



Extract of CIDR

<http://cidr.org/Rapport-d-activites-2011-Systemes.html>

Rapport d'activités 2011 - Systèmes de santé et prévoyance sociale

- Activités - Programmes de développement - Rapports annuels - Rapports d'activités - Rapports d'activités 2011 -

Publication date: mardi 23 octobre 2012

Description:

L'écart entre les performances des pays d'Afrique anglophones et francophones dans lesquels le CIDR intervient s'est accru en 2011. Les premiers ont mieux résisté à la crise et ont poursuivi une croissance soutenue, alors que les seconds ont moins progressé. En raison de la sensibilité du secteur de la micro-assurance à l'évolution du pouvoir d'achat des populations ciblées, ce contexte économique a indirectement pesé sur les résultats des programmes du département.

Copyright © CIDR - Tous droits réservés

I. Faits marquants de l'année 2011

L'écart entre les performances des pays d'Afrique anglophones et francophones dans lesquels le CIDR intervient s'est accru en 2011. Les premiers ont mieux résisté à la crise et ont poursuivi une croissance soutenue, alors que les seconds ont moins progressé. En raison de la sensibilité du secteur de la micro-assurance à l'évolution du pouvoir d'achat des populations ciblées, ce contexte économique a indirectement pesé sur les résultats des programmes du département.

1.1 Afrique de l'Ouest

En Guinée, les élections législatives qui doivent permettre de relancer les partenariats de coopération avec les pays d'Europe se font toujours attendre. Dans ce contexte, et au vu des résultats obtenus, l'Allemagne a suspendu sa coopération. L'arrivée en force des compagnies minières s'est traduite par une forte augmentation du coût de la vie et de la demande en personnels qualifiés. L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière (UMSGF) a enregistré un turn over important de son personnel. Les dysfonctionnements constatés les années précédentes dans les services de santé ont persistés malgré les interventions des bailleurs de fonds (UNICEF, FNUAP). Les effectifs d'assurés se sont maintenus essentiellement grâce à une forte progression des adhésions des écoles à l'assurance scolaire proposée par l'UMSFG. Les résultats du lancement du produit maternité sans risques ont fait l'objet d'une large diffusion. La suspension prématurée du financement du programme par le BIT Innovation Grant en juin 2011 a conduit l'UMSGF à ne fonctionner que sur les contrats qu'elle a pu négocier avec les Agences des Nations Unies (HCR, PNUD et UNICEF).

Au Sénégal, les effets de la campagne présidentielle de 2012 se sont fait sentir dès le deuxième semestre 2012, mobilisant les énergies sur les enjeux de court terme. Le travail préparatoire à la mise en place du PMAS a été achevé. Les assureurs ont communiqué les groupes contactés ou avec lesquels ils sont en négociation plus ou moins avancée. Il s'agit de groupes de taille importante, ce qui devrait permettre au PMAS (Pool de Micro Assurance Santé) de réaliser son plan d'affaires comme prévu. L'obtention d'une convention avec le Ministère de la Santé prend un temps plus conséquent que celui pressenti, mais devrait être finalisée début 2012. Elle devrait être finalisée au cours du premier semestre de l'année 2012.

1.2 Afrique Centrale

Au Tchad, après une année consacrée à la mise en place des CAM, Cellules d'Appui aux Mutuelles des régions du Mayo Kebi, du Moyen Chari et de Logone Oriental (ONG de développement de l'Eglise Catholique partenaires institutionnels du programme), les BELACD se sont activement impliqués dans la promotion des mutuelles, et ont joué un rôle utile de mise en relation avec les autorités sanitaires. Cinq mutuelles ont été créées dans les trois régions d'intervention et les premières prises en charge ont démarré à partir d'avril 2011.

1.3 Afrique de l'Est

La croissance des effectifs observée en 2010 s'est poursuivie en 2011 dans les trois programmes où le département intervient.

En Tanzanie, les effets de la croissance économique de 7 % enregistrée sur le pouvoir d'achat, pour le premier

semestre 2011, ont été en partie annulés par une inflation de 8,7 % pour les non salariés. Le salaire minimum a été augmenté de plus de 50 %.

En Tanzanie, l'approche développée dans le District de Kyela est basée sur un cofinancement important des primes (par le District et par une compagnie de négoce de cacao, Bioland), et sur la distribution des produits de micro-assurance à travers le réseau commercial de Bioland. Cette approche a porté ses fruits puisque 15 000 assurés ont pu être couverts dès la première année. Au vu de ces résultats, le District de Mbozi a décidé d'adopter la même approche, qui sera mise en oeuvre en 2012.

Au Kenya, suite à la volonté du NHIF de modifier le produit social proposé aux non salariés du secteur informel et agricole, l'arbitrage n'avait pas encore été effectué. Le réseau de Nyéri a poursuivi sa croissance basée essentiellement sur l'attractivité d'un produit à bas coût avec une garantie limitée aux hôpitaux du District, démontrant ainsi le bien-fondé de la stratégie « produits » mise en oeuvre par l'ONG Afya Yetu Initiative (AYI) avec l'appui du CIDR. Le NHIF a reconnu le travail fait par AYI et le réseau des CBHF de Nyéri dans la distribution de son produit et a donné un accord de principe pour lui octroyer une commission basée sur le nombre de polices d'assurance vendues.

