations sanitaires de base, etc.) sont remplies par les mutuelles de santé communautaires. D'autres fonctions complémentaires sont remplies par d'autres acteurs institutionnels au niveau intermédiaire (réseaux locaux de mutuelles de santé) et macro-social (organismes de garantie et/ou de réassurance sociale).

Réseau de mutuelles de santé : un cas spécifique d'extension par le bas. Les types d'extension envisagés dans les paragraphes précédents s'appliquent au cas spécifique d'une mutuelle de santé prise isolément. En plus du niveau micro des mutuelles individuelles, cependant, la dynamique du développement des mutuelles de santé s'inscrit aussi au niveau méso (ou intermédiaire)

d'une population de mutuelles de santé dans un cadre géographique donné. Les réseaux des mutuelles de santé jouent un rôle catalyseur de la manifestation des différents types d'extension dans une population de mutuelles de santé.

Les réseaux des mutuelles de santé ont un potentiel important pour contribuer à l'extension quantitative des mutuelles de santé. En plus de l'augmentation du nombre de membres des mutuelles de santé existantes, l'extension quantitative se manifeste aussi par le développement de nouvelles mutuelles de santé qui *imitent* les traits organisationnels, les routines et les procédures des mutuelles de santé existantes en exploitant les opportunités d'apprentissage offertes par les expériences accumulées dans la population de mutuelles de santé existantes¹³. Les membres d'une population de mutuelles de santé dans un cadre géographique donné peuvent entretenir des relations fonctionnelles pour prendre en charge au niveau méso des fonctions pour lesquelles les mutuelles individuelles ont un faible avantage comparatif étant données la taille relativement modeste, la surface financière limitée et les capacités organisationnelles restreintes de plusieurs mutuelles de santé communautaires.

Ainsi, les questions clés suivantes liées à la dynamique du développement des mutuelles de santé au niveau intermédiaire : quel est le nombre de systèmes mutualistes basés sur la communauté ? Les systèmes mutualistes basés sur la communauté couvrent-ils l'ensemble du pays ? Existente-t-ils des réseaux locaux de systèmes mutualistes basés sur la communauté ? Quelles fonctions remplissent les réseaux locaux ? Les réseaux remplissent-ils des fonctions de mise en commun des risques ? Les réseaux remplissent-ils des fonctions d'intermédiation entre les systèmes mutualistes communautaires et les autres acteurs, dont l'État ?

¹³ Voir Rao Hayagreeva and J.V. Singh, 1999. "Types of Variations in Organizational Populations :The Speciation of New Organizational Forms" in J. A. C. Baum and B. McKelvey (eds), *Variations in Organizational Science: In Honor of Donald T. Campbell*. SAGE Publications.

Les réseaux peuvent remplir plusieurs fonctions d'intermédiation sociale au bénéfice des mutuelles individuelles dans plusieurs domaines :

- **Apprentissage par les paires.** Les opportunités d'apprentissage et de partage d'informations entre les mutuelles de santé sont largement accrues dans le cadre des relations fonctionnelles qu'elles établissent avec des mutuelles paires. A travers le partage d'informations, les réseaux servent de cadre de processus de sélection et de réplication des traits organisationnels pour renforcer l'adaptation des mutuelles de santé à leur environnement ; par ailleurs, ils facilitent la sélection et la réplication de procédures et de routines pour renforcer l'administration des mutuelles de santé.
- **Contractualisation avec les prestataires.** Les capacités de négociation des mutuelles de santé avec les prestataires sont accrues lorsqu'elles sont en réseau. A travers le partage d'informations relatives aux prestataires de soins, les réseaux contribuent à la réduction des coûts de transactions dans le cadre des négociations des relations contractuelles. Les capacités de négociation des mutuelles de santé peuvent être accrues lorsqu'elles négocient avec une même voix à travers leur réseau avec les prestataires aux niveaux intermédiaires et les plus élevés de la pyramide sanitaire.
- **Mise en commun et gestion des risques.** Les mutuelles de santé peuvent améliorer significativement la gestion des risques liés à l'assurance maladie lorsqu'elles mettent en commun les gros risques qui sont imprévisibles pour les mutuelles individuelles, mais qui deviennent prévisibles et plus facile à gérer lorsqu'ils sont mis en commun dans une population importante de mutuelles de santé.
- **Plaidoyer.** Enfin, l'extension politique des mutuelles individuelles peut porter ses fruits au niveau d'une collectivité décentralisée ; aux niveaux régional et national, cependant, elle ne peut être fructueuse que si plusieurs mutuelles ou plusieurs réseaux locaux de mutuelles coopèrent pour augmenter leur poids politique.

Ces différentes fonctions peuvent se traduire en des systèmes locaux d'appui aux mutuelles de santé lorsque les relations entre les mutuelles de santé sont consolidées dans le cadre d'un réseau local de mutuelles de santé bien structuré. De ce point de vue, le réseau peut être envisagé comme une forme d'extension organisationnelle dans laquelle les mutuelles de santé individuelles s'engagent pour étendre leur impact et entrer dans une relation significative et bénéfique avec les structures de référence de prestation des soins (hôpitaux régionaux et nationaux) et les gouvernements, les institutions de formation et de recherche, et les organismes de coopération internationale.

Contexte et acteurs locaux. Ces dynamiques communautaires d'extension de l'assurance maladie sur la base des mutuelles de santé sont portées par une pluralité d'acteurs et dans une diversité d'environnements économique, politique, social, et culturel. Dans plusieurs pays Africains, les mutuelles de santé sont portées essentiellement par les leaders des organisations communautaires de base et les prestataires avec l'appui des organisations non-gouvernementales et les projets d'appui au développement sanitaire soutenus par les partenaires techniques et financiers. Ce schéma va vraisemblablement continuer à dominer le profil et les interactions des acteurs dans des pays où les cadres stratégiques d'appui ne sont pas encore bien structurés. Dans certains pays, le leadership dans la promotion des systèmes mutualistes est porté par les élus locaux dans le cadre du renforcement du mouvement de décentralisation administrative et politique en cours en Afrique au Sud du Sahara. Ceci serait typiquement le cas lorsque l'extension par le haut est fortement soutenue par l'État. En toute vraisemblance, les schémas d'interactions des acteurs locaux dans les processus d'extension par le bas vont dépendre du contexte de politique spécifique dans lequel se situe chaque pays.

En résumé, le développement des réseaux locaux de mutuelles de santé est un cas spécifique d'extension par le bas des mutuelles de santé communautaires qui pallie aux insuffisances et limites structurelles des mutuelles de santé individuelles. Les réseaux locaux de mutuelles

Jessica Daly



de santé peuvent être formalisés pour fournir un cadre institutionnel de la mise en commun et de la gestion des risques. Dans cette perspective, les réseaux locaux de mutuelles de santé servent de maillon intermédiaire de la chaîne de gestion des risques entre les mutuelles de santé communautaires et les mécanismes de garanties et/ou de réassurance sociale au niveau macro. Ainsi, les réseaux locaux de mutuelles de santé facilitent l'interface entre les processus d'extension par le bas afférents à la dynamique de développement des mutuelles de santé communautaires et les processus d'extension par le haut inhérents aux interventions des gouvernements, des institutions de formation et de recherche, et des organismes de coopération internationale.

2.4 Extension par le haut

L'extension par le haut est un processus complémentaire de l'extension d'organisations communautaires comme les mutuelles de santé. L'extension par le haut est un processus à travers lequel les gouvernements, les institutions de formation et de recherche, et les organismes de coopération internationale adoptent des politiques, des modes de fonctionnement et des procédures qui permettent une interaction significative avec les mutuelles de santé communautaires. Ce processus

implique des efforts de l'État et autres institutions dans des domaines où leurs avantages comparatifs sont les plus importants : domaine technique, domaine financier, et domaine législatif et réglementaire^{14,15}.

Les questions clés liées à l'extension par le haut ont trait aux interactions entre les mutuelles de santé communautaires et les gouvernements, les institutions de formation et de recherche, et les organismes de coopération internationale : existe-t-il un programme d'assistance technique (gestion, information, formation, marketing social, recherche) des systèmes mutualistes? Quelles sont les modalités de prestation des services d'assistance technique ? Qui paye pour ces services ? Existe-il des mécanismes de financement (subvention générale, subvention ciblée, garanties et réassurance) des systèmes mutualistes ? Existe-t-il un fonds d'assurance/garanties au niveau macro pour soutenir les mutuelles de santé communautaires? Quels sont les sources et mécanismes de financement du fonds d'assurances ou de garanties? Existe-t-il un cadre légal et réglementaire des systèmes mutualistes ? Quel est le processus d'agrément des systèmes mutualistes ? Existe-t-il un programme d'éducation et de sensibilisation des populations sur la mutualité ? Ces interventions sont-elles inscrites dans un cadre stratégique délibéré et de coordination impérative des efforts d'extension de la couverture de l'assurance maladie ?

Assistance technique. L'un des fossés des mutuelles de santé et des communautés dans lesquelles elles se développent est la faiblesse des capacités techniques. Ainsi, l'assistance technique pour soutenir le développement de nouvelles mutuelles de santé et le renforcement des mutuelles de santé existantes est essentielle pour accélérer l'extension quantitative des mutuelles de santé.

¹⁴ Dror, David, 2001. *Health Insurance and Reinsurance at Community Level*. In David M. Dror and Alexander S. Preker (eds), *Social Re-insurance: A New Approach to Sustaining Community Health Financing*. International Labour Office, Geneva; The World Bank, Washington. September.

¹⁵ Ranson, Kent and Bennett, Sara, 2001. *Role of Central Government in Furthering Social Goals through Microinsurance*. In David M. Dror and Alexander S. Preker (eds), *Social Re-insurance: A New Approach to Sustaining Community Health Financing*. International Labour Office, Geneva; The World Bank, Washington. September.

Cette assistance technique peut inclure des efforts de renforcement des capacités d'encadrement technique à travers le développement de manuels de formation, la formation des membres des comités d'initiative mutualiste, des responsables de la gestion des mutuelles de santé et des prestataires. Elle peut inclure aussi le renforcement des capacités de suivi et d'appui conseil pour soutenir les nouvelles initiatives mutualistes et les processus d'identification des problèmes et de recherche des solutions dans les mutuelles de santé existantes.

L'assistance technique peut inclure aussi le renforcement des processus d'apprentissage par les pairs à travers l'appui technique aux réseaux locaux de mutuelles de santé, la documentation des pratiques et des expériences, et la facilitation de voyages d'études. Enfin, le développement de systèmes d'information permettant de renforcer la gestion des mutuelles de santé, de faciliter les échanges d'expériences parmi et entre les réseaux locaux de mutuelles de santé, d'apprécier les progrès dans la couverture de la population par les mutuelles de santé, et de servir de fondement à l'élaboration de politiques et programmes d'appui au développement des mutuelles de santé.

Mécanismes de financement. L'une des forces majeures des mutuelles de santé communautaires est la proximité et la gouvernance démocratique. Cette force majeure, cependant, est associée au double défi de la faiblesse de leur taille et de la faible capacité de payer de leur population cible. L'articulation des mutuelles de santé aux mécanismes formels de financement de la santé, peut permettre de faire face à ce double défi et d'utiliser le potentiel de la proximité et de la gouvernance démocratique des mutuelles de santé comme des leviers pour améliorer la couverture des pauvres dans le système de santé.

La mise en place de mécanismes de financement sur la base du financement public peut être utilisée pour subventionner l'extension des paquets de bénéfices et promouvoir la mise en commun des risques à une plus grande échelle: subventions générales et extension fonctionnelle. Les mécanismes de financement peuvent appuyer des politiques

de garantie pour un meilleur accès au crédit des membres des mutuelles de santé. Plusieurs expériences de tels mécanismes de garantie dans le cadre des partenariats entre les mutuelles de santé et les institutions de micro-finance ont démontré leur potentiel d'accroître l'adhésion aux mutuelles de santé et le recouvrement des cotisations. Enfin, des politiques de subvention peuvent être mises en place pour assurer la couverture des indigents et des groupes vulnérables à travers les mutuelles de santé : subventions ciblées et extension politique.

Ainsi, les mécanismes de financement peuvent contribuer au renforcement de l'extension fonctionnelle des mutuelles de santé en général, le renforcement des fonctions d'assurance et de collecte des revenus en particulier, et l'extension politique des mutuelles de santé et la promotion de l'équité dans le financement de la santé. De tels mécanismes sont utilisés dans plusieurs pays comme une modalité alternative de distribution des subventions dans le système de santé (subvention de la demande) qui contribue à une amélioration significative de l'efficacité des dépenses publiques, la responsabilisation et le renforcement du pouvoir des individus et des communautés dans la santé.

Réglementation. Finalement, les efforts de réglementation des mutuelles de santé par l'État peuvent porter sur la création de programmes d'éducation dans la santé qui permettent d'informer les populations sur les bénéfices, l'organisation et le fonctionnement des mutuelles de santé. Ils peuvent inclure la mise en place d'un cadre légal et institutionnel pour assurer la reconnaissance des mutuelles de santé, le respect de règles prudentielles, et la protection des membres des mutuelles de santé.

Le cadre légal et institutionnel peut jouer un rôle important dans la réplique à grande échelle des mutuelles de santé communautaires et la mise en place des mécanismes de financement en alignant leurs arrangements institutionnels à l'environnement institutionnel de la décentralisation administrative et politique. Cet alignement permet de mettre à profit le capital social accumulé grâce au développement des capacités des collectivités

décentralisées, leur équivalence structurelle et les relations fiscales entre l'État central et les partenaires extérieurs et les collectivités décentralisées. Enfin, ils peuvent inclure l'adaptation des politiques de contractualisation afin de minimiser les coûts de transaction associés à l'extension des mutuelles de santé et l'établissement de relations avec les prestataires de soins.

L'extension par le haut sous l'impulsion de l'État à travers l'assistance technique, les mécanismes de financement et la réglementation est typiquement associée à des processus de sélection, de réplique et d'harmonisation des traits organisationnels, des procédures et des routines des mutuelles de santé à base communautaire, et de leurs relations avec les organismes étatiques. Ainsi, une intervention intensive et précoce de l'État dans l'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité peut présenter des risques de codification de traits organisationnels, de procédures et de routines qui ne sont pas adaptés au contexte économique, social et culturel et capacités des membres potentiels des mutuelles de santé communautaires.

Ces risques peuvent être minimisés, cependant, dans le cadre de projets pilotes ou de projets de démonstration qui servent de plateformes pour le développement incrémentiel d'une politique de l'assurance maladie et des capacités de mise en œuvre selon l'étape du processus de politique où se situe un pays donné¹⁶. Les projets pilotes ou de démonstration peuvent servir de base pour générer l'information nécessaire pour soutenir les débats de politique et le consensus sur les courses d'action politique à prendre dans le cadre de l'extension de l'assurance maladie. Ils peuvent servir de plateforme pour l'adaptation des organisations d'assurance maladie de base qui doivent servir d'infrastructure de base au système d'assurance maladie. Ils peuvent servir de point de repère pour déclinier les relations fiscales entre les organisations d'assurance maladie de base et les mécanismes formels de financement public. Enfin, les projets pilotes peuvent servir de support

¹⁶ Partners for Health Reformplus. August 2004. *The Role of Pilot Programs: Approaches to Health Systems Strengthening*. Bethesda, MD: PHRplus, Abt Associates Inc

au développement de systèmes d'information et de gestion, ou au développement des ressources humaines et des matériels de formation pour soutenir l'extension à une grande échelle.

Contexte des politiques et acteurs. L'émergence des mutuelles de santé en Afrique au Sud du Sahara reflète l'éclosion du mouvement associatif associé au processus de démocratisation en cours depuis deux décennies dans plusieurs pays. Le renforcement des efforts de lutte contre la pauvreté depuis la fin des années 90 et le mouvement pour l'extension de la protection sociale au niveau international, cependant, ont facilité la reconnaissance de leur potentiel social dans un continent où la majorité de la population ne bénéficie d'aucune couverture formelle d'assurance maladie. L'émergence des mutuelles de santé en Afrique a été renforcée aussi par la Plateforme d'Abidjan et les activités et les échanges d'informations à travers la Concertation régionale des acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre (La Concertation)¹⁷. Ces mouvements ont contribué vraisemblablement à accroître la visibilité des mutuelles de santé ; ils ont pu contribuer aussi à des tensions dans les directions stratégiques et des querelles territoriales sur la tutelle des mutuelles de santé en raison de la multisectorialité des mutuelles de santé. Ces tensions au niveau des politiques peuvent devenir des sources de blocage dans les efforts d'extension par le haut dans certains pays.

¹⁷ En juin 1998, le Bureau International du Travail (BIT), l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique (ANMC) et l'ONG Solidarité Mondiale (WSM) ont organisé conjointement un atelier à Abidjan sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. Cet atelier a réuni les différents types d'acteurs concernés : fédérations mutualistes d'Afrique et d'autres régions du monde, organisations internationales, États, agences de coopération, ONG locales et internationales, prestataires de soins, universités, centres de recherche et organisations régionales de travailleurs. Les représentants de six États et d'une quarantaine de structures ont participé aux travaux. C'est au cours de cet atelier que la plateforme d'Abidjan a été définie. Elle est le produit de l'expérience de la plupart des artisans du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. L'atelier et la plateforme d'Abidjan ont donné naissance à la Concertation Régionale des Acteurs du Développement des Mutuelles de Santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. Voir <http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/14pl.pdf>.

L'orientation des mutuelles de santé vers une stratégie délibérée d'extension de l'assurance maladie et les pressions des politiques et temporelles pour progresser dans l'extension de l'assurance maladie, découlent cependant davantage des conditions politiques spécifiques des différents pays et du leadership des acteurs politiques. Dans les pays où les conditions politiques sont favorables et une forte volonté politique existe pour étendre la protection sociale dans la santé, il peut être attendu que des cadres stratégiques d'appui compréhensifs soient mis en place pour soutenir l'extension de l'assurance maladie par le haut. Dans les pays où cette volonté politique n'est pas encore apparente, de nombreux efforts de plaidoyer seront nécessaires pour inscrire durablement l'extension de l'assurance maladie dans les agendas des gouvernements. Le renforcement de la démocratie dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara, les changements de régime politique et l'alternance aux niveaux des plus hautes fonctions Étatiques en particulier, pourraient accélérer l'initiation de réformes pour étendre l'extension de l'assurance maladie.

En résumé, l'extension par le haut est un processus à travers lequel les gouvernements, les institutions de formation et de recherche, et les organismes de coopération internationale adoptent des politiques, des modes de fonctionnement et des procédures pour fournir l'assistance technique, mettre en place des mécanismes de financement et un dispositif légal et réglementaire pour servir de piliers du dernier maillon de la chaîne de gestion des risques au niveau macro dans le cadre de l'extension de l'assurance maladie sur la base des mutuelles de santé communautaires. Une dimension clé de la conception des modes de prestation des services d'assistance technique, des mécanismes de financement et du dispositif légal et réglementaire est la mise en place de structures d'incitation pour motiver les populations à adhérer aux mutuelles de santé communautaires, et pour motiver les mutuelles de santé communautaires à adhérer, partager leurs informations et expériences, et mettre en commun les risques dans le cadre de réseaux locaux bien structurés.