En Ouganda, le pays a connu des résultats économiques encourageants, et une certaine stabilité. Les élections présidentielles ont reconduit le Président sortant. L'amélioration de la qualité des soins, une des promesses de sa campagne, s'est traduite dès 2011 par des mesures énergiques en faveur de l'amélioration qualitative et quantitative de l'offre de médicaments. Si le programme de crédits santé a poursuivi sa croissance en termes d'effectifs, la question de la viabilité de ce mécanisme financier reste entière. Dans le district de Bushenyi, les adhésions au produit familial progressent lentement et le test d'un nouveau produit couvrant les femmes enceintes contre les risques liés à la grossesse (« safe motherhood ») n'a pas été concluant en raison de l'instauration récente de la gratuité des actes pris en charge dans les services publics.

Aux Comores, suite à l'investiture du nouveau président en mai 2011, une nouvelle équipe présidentielle a pris ses fonctions dans un contexte dominé par des retards de salaires des agents de la fonction publique de plusieurs mois à l'origine de grèves à répétition. La stratégie de marketing des produits via des groupes socioprofessionnels plutôt que via des mutuelles à base géographique a porté ses fruits (croissance de 274 % sur l'île d'Anjouan). L'évaluation de fin de phase faite en décembre 2011 a reconnu la pertinence du Service Commun de Gestion et sa fonctionnalité. Pour dynamiser les adhésions dont le niveau n'avait pas atteint les objectifs de la phase (55 %), l'évaluation faite en décembre 2011 a recommandé l'intégration des mutuelles dans une stratégie globale de financement des soins aux Comores qui reste à définir. Le processus de transfert mis en oeuvre au cours de l'année devrait permettre à la FENAMUSAC d'assumer la maîtrise d'ouvrage du programme à compter du 1er mars 2012.

1.4 Nouveaux programmes

Durant l'année, le département a consacré un temps important pour le démarrage ou le montage de nouveaux programmes.

Le programme de promotion de la micro-assurance sur la ville de Lomé au Togo a été introduit en avril 2011 et a obtenu un accord de financement de l'AFD à la fin de l'année.

La conception du programme Afrique de l'Est a été finalisée. Le projet entend contribuer à la réduction de la vulnérabilité des populations aux revenus modestes face à la maladie, avec une attention particulière pour les conséquences financières du traitement des maladies liées au SIDA. Il vise à rendre possible un passage à l'échelle

des dispositifs de micro-assurance existants couvrant les actifs du secteur informel en Afrique de l'Est et dans l'Océan Indien (Comores), en s'appuyant sur les réseaux nationaux Ougandais, Tanzanie et Kenyan, et sur les ONG promues par le CIDR. Il sera introduit aux bailleurs de fonds en 2012.

Une prospection a été réalisée en Côte d'Ivoire en juillet 2011 à la demande et en partenariat avec l'entreprise privée Biopartenaire dans le prolongement de celui établi avec Bioland en Tanzanie. L'objectif est de fournir une couverture maladie en priorité aux producteurs de cacao par l'intermédiaire de mutuelles, ouverte également à la population des zones d'achat de cacao.

En avril 2011, le CIDR a été informé que l'offre du groupement, dont le CIDR était le chef de file faite à la KFW et à l'AFD, avait été retenue. En raison des délais de négociations en interne et avec le Ministère de la Santé Camerounais, le démarrage du programme au cours de l'année n'a pas été possible. Le contrat a été introduit fin décembre pour signature par le Ministère de la Santé. +++++

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

Les initiatives prometteuses de plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest d'instaurer des régimes d'assurance maladie à vocation universelle (Burkina Faso, Bénin, Mali) et les réflexions en cours dans d'autres pays (Côte d'Ivoire, Comores) ont peu progressé et ne sont pas entrées dans leur phase opérationnelle en 2011.

La tendance commune à ces pays est de donner la priorité au secteur formel des salariés et des agents de l'Etat en adoptant des systèmes centralisés à adhésion obligatoire et de laisser les non salariés (la majorité de la population) libre d'adhérer volontairement à des services de micro-assurance dont le prix dépasse la propension moyenne à cotiser de la grande majorité d'entre eux. De sorte que, même s'ils voient le jour dans les années à venir, ces régimes ne couvriront que très partiellement le secteur informel et agricole.

Au Bénin et au Burkina Faso, un arbitrage semble se dessiner en faveur d'une gouvernance centralisée de régimes d'assurance maladie dans lequel les mutuelles seront cantonnées dans un rôle de recrutement des assurés au même titre que d'autres organisations de la société civile, mais pourront proposer des prestations complémentaires.

Les évaluations des projets pilotes de gratuité sélective de soins (Burkina Faso, Mali, Niger, Guinée, Bénin) ont confirmé l'effet très positif de l'exemption de paiement sur le recours aux soins. Elles soulignent également les difficultés rencontrées lors de leur mise en oeuvre à une échelle plus large. Elles se heurtent alors à la réalité tenace du sous-financement des systèmes de santé et de la faiblesse de leur gouvernance.

Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger)

Si la hausse de la fréquentation des centres de santé est incontestablement à l'actif des différentes mesures d'exemption dans les trois pays, les conditions de la mise en oeuvre des politiques d'exemption, en particulier au Mali et au Niger, posent de gros problèmes quant à la fiabilité et à la pérennité de ces systèmes d'une part, et quant à la qualité des soins délivrés d'autre part.

[...] Il ne faudrait pas que, du fait d'effets pervers imprévus, on aboutisse à une médecine à deux vitesses : des soins certes gratuits (au moins en grande partie) pour les plus démunis, mais de mauvaise qualité, et des soins payants mais de meilleure qualité pour les autres. [...]. Une meilleure accessibilité financière aux soins (subventions, exemptions sectorielles totales ou partielles, fonds d'aide aux indigents, mutuelles, etc.) doit être aussi envisagée dans cette perspective, selon des modalités d'imbrication qui restent à définir. De même, on peut penser qu'elles devraient être adaptées au système de santé tel qu'il est en tenant compte de ses dysfonctionnements, ses difficultés, ses blocages, ses goulots d'étranglement : trop souvent les nouvelles politiques publiques ignorent la réalité et présupposent un système de santé - et un Etat - idéal, bien loin du système de santé - et de l'Etat - au quotidien.

JP. Olivier de Sardan (LASDEL) et V. Ridde (Université de Montréal)

Avec un engagement prévu de 500 millions d'Euros d'ici 2015, les programmes en faveur des mères et de enfants constituent encore une priorité de la coopération en santé, en particulier pour la Coopération Française.

Les effets de la crise économique sur la croissance des pays d'Afrique de l'Ouest et l'impact du renchérissement des ressources énergétiques ont pesé sur le pouvoir d'achat des populations dans les pays d'intervention du département.

Dans les pays d'Afrique de l'Est (Kenya, Ouganda et Tanzanie), qui ont mieux résisté à la crise, les systèmes de micro-assurance appuyés par le Département ont poursuivi leur forte croissance.

A plus long terme, les effets de la crise économique et financière ont amené les décideurs politiques à repenser le concept de la protection sociale en des termes nouveaux. La protection sociale en général et l'assurance maladie en particulier étaient jusqu'ici considérées comme un droit peu soumis à la disponibilité des ressources. Elles tendent de plus en plus à être intégrées dans des programmes de soutien à la croissance des pays, ce qui va conditionner leur capacité de développement aux résultats des politiques économiques mis en oeuvre.

Le financement de la couverture maladie du secteur informel et agricole va donc rester un défi difficile à relever puisqu'il est maintenant admis que des ressources financières importantes doivent compléter l'effort contributif des assurés alors que celles-ci sont devenues de plus en plus difficiles à mobiliser.

III. Evolution des programmes

L'objectif du département sur la période 2010-2014 est d'augmenter la portée de la micro-assurance en faveur des ménages à faibles revenus, répondant à des standards professionnels, grâce à la mise en oeuvre de nouveaux programmes, à la diversification d'opportunités, produits et groupes cibles, à une gestion professionnelle et une gouvernance participative :

- 200 000 personnes à faibles revenus fin 2012 et 500 000 fin 2014 bénéficient d'une couverture maladie dont 10 % une garantie décès ;
- le public cible des programmes à qui des services de micro-assurance sont proposés a atteint 2 millions d'habitants fin 2012 et 5 millions fin 2014.

Les résultats consolidés des programmes du département s'établissent comme suit :

Pays/programmes	Groupe cible 2011	Nombre de mutuelles fin 2010	Nombre de mutuelles fin 2011	Effectifs de bénéficiaires fin 2010	Effectifs de bénéficiaires fin 2011	Variations	Taux de pénétration	
Nombre de mutuelles	Nombre de bénéficiaires							
Sous-total Afrique de l'Ouest	569 940	26	28	20 153	42 885	8%	113%	7,5
Sous-total Afrique de l'Est	455 643	80	180	44 312	65 424	125%	48%	14,
Comores	65 000	28	38	14 693	19 428	36%	32%	4 29,
Total	1 090 583	134	246	79 158	127 737	84%	61%	11,

7

Le public cible des programmes est légèrement supérieur à un million d'habitant soit 55 % de l'objectif prévu fin 2012. Les effectifs ont augmenté de 61 % par rapport à l'année 2010. Avec environ 128 000 bénéficiaires couverts, le taux d'atteinte des objectifs est de 64 %.