3. ANALYSE COMPARATIVE DES EXPÉRIENCES EN AFRIQUE AU SUD DU SAHARA

L'analyse comparative des expériences du Ghana, du Rwanda, du Sénégal, du Bénin, du Cameroun, et du Niger illustre la déclinaison des processus et des mécanismes d'extension des mutuelles de santé discutée ci-dessus. Le Sénégal et le Bénin ont figuré parmi les pays précurseurs dans l'émergence des mutuelles de santé communautaires en Afrique. Les mutuelles de santé ont émergé au Ghana et au Rwanda à la fin des années 90 d'après les leçons apprises en matière d'autogestion et de participation communautaire grâce aux expériences des pays francophones en matière de mutuelles de santé. Cependant, dans le cadre de l'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité, le Ghana et le Rwanda ont pris une longueur d'avance sur les pays francophones d'Afrique au Sud du Sahara et beaucoup d'autres pays en développement. Par conséquent, leurs expériences sont actuellement considérées comme des laboratoires

grandeur nature de l'extension de l'assurance maladie qui valent plus de mille théories sur l'extension de l'assurance maladie dans les pays en développement.

Ceci explique pourquoi les expériences d'extension de ces deux pays sont utilisées dans le document actuel pour soutenir la réflexion sur l'extension de l'assurance maladie en suivant l'intégration de la mutualité dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara. En d'autres termes, il s'agit d'identifier les principes et les mécanismes d'intervention qui différencient les expériences du Ghana et le Rwanda ayant mis en place l'extension de l'assurance maladie de celles des autres pays francophones afin de stimuler les débats sur les politiques d'extension de l'assurance maladie dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara.

3.1 Cas du Ghana

Extension de la couverture de l'assurance maladie.

Avant 1999, le Ghana comptait moins de 5 organisations d'assurance maladie à base communautaire. En l'espace de 2 ans, l'extension quantitative des mutuelles de santé s'est accélérée : le nombre d'organisations d'assurance maladie à base communautaire est passé à 47 sur l'ensemble du pays couvrant environ 87 000 bénéficiaires en 2001 à l'instar du schéma d'assurance maladie de l'hôpital de Nkoranza, l'extension fonctionnelle de la couverture était limitée à l'hospitalisation. La dynamique de l'extension des mutuelles de santé a également connu une extension organisationnelle impliquant une mutation vers une plus grande implication des populations dans la gestion des organisations d'assurance maladie à base communautaire.

Suite à la résolution du gouvernement ghanéen d'étendre l'assurance maladie sur la base de la mutualité en 2003, une dynamique d'extension quantitative, fonctionnelle, politique et organisationnelle de l'assurance maladie s'est enclenchée dans le pays en conséquence des interventions législatives et réglementaires, financières et techniques de l'État. Du point de vue quantitatif, le taux de pénétration de l'assurance maladie au niveau national est passé de moins de 1 % de la population en 2001 à plus de 40 % en 2007¹⁸.

¹⁸ Ministry of Health, 2009. *Pooling together, achieving more: Independent Review – Health Sector Program of Work 2008*. Draft : April.



Nancy Pielmeier

Du point de vue de l'extension fonctionnelle, les paquets de bénéfiques ont été élargis pour assurer la couverture de la majorité des besoins sanitaires des familles ghanéennes. Du point de vue politique, les organisations d'assurance maladie de base servent maintenant de modèle de distribution pour les subventions aux plus pauvres et aux groupes vulnérables en matière de santé. Enfin, le Ghana a adapté l'organisation des systèmes mutualistes de base aux arrangements institutionnels de la décentralisation avec l'émergence et l'extension des systèmes mutualistes basés sur le district administratif.

Processus d'extension par le bas. A la fin des années 90, il existait moins de 5 expériences mutualistes à base communautaire au Ghana. La majeure partie de ces premières expériences étaient des initiatives d'assurance maladie initiées par les prestataires (hôpitaux en général) qui vendaient leurs services d'assurance maladie aux populations. C'est en prenant exemple sur les expériences mutualistes gérées par la communauté typique du mouvement associatif dans les pays francophones d'Afrique qu'une restructuration des expériences ghanéennes s'est opérée vers des arrangements institutionnels basés sur la communauté. Entre 1999 et 2003, les expériences mutualistes au Ghana sont passées de 4 à 159 initiatives mutualistes dans le pays, démontrant au besoin l'enthousiasme que les communautés avaient pour les mutuelles de santé¹⁹. Le mérite du processus d'extension par le bas au Ghana a été la démonstration de la faisabilité sociale de systèmes d'organisation d'assurance maladie basée sur la communauté. Par ailleurs, le processus d'extension par le bas a servi de plateforme pour développer des systèmes de gestion, des ressources humaines et des outils de formation pour appuyer le processus d'extension par le haut.

Processus d'extension par le haut. En 2003, un processus d'extension des mutuelles de santé par le haut est lancé au Ghana¹⁹. Fort de la volonté politique du président nouvellement élu, le Ghana a voté une

loi pour lancer la mise en place d'un système national d'assurance maladie basé sur les districts administratifs (National Health Insurance Act de 2003 <NHIA 2003>). Les systèmes d'assurance maladie basée sur le district – les District Mutual Health Insurance (DMHI) comme on les appelle au Ghana – sont une combinaison des traits organisationnels des mutuelles de santé, comme leur nom anglais l'indique, et des arrangements institutionnels du mouvement de décentralisation administrative et politique en cours dans le pays. L'alignement des organisations de base de l'assurance maladie sur le dispositif des districts a permis au Ghana d'évoluer à partir des capacités des districts et de leur équivalence structurelle pour étendre rapidement l'assurance maladie sur l'ensemble du pays. En moins de quatre ans après le vote de la NHIA 2003, le Ghana a étendu le système d'assurance maladie basé sur le district à tous les districts du pays.

Le NHIA 2003 a créé les instruments d'intervention du processus d'extension de l'assurance maladie par le haut : le Fonds National de l'Assurance Maladie (FNAM) et le Conseil National d'Assurance Maladie (CNAM). Le FNAM est l'instrument de base des mécanismes de financement public du système national d'assurance maladie dans le pays. Le fonds est composé des prélèvements de la TVA et du système de sécurité sociale. Il joue deux rôles essentiels : (i) assurer la répartition égale des bénéfiques des DMHI sur l'ensemble du territoire national en fonction des subventions publiques et (ii) assurer la prise en charge des indigents et des groupes vulnérables sur la base des subventions publiques. Le CNAM assure la réglementation et l'appui technique des DMHI : bien que la mise en place des DMHI soit assurée par les autorités des districts administratifs, la mise en place et l'assistance technique aux DMHI sont appuyées directement par le CNAM. Pour rapprocher son appui aux DMHI, le CNAM est entrain de se déployer au niveau régional par la création d'antennes régionales.

3.2 Cas du Rwanda

Extension de la couverture de l'assurance maladie. D'une seule mutuelle de santé en 1999, le Rwanda est

¹⁹ Baffoe-Twum, M. And R. A. Oppong, 2004. *Institutional Aspects of Scaling-Up Community-Based Health Insurance: The Case of Ghana.* AWARE-RH Project. Ghana (October).

passé à 53 mutuelles de santé qui, en 2000, ne couvraient qu'environ 100 000 bénéficiaires. Les mutuelles de santé ont connu une extension politique depuis les années 2000 avec la prise en charge des indigents, des groupes vulnérables et des personnes vivant avec le VIH sur la base du financement de plusieurs organisations non-gouvernementales et quelques districts administratifs. Les mutuelles de santé ont également connu une extension organisationnelle avec l'implication des cellules et des secteurs dans l'implantation et la gestion des mutuelles de santé. L'extension quantitative de l'assurance maladie basée sur les systèmes mutualistes s'est accrue entre 2003 et 2005. Le nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé est passé de 556 000 en fin 2003, soit 7 % de la population du pays, à 3 686 000 en fin 2005, soit 44 % de la population du pays, en conséquence de l'extension des mutuelles de santé sur l'ensemble du pays, mais aussi de l'augmentation de la pénétration des populations cibles. Jusqu'au milieu de l'année 2006, la majorité des mutuelles de santé ne couvraient que les petits risques pris en charge au niveau des centres de santé et un paquet limité de gros risques pris en charge au niveau des hôpitaux de district.

Au milieu de l'année 2006, l'extension politique des mutuelles de santé prend une nouvelle dimension avec l'extension des paquets de bénéfices et l'institutionnalisation de la prise en charge des indigents, des groupes vulnérables et des personnes vivant avec le VIH par le gouvernement et les partenaires extérieurs. L'extension fonctionnelle des mutuelles de santé s'est aussi accrue avec l'extension des paquets de bénéfices qui couvrent maintenant les soins de santé de base, les soins de santé secondaires et les soins tertiaires. En conséquence de ces mesures qui ont dramatiquement amélioré le rapport qualité-prix des services des mutuelles de santé, l'extension quantitative des mutuelles de santé a rapidement augmenté au cours du deuxième semestre de 2006 pour atteindre une couverture de 6 283 000 bénéficiaires en fin décembre 2006, soit 73 % de la population du pays à la fin du mois d'août 2007, 6 497 000 Rwandais étaient couverts par les mutuelles de santé, soit 74 % de la population du pays.

Processus intégrés d'extension par le bas et par le haut. En 1998, il n'existait qu'une seule initiative mutualiste qui pouvait être identifiée à une mutuelle de santé communautaire et des expériences dispersées de schémas d'assurance maladie basés sur les prestataires pour faciliter l'accès aux soins dans un contexte de pauvreté²⁰. Le Ministère de la Santé a lancé les expériences pilotes des systèmes de prépaiement dans trois districts sanitaires en 1999 comme une première phase d'expérimentation dans le cadre du développement d'une politique de promotion des mutuelles de santé dans le pays. C'est le leadership du Ministère de la Santé dans l'impulsion du développement des mutuelles de santé dès le début de l'émergence des mutuelles de santé qui explique la qualification de processus intégrés d'extension. Les mutuelles de santé se sont développées dès le début avec l'encadrement du Ministère de la Santé et de ses partenaires (USAID, OMS, Union Européenne, CARITAS et autres ONG), mais en impliquant les acteurs communautaires dans la conception et en assurant que ces acteurs sont responsables de la gestion des systèmes mutualistes.

Entre 2001 et 2003, après l'évaluation des expériences pilotes, le Rwanda est passé à la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation de la phase pilote dont la principale était l'adaptation de l'organisation des mutuelles de santé à l'environnement institutionnel de la décentralisation. A l'instar de la phase pilote, la phase d'adaptation a bénéficié de l'encadrement technique du Ministère de la Santé qui a été rejoint par le Ministère chargé de la décentralisation et des affaires locales qui assure la tutelle des collectivités décentralisées et dont la protection sociale est dans son mandat. C'est l'implication de ce Ministère et de ses démembrés dans la promotion des mutuelles de santé qui a renforcé leur ancrage communautaire et contribué à la forte mobilisation des autorités locales des districts administratifs et des subdivisions des districts (secteurs, cellules), des ONG et des leaders religieux dans la sensibilisation des populations pour l'adhésion à la mutualité. C'est durant cette phase

²⁰ Ndahinyaka, J., 2004. *Étude de Cas sur Les Rôles des Acteurs dans le Cadre du Développement des Mutuelles de Santé au Rwanda*. AWARE-RH Project. Ghana (Octobre).

d'adaptation que les arrangements institutionnels des mutuelles de santé et des réseaux locaux de mutuelles de santé ont été alignés sur l'environnement des collectivités décentralisées.

Renforcement du processus d'extension par le haut. A partir de 2003, le leadership au niveau central s'est renforcé avec l'impulsion donnée par les plus hautes autorités de l'État. Le Ministère de la Santé s'est doté d'une politique et d'un plan stratégique, et d'une Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé (CTAMS), pour appuyer le développement et l'extension des mutuelles de santé en réponse à la forte demande sociale pour la mise en place des mutuelles de santé. Pour mobiliser le leadership local dans les efforts d'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité, la promotion des mutuelles de santé est inscrite parmi les critères d'évaluation des performances des districts administratifs. Par ailleurs, l'extension quantitative des mutuelles de santé a été facilitée par l'adaptation de l'organisation des mutuelles de santé à l'environnement de la décentralisation. En conséquence de la mise en œuvre de la politique d'extension, le nombre de mutuelles de santé est passé de 88 en 2003, à 226 en 2004, 354 en 2005, et 392 en 2006. En 2006, l'ensemble des centres de santé du pays disposaient d'une mutuelle de santé partenaire dans le cadre du partenariat communauté-centre de santé. Chaque district administratif disposait d'une mutuelle de district qui sert de mécanisme de mise en commun des gros risques des mutuelles primaires²¹.

L'année 2006 est marquée par un tournant crucial dans le cadre des efforts d'extension par le haut au Rwanda. En juin 2006, le Rwanda met en place un Fonds National de Garanties (FNG) et des Fonds de Solidarité du District (FSD) pour renforcer les mécanismes de financement de l'extension des mutuelles de santé dans le pays. Le dispositif du FNG et de FSD sert à renforcer l'équité d'accès et l'équité dans le financement de la couverture de l'assurance maladie dans le pays à travers deux

²¹ Banque Mondiale, 2009. *Rwanda: A Country Status Report on Health and Poverty*. The Rwanda Ministry of Health and World Bank Africa Region Human Development (à paraître)

Abdoulaye Ba



mécanismes. Premièrement, le dispositif appuie l'extension fonctionnelle des mutuelles de santé pour harmoniser les bénéficiaires auxquels ont accès les bénéficiaires des mutuelles de santé et les bénéficiaires auxquels ont accès les bénéficiaires des systèmes d'assurance sociale (RAMA, MMI)²². Deuxièmement, le dispositif appuie l'extension politique des mutuelles de santé à travers la prise en charge des indigents identifiés par les communautés et la prise en charge des infections opportunistes des PVVIH à travers les mutuelles de santé communautaires.

Le FNG est financé par les contributions de l'État, de la RAMA, de la MMI, des systèmes d'assurance privée et des partenaires extérieurs, dont le Fonds Global. Le FSD est financé par les contributions des sections des mutuelles de santé, les districts administratifs, les transferts du FNG, et les contributions des partenaires au développement qui interviennent au niveau du district.

²² La Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA) est le système d'assurance sociale des agents de l'État qui est financé sur la base des contributions des employés (agents de l'État) et de l'employeur (l'État) : il a été mis en place en 2000 en même temps que le Ministère de la Santé appuyait les expériences pilotes des mutuelles de santé. La population cible des RAMA a été appliquée aux organisations parapubliques et s'étend actuellement aux entreprises du secteur privé formel et leurs employés. Le Military Mutual Insurance (MMI) est l'équivalent de la RAMA pour les corps militaires.

3.3 Cas du Sénégal

Extension de la couverture de l'assurance maladie.

Les systèmes formels d'assurance maladie n'offrent l'opportunité de couverture du risque maladie qu'aux familles sénégalaises dont le chef de famille est employé dans le secteur moderne de l'économie. Ce dispositif a laissé en rade la majorité des sénégalais employés dans les secteurs ruraux et informels. L'État prend en charge partiellement les soins de santé des travailleurs du secteur public et leurs ayants droit à travers le régime non-contributif de l'imputation budgétaire instauré depuis les années 60. Ce régime couvrait environ 820 000 bénéficiaires en 2005. Le régime contributif des institutions de prévoyance maladie (IPM) a étendu la couverture du risque maladie aux salariés permanents des entreprises privées et publiques, ainsi que leurs familles depuis les réformes sociales de 1975. Le régime des IPM couvre actuellement environ 700 000 Sénégalais²³.

Depuis les années 80, on assiste au Sénégal à l'émergence de systèmes d'assurance à but non-lucratif, sous forme de mutuelles de santé, dans les corps socioprofessionnels de l'administration et les secteurs ruraux et informels. Les mutuelles de santé ont assuré la couverture de dommages liés à la maladie en 2005 au bénéfice de 422 000 sénégalais. Quelques mutuelles de santé à base communautaire assurent la prise en charge des groupes vulnérables avec l'appui financier des ONG²⁴.

Processus d'extension par le bas. La dynamique de l'émergence des mutuelles de santé s'est accélérée au cours des dernières années au Sénégal. De 19 mutuelles de santé recensées en 1997, le nombre de mutuelles de santé est passé à 28 en 2000, et 79 en 2003. Au cours de la seule année 2004, 48 initiatives mutualistes étaient en gestation dans le pays²⁵. L'extension quantitative a été aussi renforcée au niveau de plusieurs mutuelles de santé individuelles.

²³ Ministère de la Santé et de la prévention, 2009. Comptes Nationaux de la Santé – Année 2005. Dakar.

²⁴ Sow, Ousmane, 2007. Couverture des Indigents à Travers les Mutuelles de Santé : Étude de Cas sur les Expériences du Sénégal. Programme Santé de l'USAID, Composante Financement et Politiques de Santé : Juillet.

²⁵ République du Sénégal, 2005. Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques

Plusieurs mutuelles de santé sénégalaises ont connu une dynamique d'extension fonctionnelle interne à partir de la fin des années 90 à travers l'extension de leurs paquets de bénéficiaires respectifs : les paquets qui ne comprenaient que les risques les plus importants se sont transformés en paquets plus larges pour inclure les risques inférieurs. Cette extension fonctionnelle répondait aux problèmes de fidélisation des membres dans des systèmes mutualistes de base qui ne couvraient que les risques majeurs où la possibilité de réaliser des bénéficiaires était très improbable. Par ailleurs, beaucoup de mutuelles de santé sénégalaises qui mettent en œuvre ou envisagent des activités de crédit pour appuyer les activités génératrices de revenus de leurs adhérents afin d'accroître les taux de recouvrement des cotisations renforcent ainsi l'extension fonctionnelle externe de leur organisation.

Il y a actuellement environ 130 mutuelles de santé au Sénégal. La majorité de ces mutuelles de santé sont financées essentiellement par les cotisations de leurs membres adhérents. Aucune mutuelle de santé communautaire ne reçoit de subvention d'une agence du Gouvernement du Sénégal. En revanche, les mutuelles de santé entretiennent des relations de coopération, soit individuellement soit à travers leur coordination régionale, avec des ONG nationales et internationales et des agences de coopération de développement qui leur apportent une assistance technique qui reste moindre.

L'extension des mutuelles de santé au Sénégal se manifeste aussi par la dynamique des réseaux locaux de mutuelles de santé. Les premières coordinations régionales (Dakar, Kaolack et Thiès) ont été créées sous l'impulsion du Ministère chargé de la santé dans le cadre du premier programme d'appui aux mutuelles de santé initié par le Ministère²⁶. En plus de ces trois régions, quatre autres régions ont mis en place des unions régionales de mutuelles de santé : les régions de Diourbel, St Louis et Louga, et plus récemment la région de Ziguinchor.

²⁶ Wade, André, 2007. « La Mise en Réseau des Mutuelles de Santé au Sénégal » dans Waelkens, M. P. et B. Criel (eds), La Mise en Réseau des Mutuelles de Santé en Afrique de l'Ouest : l'Union Fait-Elle la Force. Les Enseignements d'un Colloque International Organisé à Nouakchott, Mauritanie : 19 et 20 décembre 2004. Avril

Certaines de ces unions ou coordinations régionales soutiennent l'émergence d'unions départementales ou unions basées sur les territoires des districts sanitaires pour rapprocher les unions des mutuelles membres, mais également pour s'adapter aux cadres de contractualisation qui sont promus par le Ministère chargé de la santé.