Les efforts de diversification des produits ont été menés, mais n'ont pas encore eu l'effet escompté sur les adhésions. Au Kenya, l'étude préalable d'une garantie décès n'a pas été concluante. Une garantie « participation aux frais funéraires » est proposée par les mutuelles de Mbozi en Tanzanie avec le produit santé. Les bénéficiaires de cette garantie représentent 12 % des effectifs totaux.

a. Afrique de l'Ouest, Centrale et Océan Indien

Evolution des effectifs de bénéficiaires au cours de l'année 2011 en Afrique de l'Ouest								
Pays	Effectifs de bénéficiaires	fin 2010	fin 2011	fin 2010	fin 2011	Variations	Taux de pénétration	
Nombre de mutuelles	Nombre de bénéficiaires							
Guinée	310 299	26	28	20 153	32 221	8%	60%	10
Tchad	259 641	0	0	-	10 664	NV	NV	4%

Sous-total Afrique de l'Ouest	569 940	26	28	20 153	42 885	8%	113%	7,5 %
-------------------------------	---------	----	----	--------	--------	----	------	-------

NB : Le taux de pénétration se calcule en référence à la population à qui le produit est proposé.

En Guinée, sous l'effet combiné d'une augmentation du coût de la vie dans la Région Forestière, en particulier du prix des actes qui ne s'est pas accompagné d'une amélioration de la qualité des soins, les effectifs du produit familial ont diminué, passant de 12 533 à 11 892 bénéficiaires. La croissance des effectifs globaux est essentiellement obtenue grâce à l'extension de l'assurance scolaire à 38 écoles avec 12 242 bénéficiaires et au produit maternité sans risque avec 16 villages couvrant un total de 7 426 femmes en âge de procréer.

Au Tchad, au cours de la deuxième année de cette phase pilote, cinq premières mutuelles ont été mises en service dans chacune des trois régions : (i) mutuelles à base villageoise (Bissi Mafou et Doba), (ii) mutuelles à base d'organisations préexistantes (Gagal), (iii) mutuelles structurées autour d'un prestataire de soins (BEMULI) ou (iv) alors fortement portées par des associations préexistantes (Maingara). La stratégie retenue consistant à créer des mutuelles de taille supérieure à 1 000 bénéficiaires a porté ses fruits puisque toutes dépassent le seuil initialement fixé.

b. Afrique de l'Est

Dans les trois pays d'Afrique de l'Est qui bénéficient d'un contexte économique favorable, les adhésions ont fortement progressé, alors qu'aux Comores, la croissance des effectifs a été plus modérée.

Pays	Evolution des effectifs de bénéficiaires au cours de l'année 2011			Effectifs de bénéficiaires fin		Variation	
	2011	2010	2011	2010	2011		
Kenya	100 000	26	34	15 208	25 000	31%	64%
Ouganda Luwero	96 000	15	26	10 867	14 221	73%	31%
Ouganda Bushenyi	25 285	9	8	4 439	4 703	-11%	6%
Tanzanie Mbozi	151 503	30	46	13 798	21 500		
Tanzanie Kyela	82 855	30	46	13 798	21 500	53%	56%
Sous-total Afrique de l'Est	455 643	80	180	44 312	65 424	125%	48%
Comores	65 000	28	38	14 693	19 428	36%	32%
Total	1 090 583	134	246	79 158	127 737	83,6%	61,4 %

Au Kenya, le produit proposé par les Community Based Health Insurance Fund (CBHF) continue d'attirer des familles. La garantie est nettement moins chère que celle du NHIF (20 Euros) tout en répondant aux besoins des habitants souhaitant être hospitalisés dans les hôpitaux publics de la région. Dans le même temps, le NHIF propose un produit

à 6 000 KES couvrant le petit et le gros risque dans 500 hôpitaux du pays. Dans un contexte de ressources financières limitées, le prix du produit semble l'emporter sur l'étendue de la couverture qu'il propose. Le ciblage des associations de producteurs de café constitue la deuxième explication de la croissance. Enfin, la stratégie des promoteurs villageois rémunérés sur la base des résultats (en termes d'adhésions) s'est révélée efficace dans le contexte kenyan.

En Ouganda, l'évaluation externe menée dans le programme relève un taux de pénétration en augmentation et un taux de recotisation de l'ordre de 90 % dans les deux districts.

Dans le District de Luwero, sur les conseils du CIDR et de SHU, plusieurs mutuelles de crédit santé ont commencé leur conversion vers des systèmes mixtes ou purement assurantiels moyennant une cotisation plus élevée. Cette reconversion ouvre de meilleures perspectives de viabilité pour ces mutuelles. Dans le District de Bushenyi, réputé être un des plus riches du pays, la croissance est loin de correspondre aux attentes : les expériences antérieures malheureuses avec des ONG obligent SHU à reconstruire la confiance avec les populations. Les annonces de gratuité des certains soins ont affaibli l'attractivité des produits.

En Tanzanie, les deux programmes de Mbozi et Kyela connaissent des niveaux de croissance assez différents.

A Kyela, un niveau élevé de bénéficiaires a pu être enregistré grâce au partenariat technique et financier avec une entreprise bien implantée dans le District. Les cotisations sont collectées via le réseau d'achat du cacao par l'entreprise qui cofinance le produit pour les planteurs à hauteur de 1,5 Euros par assuré et par an soit 150 % du montant de la cotisation payée par le planteur.

A Mbozi, la croissance est moins élevée à cause des difficultés rencontrées dans le secteur du café, de loin la première source de revenus des producteurs de la région. Des conflits internes entre les autorités locales (district), les compagnies d'achat de café et les coopératives ont différé le paiement du cacao, source de paiement des cotisations aux mutuelles par les producteurs.