Les unions et les coordinations régionales de mutuelles de santé qui existent au Sénégal sont mises en place pour servir de base à des paquets divers de fonctions de réseaux de mutuelles de santé^{27,28}. Les réseaux de mutuelles de santé qui existent au Sénégal, cependant, ont rarement les capacités humaines et techniques, et la surface financière nécessaire à la réalisation des fonctions inscrites dans leur mandat. À notre connaissance, aucune des unions et des coordinations régionales de mutuelles de santé qui existent au Sénégal n'intègrent la fonction de mise en commun des risques dans leur mandat. Cette fonction est stratégiquement importante pour gérer les risques financiers associés à la modestie de la taille et de la surface financière des mutuelles membres. Les coordinations entretiennent des relations avec les agences du gouvernement central qui sont limitées pour le moment sur les échanges d'informations. Aucune coordination ne reçoit de subvention de la part d'une agence du Gouvernement du Sénégal. Les coordinations entretiennent, cependant, des relations de coopération avec des ONG nationales et internationales et des agences de coopération de développement qui leur apportent de légers appuis.

Processus d'extension par le haut. Le dispositif d'appui à l'extension de l'assurance maladie sur la base des mutuelles de santé au Sénégal se résume à une loi sur les mutuelles de santé. Par ailleurs, le Ministère de la Santé et de la prévention médicale a mis en place une Cellule d'Appui au Financement de la Santé et du Partenariat (CAFSP) au mandat très large qui inclut la promotion des mutuelles de santé. En contraste avec son large mandat, les ressources de la cellule sont toujours très limitées.

²⁷ Ibid

²⁸ Ibid

Le Sénégal n'a pas encore mis en place un dispositif financier pour soutenir l'extension des mutuelles de santé communautaires. Par ailleurs, les fonctions de réglementation et d'assistance technique ne sont pas encore bien assises. Les activités d'appui de la CAFSP sont déjà un premier jalon, mais elles sont loin de satisfaire le dispositif d'appui nécessaire pour renforcer l'extension des mutuelles de santé communautaires dans le pays. Enfin, les acteurs de la promotion des mutuelles de santé ont mis en place un cadre national de concertation (CNC) qui facilite l'implication de l'ensemble des acteurs de la mutualité dans les débats de politique et la coordination des interventions. Jusqu'ici, cependant, le CNC ne sert essentiellement que de cadre d'échanges et d'information.

3.4 Cas du Bénin

Processus d'extension par le bas. L'émergence des mutuelles de santé a connu un rythme soutenu au Bénin au cours des quinze dernières années²⁹. En 1997 on dénombrait 9 mutuelles de santé fonctionnelles et 2 mutuelles en gestation dans le pays. Entre 1997 et 2003, l'émergence des mutuelles de santé a été marquée par une forte dynamique. Le nombre de mutuelles a été multiplié par 5 en 6 ans. En 2006, 142 mutuelles de santé ont été recensées dans le pays.

Le processus d'extension par le bas est marqué aussi par le nombre croissant de réseaux locaux de mutuelles de santé basés pour la plupart sur le territoire des communes. Les mutuelles appuyées par le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) dans le Borgou, par exemple, sont organisées en un réseau regroupant 28 mutuelles de santé dans 3 inter-mutuelles. Les mutuelles appuyées par le programme de Promotion des Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF) dans la commune de Bembèrèkè se sont regroupées en une union de mutuelles. Les initiatives mutualistes appuyées par le Projet Intégré de Santé Familiale de l'USAID (PISAF/USAID) ont permis la création récente d'une union des mutuelles de santé de la commune de Sinendé et d'une union des mutuelles de

²⁹ Réseaux de mutuelles de santé au Bénin, État de lieux et perspectives. Journées de la Mutualité de Bembereke, Promusaf, 5,6 et février 2009.

santé de la commune de Banikoara³⁰. Enfin, des initiatives de mise en réseaux sont en train d'être débattues ou mises en place dans d'autres parties du pays comme les mutuelles soutenues par BORNEfonden et la mise en réseau des caisses appuyées par l'Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin (ADMAB).

Les mutuelles de santé et leurs structures d'appui respectives sont en train de promouvoir des relations partenariales avec des organisations existantes au niveau local pour promouvoir la viabilité institutionnelle et financière des mutuelles de santé. Dans beaucoup d'initiatives mutualistes, ces relations partenariales constituent des composantes stratégiques de l'approche intégrée de développement des mutuelles de santé. Dans d'autres, elles contribuent au renforcement des systèmes locaux d'appui au développement des mutuelles de santé en partenariat avec les associations de développement et les comités de gestion des centres de santé.

Processus d'extension par le haut. La volonté du Gouvernement du Bénin d'accompagner et d'encadrer le développement des mutuelles de santé commence à se manifester avec les récentes initiatives du Ministère de la Santé (MS). La promotion des mutuelles de santé est intégrée dans les principales stratégies d'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé dans les documents de politique et stratégies de développement du secteur de la santé. Un document de politique de développement des mutuelles de santé a été validé avec la participation des acteurs du développement des mutuelles de santé. Enfin, l'appui au développement des mutuelles de santé est inscrit dans les missions du Service de Santé Communautaire de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNSP).

Le cadre de la politique d'appui au développement des mutuelles de santé du Bénin souffre cependant de quelques faiblesses. Premièrement, faute d'un cadre juridique spécifique pour la mutualité, la majorité des initiatives mutualistes au Bénin ont eu recours aux dispositions de la loi de 1901 sur les associations pour fonder les mutuelles de santé. D'autres ont utilisé le cadre juridique des coopératives pour établir quelques mutuelles. Outre leur manque de spécificités par rapport à la réalité des mutuelles de santé, l'inconvénient de l'utilisation de cadres aussi généraux est que cela crée une certaine confusion concernant la tutelle et la réglementation. Forts de ce constat, plusieurs acteurs se sont accordés sur la nécessité de l'adoption d'une loi sur la mutualité, afin de créer un véritable mouvement mutualiste au Bénin. Depuis juillet 2005, le MS, avec l'appui du Bureau International du Travail – Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (BIT-STEP), a démarré le processus d'élaboration d'un code de la mutualité au Bénin, dans le cadre d'une initiative sous-régionale qui concerne les pays de l'Union économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA).

Deuxièmement, en raison de l'absence d'un cadre législatif spécifiant les responsabilités et indiquant les organismes centraux chargés de la tutelle, le système d'appui institutionnel reste fragile, dans la mesure où les mutuelles relèvent de plusieurs structures officielles de tutelle. Jusqu'à présent, il n'existe pas encore de structure centrale d'appui dotée d'assez d'autorité (niveau hiérarchique, ressources humaines, financières et matérielles) pour assurer le suivi de la mise en œuvre de la politique et stratégie de développement des mutuelles de santé. En conséquence des faiblesses de l'appui au niveau stratégique, les rôles des niveaux départemental et local, que ce soit ceux des services déconcentrés ou ceux des communes, restent à définir. Plusieurs zones sanitaires et communes sont actuellement impliquées dans la promotion des mutuelles de santé dans leurs juridictions respectives, mais ces initiatives locales ne bénéficient d'aucune orientation stratégique ni d'aucun mode de soutien du niveau central.

Finalement, les faiblesses du cadre stratégique d'appui sont caractérisées par l'absence de mécanismes de financement

³⁰ Stratégies novatrices de développement des mutuelles de santé, la stratégie de mise en réseau, PHRplus, Sénégal, décembre 2005.

(subvention des primes, garantie, réassurance, etc.) de promotion des mutuelles de santé dans le pays. Seule l'ONG BORNEfonden dispose d'une initiative locale de subvention pour promouvoir la prévoyance et l'adhésion aux mutuelles de santé.

L'appui au développement des mutuelles de santé au Bénin est cependant en train de se structurer. En 1997, il était difficile de compter plus de trois organisations impliquées dans la promotion de la mutualité au niveau opérationnel. Seuls le CIDR, le Centre Africa Obota (CAO) et l'Institut de Participation du Bénin (IPB) comptaient des interventions dans la promotion des mutuelles de santé dans le pays. Cependant, depuis 1998, le nombre d'organismes impliqués dans la promotion de la mutualité au Bénin a fortement augmenté, reflétant en grande partie l'influence de la Plate forme d'Abidjan et l'intérêt stratégique grandissant que les organismes internationaux, les organismes de coopération bilatérale, les organisations non-gouvernementales (internationales et nationales) portent à la mutualité et la protection sociale dans la santé. Ces organisations ont mis en place un cadre de Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles de Santé (CONSAMUS)³¹. Enfin, les promoteurs de la mutualité du Bénin sont actifs dans le cadre de Concertation régionale des acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre (La Concertation).

3.5 Cas du Niger

Processus d'extension par le bas. Phénomène assez récent au Niger, on assiste actuellement à une émergence des mutuelles de santé rurales qui couvrent une zone géographique donnée (village, commune...) ou des groupements et associations d'hommes et/ou de femmes. L'inventaire des mutuelles de santé commandité par la Concertation des acteurs du développement des mutuelles de santé en 2000 a dénombré deux initiatives dans le pays (Bella et Kourni)³². L'inventaire de 2003 a revu les chiffres à

³¹ Le premier cadre de concertation des acteurs du développement des mutuelles de santé est né au Bénin en septembre 1997 à l'issue de la réunion de restitution des résultats du projet du CIDR à Parakou.

³² Actes du Forum de la Concertation, Dakar, septembre 2000.

la hausse et trois mutuelles de santé rurales fonctionnelles ont été identifiées. En 2008, le nombre de mutuelles de santé est passé à 17 mutuelles de santé. Entre 2003 et 2008, une mutation organisationnelle des systèmes de prépaiement gérés par les prestataires a été observée en direction des organisations d'assurance maladie à base communautaire gérées par leurs membres³³.