Dans l'ensemble, les programmes d'Afrique de l'Est sont dans une dynamique de croissance plus forte que ceux de l'Afrique de l'Ouest à l'image de l'économie de la sous-région caractérisée par de meilleures performances.

Aux Comores, l'augmentation est de 36 % due essentiellement à l'adhésion d'un groupe d'emprunteurs à une IMF de l'île d'Anjouan, l'Union des SANDUK.

L'articulation entre microfinance et micro-assurance en marche aux Comores

Aux Comores, sur l'île d'Anjouan, une expérience innovante d'articulation de la micro-assurance avec une institution de microfinance a été mise en oeuvre. Le SCG de la Fédération (FENAMSCOM) a proposé à l'Union des ANDUK d'Anjouan de couvrir ses emprunteurs contre le risque maladie en créant sa propre mutuelle. L'Union des SANDUK a vu l'intérêt de couvrir tous les emprunteurs contre les maladies graves qu'ils ne peuvent pas toujours payer ou dont le financement hypothèque le remboursement de leur crédit. Gérant déjà une assurance décès emprunteur (très excédentaire) moyennant un prélèvement de 1 % du crédit octroyé, elle a accepté d'ajouter cette garantie maladie sans majoration du coût du crédit. En cas d'hospitalisation, les emprunteurs de cette IMF sont couverts en cas d'hospitalisation moyennant une cotisation annuelle de 10 Euros payée par l'IMF. La décision prise par l'IMF de couvrir automatiquement tous les emprunteurs a permis de réduire le coût de la garantie. Pour la Fédération, le produit offert à 5 555 contribue à faire connaître la micro-assurance à un large public.

Dans ce pays en particulier, la mauvaise qualité des soins reste la cause de fragilité majeure des mutuelles. En raison de la très faible disponibilité des médicaments dans les services publics de santé, 70 % de leurs dépenses sont consacrées aux remboursements des ordonnances achetées dans les pharmacies privées. Les attentes soulevées par le projet PASCO (Projet d'Appui aux Services de santé aux Comores) sur l'amélioration de l'offre de soins tardent à se concrétiser.

++++ 3.1 Des services de promotion et de gestion professionnels ont permis aux organisations de micro-assurance et aux assureurs de diversifier leurs produits

Principaux indicateurs

En 2014, onze centres techniques de promotion et de gestion remplissent leurs contrats d'objectifs à plus de 70 % dont :

- 4 CTG dans les nouveaux programmes ;
- 2 CTG gérés par des ONG locales dans les anciens programmes. 200 organisations de micro-assurance santé et assureurs privés délèguent la promotion et la gestion de leurs produits à un centre technique professionnel. Les réseaux de micro-assurance diversifient leurs produits pour couvrir le risque décès (50 %), autres (%). Dans trois pays, des assureurs privés proposent des produits adaptés aux ménages à faibles revenus.

3.1.1 Mise à niveau des services techniques des réseaux existants

Aux Comores, le Service Commun de gestion de la FENAMUSAC (SCG) gère par délégation tous les produits proposés par les mutuelles (suivi des adhésions, émission des cartes, paiement des prestataires, suivi du risque, comptable et financier). Au cours de l'année, un travail important a été réalisé pour doter le SCG de manuels de procédures adaptés et d'outils informatiques standardisés. Un manuel de délégation de gestion du paiement des prestataires au SCG a été élaboré dans le cadre d'une démarche de management des connaissances. Son professionnalisme localement reconnu et sa gestion efficiente devraient lui permettre de négocier la délégation de gestion d'autres types de mécanismes de financement de la santé (fonds d'achat de la performance, ...). Un appui

technique doit lui être apporté pour accompagner une montée en charge prévisible dès 2012.

En Ouganda, une mission a été réalisée en juillet 2011 afin d'appuyer l'ONG dans la mise en place d'un système d'information complet et dans la définition des logiciels informatiques de traitement des données.

En Guinée, sur la base du niveau de maîtrise des fonctions attribuées à un CPG, la distinction claire entre les fonctions promotionnelles, non durables et les fonctions techniques durables a permis de (i) bâtir un plan de renforcement des capacités des membres de l'UT, (ii) de revoir l'organigramme en créant une fonction d'auditeur interne distincte de celle de chargé du suivi de la gestion du risque.

3.1.2 Mise en place de Centres de Promotion et de Gestion (CPG) dans les nouveaux programmes

Au Sénégal, l'année 2011 a vu l'installation du premier centre technique de gestion professionnel avec l'ouverture du PMAS à Dakar. Il dispose de personnel issu du monde de l'assurance à qui une formation en micro-assurance a été délivrée. Il utilisera dès le lancement des souscriptions le logiciel développé par le CIDR.

Un référentiel de process a été élaboré sur la base duquel un manuel de procédures détaillé sera complété en 2012.

Les assureurs se sont appropriés la démarche : c'est eux qui encadrent totalement le travail du PMAS et participent à son fonctionnement, en complément des versements du CIDR sur fonds AFD. Les six assureurs membres du pool PMAS ont avancé chacun trois millions de FCFA au PMAS.