L'extension quantitative des mutuelles de santé est facilitée aujourd'hui exclusivement à travers les opportunités d'apprentissage, les visites d'étude et le partage des informations au sein du cadre national de concertation des acteurs du développement des mutuelles de santé au Niger. En conséquence, il n'est pas surprenant de constater que la quasi-totalité des mutuelles de santé fonctionnelles dans le pays ont presque les mêmes paramètres fondamentaux. L'extension fonctionnelle des mutuelles de santé est limitée par la faiblesse du montant des contributions d'une part et d'autre part par l'inexistence de réseaux de mutuelles de santé à travers le pays prenant en charge les soins de santé aux niveaux secondaires et tertiaires. En dehors du transport des malades vers les hôpitaux régionaux, les paquets de bénéfiques se limitent uniquement aux soins de santé disponibles dans les centres de santé intégrés (CSI) qui offrent des soins de santé de 1er niveau. L'ONG AFUA a inscrit dans son programme en cours la mise en place d'une union communale des mutuelles de santé de Zinder pour la prise en charge des soins à l'hôpital et à la maternité de Zinder³⁴.

Processus d'extension par le haut. Le développement et l'extension de l'assurance maladie sur la base des mutuelles de santé au Niger s'appuie sur un dispositif qui comprend le vote d'une loi en avril 2008 dont le décret d'application n'est pas encore adopté. La loi confie la tutelle et la réglementation des mutuelles de santé au Ministère de la Fonction Publique et du Travail, mais ne prévoit pas l'appui technique et la promotion des

³³ République du Niger, 2008. Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé. Ministère de la Santé publique

³⁴ L'ONG AFUA « gestion de la santé par les initiatives locales » est née le 28 mai 2002. C'est une organisation nigérienne qui travaille sur 3 régions sur 8 du Niger : à savoir Diffa, Zinder et Maradi. Elle est la première ONG locale d'appui aux mutuelles de santé au Niger.

mutuelles de santé qui jusqu'à présent ont été confiés au Ministère de la Santé Publique³⁵. Ainsi, malgré l'intégration du développement des mutuelles dans les documents de politique du gouvernement, le flou institutionnel relatif à la tutelle des mutuelles de santé continue de bloquer les progrès dans la mise en place d'un cadre stratégique d'appui au développement des mutuelles de santé. Une cellule d'appui au développement des mutuelles de santé a été mise en place au niveau du Ministère de la Santé Publique. Cependant, elle ne dispose pas suffisamment de moyens humains, techniques et matériels pour remplir sa mission.

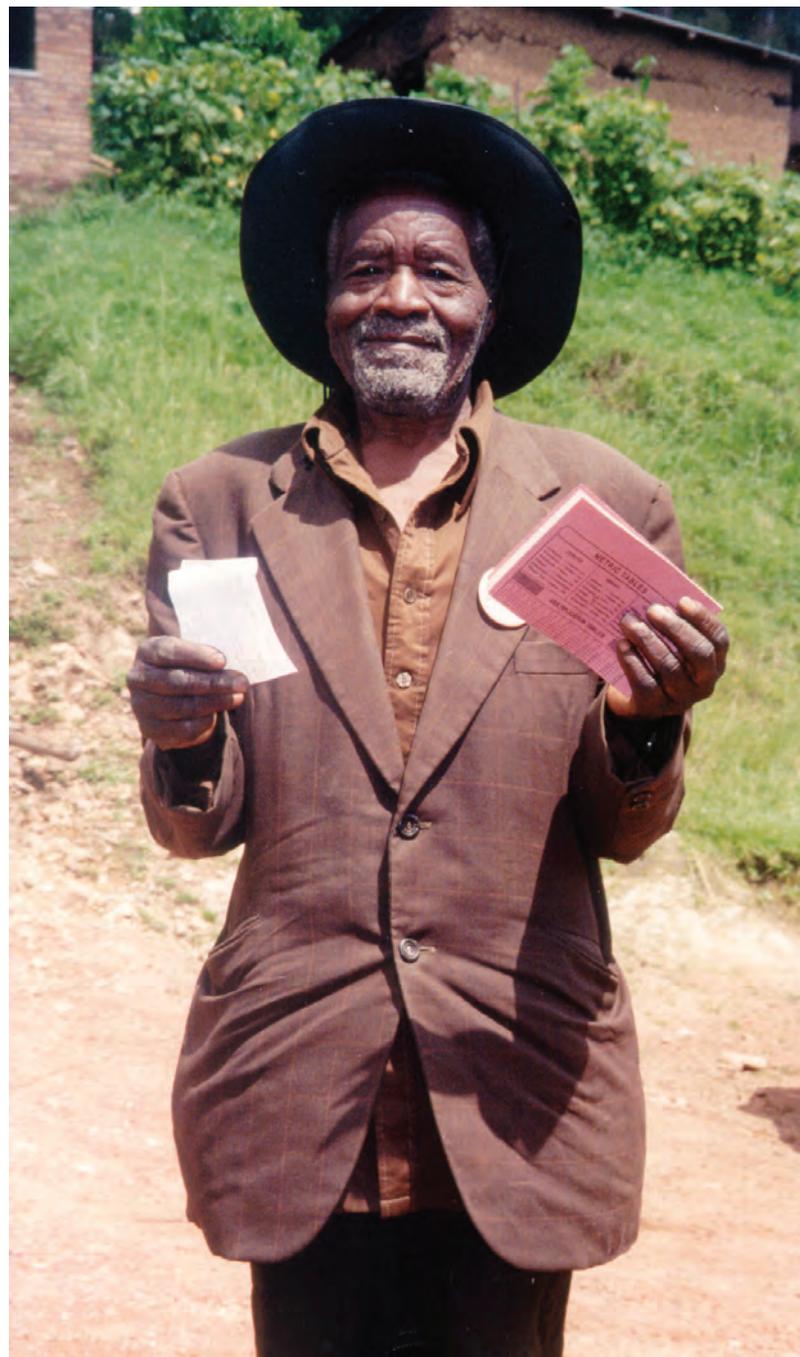
Le Niger dispose également d'un cadre national de concertation des acteurs du développement des mutuelles de santé qui est en léthargie. Un plan stratégique de développement des mutuelles de santé (PSDMS) a été développé et adopté depuis avril 2008 et prévoit des activités de développement, de promotion et de plaidoyer mais, évidemment, aucune d'entre elles n'a encore été réalisée en raison de l'absence d'un plan de mise en œuvre. Même si la question du financement du passage à l'échelle n'est pas encore posée, la disponibilité des partenaires pour accompagner le développement des mutuelles ne fait pas de doute. En effet, il existe au Niger beaucoup de partenaires au développement comme l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et des ONG internationales comme Care, Save the Children, Plan Niger, la Coopération Néerlandaise (SNV) et des ONG locales qui interviennent dans le développement des mutuelles de santé depuis ces 3 dernières années grâce à des expériences très localisées certes, mais qui peuvent jouer un rôle très important dans l'extension de l'assurance maladie basée sur la communauté au Niger.

3.6 Cas du Cameroun

Processus d'extension par le bas. L'émergence des mutuelles de santé au Cameroun a commencé à la fin des années 90. En 2003, 21 mutuelles de santé fonctionnelles ont été répertoriées dans le pays au cours de l'inventaire

organisé par la Concertation Régionale. Ces expériences étaient diverses et regroupaient plusieurs types de mutuelles de santé, notamment des mutuelles de santé communautaires, des mutuelles de santé d'entreprises pour le secours maladie, des mutuelles initiées par des prestataires de soins et des mutuelles de santé créées par des congrégations religieuses. Ces expériences étaient initiées en milieu rural et en milieu urbain. Entre 2003 et 2008, le nombre de mutuelles de santé a été multiplié

Phara Georges Ratrique



³⁵ Rapport de mission d'évaluation des besoins en renforcement des capacités du Cadre Nationale de Concertation du Niger, Cheikh Mbengue et Abdoulaye BA, mars 2009, HS 20/20

par 5. En 2008, 107 mutuelles de santé fonctionnelles inégalement réparties sur le territoire national ont été recensées³⁶. La majorité de ces mutuelles de santé sont des mutuelles de santé rurales communautaires. Certaines de ces mutuelles sont de taille relativement importante : la mutuelle de santé de Kumbo compte 14 000 bénéficiaires et celle de Nylon à Douala en compte 11 000.

L'extension fonctionnelle des mutuelles de santé est marquée par des paquets de bénéfices relativement larges dans la phase d'émergence des mutuelles de santé. Dans leur grande majorité, les mutuelles de santé prennent en charge les soins de santé aux niveaux primaire et secondaire dans une fourchette comprise entre 75 et 100 % de taux de prise en charge³⁷. Ce schéma est assez spécifique au Cameroun, car dans beaucoup de pays ce sont d'abord les soins de santé primaires qui sont pris en charge par les mutuelles, tandis que les soins de santé secondaires et tertiaires sont pris en charge par les réseaux de mutuelles de santé qui ne sont mis en place que plusieurs années plus tard.

Un autre facteur important dans l'extension des mutuelles de santé au Cameroun est la mise en réseau de celles-ci, même s'il s'agit d'un phénomène nouveau. On dénombre aujourd'hui quatre unions de mutuelles et deux réseaux provinciaux à travers le pays. Le seul réseau provincial de N'Gaoundéré au Nord du pays compte 18 mutuelles de santé pour 15 500 bénéficiaires³⁸. Ces réseaux développent des fonctions d'intermédiation pour le compte des mutuelles individuelles au niveau des prestataires de soins dans la négociation des conventions de prestations de soins et la qualité des soins et des pouvoirs publics locaux dans le cadre de la réglementation du fonctionnement des mutuelles de santé comme les agréments et autres démarches administratives.

Processus d'extension par le haut. L'extension des mutuelles de santé au Cameroun est impulsée

³⁶ SAILD, rapport sur la situation des mutuelles de santé au Cameroun.

³⁷ Réplication de bonnes pratiques AVARE-RH/SAILD, rapports d'étape 2005- 2008.