Au Tchad, un kit complet d'outils standardisés pour les opérations d'affiliation a été développé. Il est utilisé dans les trois régions. La constitution complète de l'équipe du CPG a été réalisée en 2011. Elle a bénéficié de formation intensive.

Le montage institutionnel du programme a permis la mise en place de trois cellules d'appui aux mutuelles (CAM) dans les trois régions où intervient le programme. Le CPG intervient en appui à chaque CAM sur la base d'une programmation trimestrielle conjointe et en modulant les appuis selon le contexte spécifique de chaque CAM. Ce mode de fonctionnement a permis au CIDR de concrétiser le modèle d'un CPG constitué d'une équipe professionnelle capable d'apporter des services à des centres de gestion décentralisés.

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

Principaux indicateurs

Au moins deux réseaux de mutuelles (Comores ou Guinée) sont cofinancés durablement par des OM du Nord. Un mécanisme de cofinancement des cotisations sur cinq ans a été mis en place par les migrants comoriens ou sénégalais

3.2.1 Mise en oeuvre de mécanismes de cofinancement par des organismes mutualistes du Nord

Les résultats de la démarche engagée fin 2009 auprès de la CCMO pour mettre en place un cofinancement durable de l'UMSGF en Guinée par cette mutuelle de l'Oise ne devraient être connus qu'en fin d'année 2012. La demande porte sur l'octroi d'un cofinancement sur une période de cinq ans couvrant les frais d'administration de l'Union non

couverts par l'apport en cotisations.

Les contacts ont été maintenus avec la FNMF à qui une note d'opportunité portant sur la mobilisation des mutuelles membres de la Fédération pour le soutien au mouvement mutualiste émergent en Afrique a été introduite.

3.2.2 Mise en oeuvre de mécanismes de cofinancement des cotisations par les migrants

Le CIDR promeut des organisations mutualistes aux Comores et au Sénégal, deux pays dont sont originaires de nombreux migrants travaillant ou installés en France. Ces migrants sont régulièrement sollicités pour envoyer de l'argent à leur famille restée au pays.

Un travail de recherche a été engagé avec le CERMES pour étudier la faisabilité d'un mécanisme sécurisé de financement des cotisations des mutuelles par les migrants. Avec l'aide du CERMES, les enquêtes des Comoriens de France ont été réalisées. L'analyse des données conclut à un intérêt de plus de 70 % des enquêtés à cotiser pour la couverture des personnes restées à leur charge aux Comores. Le niveau de contribution déjà évalué en 2008 est de l'ordre de 200 Euros par an. Le mécanisme de prise en charge a été dessiné. Les deux principales contraintes à relever sont l'organisation des Comoriens de France dont les associations sont très dispersées, et la prise en charge des évacuations sanitaires dans les pays de la sous-région demandées par les souscripteurs potentiels. Un dispositif d'appui est à mettre en place en France pour organiser la collecte des cotisations. Un appui technique sera apporté à la FENAMUSAC pour l'élaboration d'un produit adapté à la demande des migrants.

3.2.3 Cofinancement des dépenses du SIDA

La Fondation EJAF a accepté de financer les dépenses des malades du SIDA actuellement prises en charges par le CHIF à Kyela en Tanzanie. Au cours de l'année, des enquêtes ont été réalisées pour estimer le coût de cette prise en charge. Les données ont été collectées. Les procédures d'audit des cas et de facturation par les hôpitaux préservant l'anonymat des patients ont été élaborées.

Les prises en charges se feront au cours du premier trimestre 2012.

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

Principaux indicateurs

100 % des contrats signés entre les réseaux de mutuelles de santé et les prestataires de soins publics et privés intègrent des mesures d'amélioration de la qualité des soins. 50 % des contrats signés font l'objet d'un bilan/évaluation annuel intégrant la vérification des critères de qualité et de performance. Des coopérations entre les organisations de micro-assurance et les organismes d'appui à l'offre de soins sont formalisées dans deux pays en 2012 et dans deux autres en 2014.

3.3.1 Contractualisation de la qualité et suivi des contrats

Dans tous les programmes, les mutuelles ont négocié des dispositions standard portant sur la qualité perçue des soins (disponibilité en médicaments, bon accueil des mutualistes et arrêt des pratiques parallèles, en particulier). Le

respect des contrats qui dépend en grande partie de l'engagement des Ministères de la Santé, leurs Ministères de tutelle, est variable d'un pays à l'autre.

En Guinée, la qualité des soins pose le plus de problèmes. L'autorisation accordée par la Direction Régionale de la Santé d'ouverture d'un dépôt pharmaceutique pour pallier les ruptures chroniques de médicaments dans les services de l'Etat a été remise en cause par le Niveau Central. Les contrats de performance par lesquels les mutuelles indemnisaient le personnel soignant pour les charges de gestion supplémentaires liées au tiers payant ont été suspendus. Les évacuations sanitaires des femmes enceintes ont continué à être prises en charge par l'UMSGF ainsi que les consultations prénatales en stratégies avancées. La participation du directeur de l'Union aux comités de suivi des contrats avec les agents mutualistes a été effective et a permis de réduire les prescriptions externes des médicaments, pratique qui favorisait les pharmacies privées au détriment des mutuelles.

Aux Comores, la FENAMUSAC a poursuivi sa stratégie de diversification des prestataires. Sept nouveaux contrats ont été signés en 2011, la plupart avec des formations sanitaires privées (six) ou parapublique (une). Les formations non publiques représentent aujourd'hui la moitié (32) des 65 formations conventionnées avec la FENAMUSAC. A défaut d'obtenir une qualité technique de soins toujours acceptable, les mutualistes bénéficient avant tout d'une meilleure qualité perçue. La plupart des mutuelles prennent en charge les médicaments prescrits dans les pharmacies privées (le plus souvent à 50 %), ce qui représente 70 % de leurs dépenses totales en prestations. Sept conventions ont été évaluées et l'audit médical d'un service public de santé a été réalisé. Ceci a permis au programme de mener un dialogue avec le projet PASCO (Projet d'Appui aux Services de santé aux Comores) et l'ONG ID (Initiative et Développement) pour amplifier l'approche performance basée sur la qualité prestations des services de santé. Le mode de gestion du fonds de performance est en train d'être repensé et le processus d'implication des représentants du programme et/ou des mutuelles de santé dans les comités de suivi de la mise en oeuvre de l'approche a été accéléré.

En Tanzanie, les dispositions du protocole d'accord (Mémorandum of Understanding (MOU) prévoit l'allocation de 47 % du Matching Fund (soit 23,5 % des cotisations collectées) pour améliorer la qualité des soins dans les services publics. Le premier versement du Matching Fund devrait intervenir en 2012. La prise en charge à 100 % des médicaments prescrits par les services publics dans les pharmacies privées est effective et contribue à améliorer la qualité de la prise en charge. Les factures correspondantes prépayées sont remboursées par les services de santé prescripteurs, ce qui permet de maintenir le montant de la cotisation à un niveau abordable.

3.3.2 *Coopération avec des organismes d'appui à l'offre de soins*

Aux Comores, la coopération s'est poursuivie entre le programme de promotion des mutuelles et le PASCO qui appuie la réhabilitation physique des services de santé sur l'île d'Anjouan et soutient leur financement grâce à la mise en place d'un fonds d'achat de la performance. Fin 2011, le PASCO a proposé de confier au SCG de la FENAMUSAC l'achat des prestations financées par ce fonds. Compte-tenu du manque d'acteurs intervenant en appui à l'offre de soins, la stratégie suivie pour améliorer autant que possible la qualité des soins est de renforcer les instances de gouvernance des services publics de santé et d'y faire valoir les intérêts des usagers. Pour ce faire, la FENAMUSAC s'est fait représenter par son président au conseil d'administration de l'Hôpital National d'El Maarouf.

Au Tchad, les contacts pris fin 2010 avec des organismes d'appui à l'offre publique de soins ne se sont pas concrétisés en 2011. A la demande de l'AFD, le CIDR aura toutefois l'opportunité en 2012 de définir un programme conjoint avec l'ONG tchadienne BASE associant un volet renforcement de l'offre de soins pris en charge par cette ONG avec la promotion de mutuelles dans la province du Logone Occidental par le CIDR.

3.4 Les systèmes de micro-assurance participative sont intégrés dans les dispositifs nationaux d'assurance

maladie en Afrique de l'Ouest et en Afrique de l'Est

Principaux indicateurs

Les approches mutualistes articulées avec des financements publics, développées par le CIDR en Tanzanie et au Kenya, sont étendues à au moins deux autres districts. Dans deux pays d'Afrique de l'Ouest, la promotion des mutuelles est intégrée dans les dispositifs gouvernementaux d'assurance maladie universelle.

La Guinée ne s'est pas encore engagée dans la définition d'un régime d'assurance maladie à vocation universelle, tandis que **le Sénégal** a opté pour la création de mutuelles par secteur d'activités (agriculteurs, salariés des entreprises...). **Au Burkina Faso**, la réforme des systèmes d'assurance maladie a peu avancé, et leurs schémas directeurs qui doivent se prononcer sur le panier de soins qui sera proposé et les instances en charge de son financement, de sa gestion et de son contrôle, ont peu avancé. Des négociations avec les réseaux de mutuelles sont en cours. Les décisions finales doivent être prises avant que le département les appuie.

C'est en Afrique de l'Est que l'intégration des systèmes de micro-assurance participative offre le plus de perspectives.

En Tanzanie, un protocole d'accord a été signé avec le District de Mbozi pour répliquer le modèle mis en place à Kyéla. Cet accord permet la reconnaissance des SMHIS avec l'évolution de leur réseau en une association de District qui prendra le nom de CHIF. Le NHIF qui est en charge de la gestion du CHF souhaite faire évoluer le système national vers un système assurantiel. C'est pourquoi le NHIF souhaite évaluer le modèle CHIF mis en place dans le District de Kyéla et en cours de réplification dans le District de Mbozi. Les conclusions de l'évaluation constituent un préalable avant de prendre la décision d'étendre le modèle à d'autres districts de la Région de Mbeya.