³⁸ AVARE-RH, SAILD et UNICEF : Réplication des bonnes pratiques dans la prise en charge des soins de santé de la reproduction, atelier national de dissémination, Yaoundé, mars 2008.

essentiellement par le dispositif d'appui et d'accompagnement du processus de mise en place des mutuelles de santé dans le pays. En effet, en plus de l'État on compte plusieurs partenaires techniques et financiers qui, à travers des mécanismes de financement divers, appuient le processus à travers de nombreuses ONG locales, comme le Services d'Appui aux Initiatives Locales de Développement (SAILD), qui interviennent dans tout le pays. En effet, la Coopération belge, la Coopération française, la Coopération suisse, néerlandaise et la GTZ sont très actives dans la promotion des mutuelles de santé dans le pays et inscrivent l'assurance maladie à base communautaire dans leurs projets et programmes en matière de santé.

Le Cameroun a élaboré en 2001 la stratégie sectorielle de santé (SSS) qui ambitionne d'instituer le partage du risque-maladie sur l'ensemble du pays. De façon spécifique, il s'agissait (i) d'amener les communautés à créer au moins une mutuelle de santé dans chaque district de santé d'ici 2010, (ii) de couvrir au moins 40 % des populations par des mutuelles de santé d'ici 2010. Dans cette perspective un dispositif d'appui au développement des mutuelles de santé a été mis en place avec une Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé au sein du Ministère de la Santé Publique avec pour mission la promotion des mutuelles de santé dans le pays pour l'amélioration de l'accès des populations aux soins de santé.

Pour renforcer ce dispositif, un Comité interministériel a été mis en place par les autorités pour accompagner le processus. Ce comité réunit les ministères concernés, en particulier le Ministère de la Santé Publique et le Ministère de l'Emploi et de la Prévoyance Sociale, ainsi que d'autres acteurs du développement des mutuelles de santé pour réfléchir sur les voies et moyens à mettre en œuvre pour développer l'assurance maladie à base communautaire dans le pays. Une plateforme des promoteurs de mutuelles de santé qui compte 41 membres provenant des ministères impliqués, des ONG locales et internationales, ainsi que des partenaires techniques et financiers de la coopération bi et multilatérale, a été créée en 2006. Cette structure dispose d'un siège fonctionnel qui sert en même temps

de centre de ressources, d'un secrétariat permanent, d'un journal (Entre Nous les Acteurs) et d'un site Web. Elle organise chaque année une assemblée générale d'échanges et de partage au cours de laquelle un thème majeur sur le développement des mutuelles de santé est présenté et discuté par les participants pour encourager la réflexion sur les défis majeurs que présente le développement des mutuelles de santé au Cameroun.

Depuis 2005, à l'instar d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest, le Cameroun dispose néanmoins d'un Cadre National de Concertation des Acteurs du Développement des mutuelles de santé (CNC) qui sert de cadre d'apprentissage, d'échanges d'informations et d'expériences. Ce cadre de concertation a élaboré en 2005 le premier plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Cameroun qui a été révisé et adopté en 2006. De façon plus globale, un comité de pilotage chargé de la réforme de la sécurité sociale fonctionne sous la tutelle du Ministère de l'Emploi et de la prévoyance sociale et se concentre sur les mécanismes d'extension de la protection sociale au Cameroun.

Dans les perspectives d'appui au développement des mutuelles de santé, bien qu'il n'existe pas encore de dispositif financier pour soutenir l'extension des mutuelles de santé, la mise en place de fonds régionaux de réassurance est prévue par l'État pour soutenir les efforts des mutuelles de santé dans la prise en charge des risques les plus significatifs. Dans le même sens, des services techniques de suivi des mutuelles de santé, ainsi qu'un centre national de promotion des mutuelles de santé avec des antennes dans les régions et les départements du pays, seront mis en place pour consolider les efforts qui sont consentis par l'État dans la promotion des mutuelles de santé.

4. LEÇONS POUR L'EXTENSION DE L'ASSURANCE MALADIE

Les expériences d'extension de l'assurance maladie du Ghana et du Rwanda, qui ont été entamées au cours des dix dernières années avec une couverture inférieure à 1 % et qui ont étendu la largeur de la couverture de l'assurance maladie à plus de 50 % de la population en moins de 10 ans dans le cas du Ghana, ou à plus de 80 % dans le cas du Rwanda, suggèrent que plusieurs pays d'Afrique au Sud du Sahara peuvent étendre la couverture du risque maladie à la majorité de leurs populations employées dans l'agriculture et le secteur informel.

Les initiatives d'extension de l'assurance maladie sur la base de la mutualité du Ghana et du Rwanda sont encore récentes, mais elles produisent des résultats. Malgré leur jeune âge, les expériences de ces deux pays permettent d'identifier des principes peuvent aider à structurer les débats de politique et les directions stratégiques dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara qui veulent prendre exemple sur l'émergence des mutuelles de santé pour étendre l'assurance maladie aux secteurs informels et ruraux. L'analyse comparative présentée dans la section précédente permet d'identifier les principes généraux ayant des implications importantes sur les politiques et les stratégies d'extension de l'assurance maladie dans les secteurs ruraux et informels.

Premièrement, l'extension de l'assurance maladie a besoin d'être soutenue par une forte volonté politique et un leadership à plusieurs niveaux permettant de mobiliser durablement et de coordonner les efforts de plusieurs acteurs aux niveaux national et local. L'extension de l'assurance maladie au Ghana et au Rwanda a été soutenue par les plus hautes autorités politiques, les ministères chargés de la santé et des affaires locales, et les autorités locales.

Deuxièmement, le principe d'équité dans le financement est commun aux deux expériences ghanéennes et rwandaises et n'est pas visible dans les expériences des pays francophones couverts dans l'analyse comparative. Au Ghana et au Rwanda, ce principe est traduit par la volonté

d'offrir à tous les citoyens, sans exception, l'accès à un paquet minimum de soins de santé et de minimiser l'impact des risques financiers associés à la maladie sur les revenus. Le principe d'équité est décliné par la mise en place de mécanismes de financement de telle sorte que les citoyens ayant le plus de moyens subventionnent ceux qui en ont le moins.

Troisièmement, la synergie entre la solidarité nationale et la solidarité locale, qui est au cœur des deux expériences ghanéennes et rwandaises, est absente dans les pays francophones traités dans l'analyse comparative. Les mécanismes actuels de financement de la santé dans la majorité des pays d'Afrique au Sud du Sahara sont basés sur la combinaison du financement public, basé sur le principe de solidarité nationale, et le paiement par les usagers (financement privé). Le Ghana et le Rwanda se sont lancés dans des réformes pour bâtir le financement de la santé sur la synergie entre deux mécanismes de financement fondés sur les principes de solidarité et de prépaiement : le financement public, basé sur le principe de solidarité nationale ; et la mutualité et les mutuelles de santé communautaires, sur les principes de solidarité, d'entraide mutuelle et de prépaiement au niveau local.

Quatrièmement, la résidence est la base des organisations d'assurance maladie et de la mutualité dans le cadre de l'extension de l'assurance maladie dans les deux pays. Le Ghana et le Rwanda ont utilisé le cadre géographique de leurs collectivités décentralisées (les districts) pour asseoir leurs organisations d'assurance maladie sur la résidence. Ceci a été facilité par les processus de décentralisation dans les deux pays qui ont dévolu des responsabilités financières et administratives aux districts administratifs. Cet alignement avec l'environnement institutionnel de la décentralisation leur a permis d'exploiter l'équivalence structurelle, les capacités politiques et techniques des collectivités décentralisées pour établir rapidement les organisations de base de l'assurance maladie sur l'ensemble du territoire national.

Ces quatre principes sont au cœur des stratégies d'extension de l'assurance maladie par le bas et des

stratégies d'extension de l'assurance maladie par le haut, et reposent sur les mutuelles de santé communautaires qui présentent aujourd'hui des résultats positifs au Ghana et au Rwanda. Concernant la dynamique mutualiste, l'éclosion du mouvement associatif, le mouvement irréversible et les arrangements institutionnels de la décentralisation administrative et politique, il semble que les pays d'Afrique au Sud du Sahara puissent évoluer selon les mêmes principes pour étendre la couverture de l'assurance maladie. Si les mutuelles de santé doivent servir de stratégie pour étendre l'assurance maladie aux secteurs ruraux et informels, il est cependant crucial que les mutuelles de santé et l'État entretiennent une interaction significative pour les mutuelles de santé.

Les mutuelles de santé devraient connaître une extension sur les plans fonctionnel et organisationnel. Les paramètres fondamentaux des mutuelles de santé devraient tendre vers plus d'harmonie pour faciliter l'interaction avec les interventions des pouvoirs publics. Le Ghana et le Rwanda ont étendu et harmonisé les paquets de bénéfices des mutuelles de santé afin que tous leurs citoyens aient accès à un paquet minimum de garanties comparables sur l'ensemble du pays, pour les catégories les plus aisées de la population et les catégories les plus pauvres. Par ailleurs, le Ghana et le Rwanda ont harmonisé les politiques de cotisation par rapport aux mutuelles de santé communautaires. Ces efforts ont permis la formulation et la mise en œuvre de politiques de subventions pour appuyer l'extension et l'harmonisation des paquets de bénéfices et pour que les indigents et les groupes vulnérables puissent être pris en charge par les mutuelles de santé.

Il serait désirable que les mutuelles de santé soient organisées sur une base sociale dont la taille rendrait possible la mise en commun des risques. Le Ghana et le Rwanda ont articulé leurs mutuelles communautaires autour du territoire des districts administratifs dont la taille suffit pour permettre la mise en commun des risques: la population moyenne d'un district administratif au Ghana est d'environ 150 000 habitants ; la majorité des districts administratifs du Rwanda ont une population

comprise entre 200 000 et 300 000 habitants. Le Rwanda a construit sur des mutuelles de santé existantes en les intégrant comme des subdivisions des mutuelles de district et en leur attribuant un rôle important dans le recrutement des adhérents, la collecte des cotisations, l'identification des indigents, et les laissant gérer les ressources collectées au niveau local grâce aux cotisations de leurs membres adhérents.