Au Kenya, les contacts avec le NHIF se sont poursuivis. Un accord de principe a été obtenu pour commissioner le réseau de Nyeri pour les activités de distribution du produit NHIF, ce qui constitue une étape importante dans l'articulation des systèmes communautaires avec ce Régime National d'Assurance Maladie.

3.5 Le département a complété ses domaines d'expertise, standardisé ses modes opératoires et diversifié ses partenariats stratégiques et financiers

Le département a repris la maîtrise du développement du logiciel confié au développeur Manobi. Le logiciel mis à disposition du PMAS au Sénégal est en cours de test et les derniers paramétrages seront achevés en 2012 pour être installés dans d'autres programmes.

La dynamique de management des connaissances initiées en 2010 s'est poursuivie en 2011 aux Comores et en Tanzanie, et au Sénégal. Dans ce cadre, différents manuels de procédures ont été élaborés (manuels de délégation de la gestion des produits aux Comores, manuel de distribution de produits de micro-assurance au Sénégal). Le recrutement d'une stagiaire pour la formalisation des outils de gestion de la micro-assurance du département a été effectué pour une durée de quatre mois. Un outil informatique de gestion des adhésions a été élaboré.

Deux séminaires de formation sur le rôle que peuvent jouer les mutuelles pour atteindre la couverture maladie universelle ont été réalisés en juin et décembre en partenariat avec l'ANMC pour un total de quinze participants. Le financement des soins et la micro-assurance maladie, la faisabilité d'un système de micro-assurance participatif, sa gestion et sa gouvernance ont été les trois thématiques abordés au cours de ses séminaires.

La mission prévue en octobre en RDC qui devait définir les termes d'un partenariat entre l'ANMC et le CIDR portant sur l'appui à la mise en place de CPG dans les différentes provinces du pays a dû être reportée en 2012.

Un partenariat opérationnel a été initié avec l'ONG CARE au Cameroun dans le cadre de la préparation du démarrage du programme « Chèque Santé ». +++++

CIDR Contribution aux priorités politiques du

4.1 Participer au renforcement de la dimension sociale du développement

Les activités du département contribuent en priorité au renforcement de la dimension sociale du développement en améliorant l'accès financier des populations vulnérables aux services de santé, en renforçant leur pouvoir d'agir sur l'amélioration des services qui leurs sont proposés et par la promotion de systèmes de financement redistributifs.

Par l'intermédiaire des mutuelles, des services ciblés sur les femmes enceintes peuvent être proposés afin de réduire la mortalité maternelle (OMD N° 5). En 2011, grâce à la promotion d'un produit maternité sans risque à financement collectif, 7 426 femmes en âge de procréer ont été couvertes en Guinée. Les données de suivi indiquent une réduction très significative de la mortalité maternelle dans les villages adhérents. Ce résultat très encourageant est à mettre sur le compte des services organisés et financés par l'UMSGF avec l'aide du FNUAP (évacuation des cas urgents et consultations prénatales dans les villages).

Aux Comores, les 700 femmes en âge de procréer résidant dans les villages ayant constitué une Sécurité Sociale Villageoise (SSV) sont prises en charge lors de leur grossesse et de leur accouchement. Le produit, partiellement financé par les associations des villages et par les Comoriens de France, couvre tous les habitants du village y compris les plus vulnérables. En Ouganda, 1 000 femmes enceintes sont couvertes par un produit leur donnant un transport gratuit pour recevoir les soins dans les formations sanitaires et pour couvrir les dépenses qu'elles continuent à supporter malgré l'instauration de la gratuité des soins.

Dans les autres programmes (Tanzanie, Kenya, Tchad), les mutuelles proposent des produits couvrant le risque obstétrical des femmes assurées.

Le chèque santé qui sera lancé au Cameroun donnera la possibilité aux femmes qui auront acheté le chèque santé de bénéficier des soins gratuits pendant la durée de leur grossesse. Les soins de leur nouveau-né seront également gratuits.

4.2 Favoriser au niveau des territoires la cohérence des politiques sectorielles et de développement durable

En Tanzanie, le département a appuyé les autorités du District de Kyela pour adapter le « Community Health Fund », le système national d'assurance maladie destiné au secteur informel, aux attentes des acteurs économiques intervenant dans le District. Le District a pris la décision de déléguer la gestion du CHIF à une association (le CHIF) constitué des membres cotisants.

Cette décision a permis de mobiliser la participation de plusieurs acteurs au titre de la solidarité. L'entreprise Bioland

s'est engagée à cofinancer les cotisations des planteurs et de leur famille pour une durée de cinq ans. Grâce à cette contribution, une convention a pu être passée entre cette entreprise et la GIZ qui a accepté de participer au financement du programme. La Fondation Elton John a mis à disposition du CHF un fonds de cofinancement des dépenses de soins des malades du SIDA membres de l'association.

La tenue du Forum International du Réseau de la micro-assurance qui se tiendra à Dar Es Salam en 2012 sera l'occasion de diffuser plus largement les résultats obtenus de ce modèle qui constitue une innovation institutionnelle dans le contexte tanzanien.