L'État devrait adapter ses modes d'intervention pour créer un cadre incitatif pour les acteurs locaux de la mutualité. L'une des grandes faiblesses actuelles du développement de l'assurance maladie et des mutuelles de santé dans les pays francophones d'Afrique couverts par l'analyse comparative est l'absence de mécanismes financiers et la faiblesse de mécanismes d'assistance technique aux niveaux central et intermédiaire pour appuyer la promotion de l'assurance maladie. En contraste, le Ghana et le Rwanda se sont basés sur les principes ci-dessus pour mettre en place une architecture financière basée sur un fonds national de solidarité et des fonds de solidarité au niveau des districts pour renforcer les mécanismes de financement des systèmes mutualistes de base. Au Ghana, le fonds national est financé sur la base de la TVA et des prélèvements sur le système de sécurité sociale. Au Rwanda, le fonds national est financé sur la base des contributions budgétaires de l'État, des prélèvements des systèmes d'assurance sociale et des systèmes d'assurance privée, et des contributions des partenaires extérieurs. Par ailleurs, ils se sont dotés d'une agence centrale pour assurer la réglementation et l'assistance technique des systèmes mutualistes des districts.

ABBREVIATIONS AND ACRONYMS

ADMAB	<i>Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin</i> (Association for the Development of the Agricultural MHO Movement in Benin)	HIV	Human Immunodeficiency Virus
CAFSP	<i>Cellule d'Appui au Financement de la Santé et du Partenariat</i> (Health Financing Support and Partnership Unit)	ILO/STEP	International Labor Organization – Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty
CBHI	Community-based health insurance	IPM	<i>Institutions de prévoyance maladie</i> (Social Protection Institutions)
CIDR	<i>Centre International de Développement et de Recherche</i> (International Development and Research Center)	MHO	Mutual Health Organization
CNAM	<i>Conseil National d'Assurance Maladie</i> (National Health Insurance Council)	MMI	Military Medical Insurance of Rwanda
CNC	<i>Cadre National de Concertation des Acteurs du Développement des mutuelles de santé</i> (National Coordination Council)	MoH	Ministry of Health
CTAMS	<i>Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé</i> (MHO Technical Support Unit)	NHIA	National Health Insurance Act
DHS	Demographic and Health Survey	NHIC	National Health Insurance Council
DMHI	District Mutual Health Insurance	NHIF	National Health Insurance Fund
FNAM	<i>Fonds national d'assurance maladie</i> (National Health Insurance Fund)	NGO	Nongovernmental Organization
FNG	<i>Fonds national de garanties</i> (National Re-Insurance Fund)	PROMUSAF	<i>Promotion des mutuelles de santé en Afrique</i> (Organization for the Promotion of MHOs in Africa)
FSD	<i>Fonds de Solidarité du District</i> (District Solidarity Fund)	RAMA	<i>Rwandaise d'Assurance Maladie</i> (Rwanda Health Insurance Company)
		SNV	Netherlands Development Organization
		UNFPA	United Nations Population Fund
		UNICEF	United Nations Children's Emergency Fund
		USAID	United States Agency for International Development
		VAT	Value Added Tax
		WAEMU	West African Economic and Monetary Union
		WHO	World Health Organization

BIBLIOGRAPHY

- AWARE-RH. 2008. *Réplication de bonnes pratiques AWARE-RH/SAILD: rapports d'étape 2005- 2008*.
- AWARE-RH, SAILD and UNICEF. 2008. *Réplication des bonnes pratiques dans la prise en charge des soins de santé de la reproduction, atelier national de dissémination*. Yaoundé: March.
- Baffoe-Twum, M. And R. A. Oppong. 2004. *Institutional Aspects of Scaling-Up Community-Based Health Insurance: The Case of Ghana*. AWARE-RH Project, Ghana. October.
- Bennett, Sara. 2004. *The Role of Community-Based Health Insurance Within the Broader Health Financing System: A Framework for Analysis*. *Health Policy and Planning*. May.
- Commission on Human Security. 2003. *Human Security Now*. New York: United Nations.
- Dror, David. 2001. *Health Insurance and Reinsurance at Community Level*. In David M. Dror and Alexander S. Preker (eds), *Social Re-insurance: A New Approach to Sustaining Community Health Financing*. Geneva: International Labor Office; Washington, DC: World Bank. September.
- Gottret, P. And G. Schieber. 2007. *Financer la Santé: Une Nouvelle Approche – Un Guide pour les Décideurs et les Praticiens*. World Bank: Editions Saint-Martin.
- La Concertation. 2000. *Actes du Forum de la Concertation*. Dakar. September.
- Ministry of Health and Prevention. 2009. *Comptes Nationaux de la Santé – Année 2005*. Dakar.
- Ministry of Health. 2009. *Pooling together, achieving more: Independent Review – Health Sector Program of Work 2008*. Preliminary version. April.
- Ndahinyaka, J. 2004. *Etude de Cas sur Les Rôles des Acteurs dans le Cadre du Développement des Mutuelles de Santé au Rwanda*. AWARE-RH Project, Ghana. October.
- Partners for Health Reformplus. 2005. *Stratégies novatrices de développement des mutuelles de santé*. Bethesda, MD: PHRplus, Abt Associates Inc. December.
- Partners for Health Reformplus. 2004. *The Role of Pilot Programs: Approaches to Health Systems Strengthening*. Bethesda, MD: PHRplus, Abt Associates Inc. August.
- PROMUSAF. 2009. *Réseaux de Mutuelles de santé au Bénin, État de lieux et perspectives*. Journées de la Mutualité de Bembéréké. February.
- Ranson, Kent and Sara Bennett. 2001. *Role of Central Government in Furthering Social Goals through Microinsurance*. In David M. Dror and Alexander S. Preker (eds), *Social Re-insurance: A New Approach to Sustaining Community Health Financing*. Geneva: International Labor Office; Washington, DC: World Bank. September.
- Rao, Hayagreeva and J.V. Singh. 1999. *Types of Variations in Organizational Populations: The Speciation of New Organizational Forms*. In J.A.C. Baum and B. McKelvey (eds), *Variations in Organizational Science: In Honor of Donald T. Campbell*. SAGE Publications.
- Republic of Niger. 2008. *Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de santé*. Ministry of Public Health.
- Republic of Senegal. 2005. *Stratégie Nationale de Protection Sociale et de Gestion des Risques*.
- Sow, Ousmane. 2007. *Couverture des Indigents à Travers les Mutuelles de santé: Etude de Cas sur les Expériences du Sénégal*. USAID Health Program, Financing and Health Policies Component: July.
- SAILD. nd. *Rapport sur la situation des Mutuelles de santé au Cameroun*.
- Turner, Jonathan. 2000. *The Formation of Social Capital*. In Partha Dasgupta and Ismael Sirageldin (eds), *Social Capital: A Multifaceted Perspective*. Washington, DC: World Bank.
- Uvin, Peter. 1999. *Scaling Up, Scaling Down: NGOs Paths to Overcoming Hunger*. In Thomas J. Marchione (ed), *Scaling Up, Scaling Down: Overcoming Malnutrition in Developing Countries*. Gordon and Breach Publishers.
- Wade, André. 2007. *La Mise en Réseau des Mutuelles de santé au Sénégal*. I.M.P. Waelkens and B. Criel (eds), *La Mise en Réseau des Mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest: l'Union Fait-Elle la Force. Les Enseignements d'un Colloque International Organisé à Nouakchott, Mauritanie: December 19 and 20, 2004*. April.

- Waelkens, M. P. And B. Criel (eds). 2007. *La Mise en Réseau des Mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest: l'Union Fait-Elle la Force. Les Enseignements d'un Colloque International Organisé à Nouakchott, Mauritanie: 19 et 20 décembre 2004. (Lessons from an International Symposium held in Nouakchott, Mauritania: December 19 and 20, 2004.)* April.
- World Health Organization. 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems—Improving Performance.* Geneva.
- World Health Organization. 2008. *Rapport de la Santé dans le Monde 2008.* Geneva.
- World Health Organization. 2001. *Macroéconomie et Santé: Investir dans la Santé pour le Développement Economique.* Geneva: Report of the Commission on Macroeconomics and Health.

Health Systems 20/20 est un accord coopératif (No GHS-A-00-06-00010-00) d'une durée de cinq ans (2006-2011) financé par United States Agency for International Development (USAID). Le projet adresse les contraintes liées au financement, à la gouvernance, à l'opérationnalisation, et au développement des capacités qui bloquent l'accès et l'usage des services de santé et de nutrition à la population prioritaire par les peuples des pays en voie de développement. Health Systems 20/20 offre un leadership universel, l'assistance technique, la formation, les subventions, la recherche, et la dissémination de l'information.

Abt Associates Inc. mène une équipe de partenaires qui inclut : | Aga Khan Foundation | Bitrán y Asociados | BRAC University | Broad Branch Associates | Deloitte Consulting, LLC | Forum One Communications | RTI International | Training Resources Group | Tulane University School of Public Health

Pour plus d'informations sur Health Systems 20/20, veuillez contacter :
Health Systems 20/20 | Abt Associates Inc.
4550 Montgomery Lane, Suite 800 North | Bethesda, MD 20814 USA
E-mail: info@healthsystems2020.org | www.healthsystems2020.org
| www.abtassociates.com

Cette publication a été préparée par François P. Diop et Abdoulaye Ba, Abt Associates Inc. pour l'Agence des États-Unis d'Amérique pour le Développement International. Les points de vue exprimés par les auteurs ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'Agence des États-Unis d'Amérique pour le Développement International ou ceux du Gouvernement des États-Unis d'Amérique.