



Centre  
**International**  
de Développement  
et de Recherche

[www.cidr.org](http://www.cidr.org)



## Département Systèmes de Santé et de Prévoyance Sociale

### Rapport d'activités 2011

Mars 2012



## Centre **International** de Développement et de Recherche

Association loi 1901

Date de création : 17 juin 1961

Siège social : 17, rue de l'Hermitage – 60350 – Autrêches – France

Bureaux à Paris : 7, rue Taylor – 75010 – Paris

Tél : (33) 3.44.42.71.40 – Autrêches

Fax : (33) 3.44.42.94.52 – Autrêches

Tél : (33) 1.42.39.66.61 – Paris

E-mail : [cidr@cidr.org](mailto:cidr@cidr.org)

Présidente : **Cécile FRUMAN**

Directrice Exécutive : **Isabelle HOYAUX**

Directeur Financier : **Gilles PONSOT**

Responsable des Relations Extérieures : **Laurence WALGER**

### Département Systèmes de Santé et de Prévoyance Sociale

Bruno GALLAND - Directeur de département

Siméon NSABIMANA – Responsable de programmes

Jean-Pierre Babacar Diouf – Conseiller Technique au Sénégal

Josselin Guillebert – Conseiller Technique en Tanzanie

Damien Revault – Conseiller Technique au Tchad

Doférégouo Soro – Conseiller Technique aux Comores

Pays d'implantation

**Comores, Guinée, Kenya, Ouganda, Sénégal, Tanzanie, Tchad**

# Sommaire

SIGLES .....	5
I. FAITS MARQUANTS DE L'ANNEE 2011 .....	6
1. Afrique de l'Ouest.....	6
2. Région Afrique Centrale.....	6
3. Région Afrique de l'Est .....	6
II. EVOLUTION DU CONTEXTE DANS LE SECTEUR ET LES PAYS D'INTERVENTION .....	9
III. EVOLUTION DES PROGRAMMES .....	11
1. Des services de promotion et de gestion professionnels ont permis aux organisations de micro-assurance et aux assureurs de diversifier leurs produits.....	14
1.1. Mise à niveau des services techniques des réseaux existants .....	14
1.2. Mise en place de Centres de Promotion et de Gestion (CPG) dans les nouveaux programmes .....	14
2. Les organismes de micro-assurance promus ont diversifié leurs sources de financement .....	15
2.1. Mise en œuvre de mécanismes de cofinancement par des organismes mutualistes du Nord.....	15
2.2. Mise en œuvre de mécanismes de cofinancement des cotisations par les migrants.....	15
2.3. Cofinancement des dépenses du SIDA .....	16
3. Les organisations de micro-assurance appuyées ont contribué à améliorer l'accès de leurs membres à des soins de qualité .....	16
3.1. Contractualisation de la qualité et suivi des contrats.....	16
3.2. Coopération avec des organismes d'appui à l'offre de soins .....	17
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.....	17
5. Le département a complété ses domaines d'expertise, standardisé ses modes opératoires et diversifié ses partenariats stratégiques et financiers.....	18
IV. CONTRIBUTION AUX PRIORITES POLITIQUES DU CIDR.....	19
1. Participer au renforcement de la dimension sociale du développement .....	19
2. Favoriser au niveau des territoires la cohérence des politiques sectorielles et de développement durable.....	19
V. FICHES PROGRAMME .....	20

## **Systèmes de Santé et de Prévoyance Sociale**

Les programmes du département « Systèmes de santé et prévoyance sociale » ont pour objectif de réduire la vulnérabilité des populations à revenus modestes face à la maladie et aux autres risques liés à la personne (décès, invalidité, etc.).

### **Professionnalisation de la gestion des systèmes de micro-assurance**

Le département met en place des Centres techniques de Promotion et de Gestion (GPG) de la micro-assurance santé. Ces Centres offrent des services professionnels de gestion aux organisations de portage des risques, mutuelles ou réseaux de mutuelles, assurances privées ou institutions de microfinance, en réduisant les coûts d'intermédiation par une mutualisation des ressources. Les appuis du département à la mise en place des CPG portent sur la réalisation des études de faisabilité, la définition des services, le choix des outils (systèmes de suivi des risques, systèmes d'information, stratégie de financement), le transfert des compétences (formation des acteurs, accompagnement vers leur autonomie technique et financière).

Le département accompagne les institutions de micro-assurance dans la conception de produits performants adaptés à la demande et à la propension à payer du plus grand nombre : produits à couverture élargie (produits familiaux) ou couvrant un risque spécifique (produits scolaires, produits maternels et infantiles). Il développe également des nouveaux produits d'assurance (décès, funérailles, invalidité).

### **Diversification des modes de consolidation financière de la micro-assurance**

Pour assurer la viabilité des institutions de micro-assurance, le département conçoit et met en œuvre des mécanismes de financement associant des financements publics (redistribution entre les régimes légaux et communautaires) et privés (organisation et rationalisation des transferts de fonds provenant des migrants, mécanismes de cofinancement durable par des mutuelles du Nord, ou par des sociétés privées).

### **Articulation entre micro-assurance et dispositifs nationaux de protection sociale**

Afin de renforcer la couverture maladie des populations du secteur informel et agricole, le département identifie, définit et met en œuvre des modalités d'articulation entre les dispositifs nationaux d'assurance maladie et les systèmes de micro-assurance santé : articulation fonctionnelle (partage des fonctions de gestion, systèmes d'information uniformisés) ou de gouvernance (représentation dans les instances statutaires).

### **Promotion d'une offre de soins de qualité**

La promotion d'une offre de soins de qualité, financièrement accessible à des populations à revenus modestes est un déterminant majeur de la promotion de la micro-assurance dans le domaine de la santé. Le département dispose d'une compétence dans la conception et la gestion de programmes associant l'appui à l'offre de soins et l'organisation de la demande : définition des relations économiques, institutionnelles et contractuelles entre services de santé et organisation de micro-assurance.

Dans ces différents domaines, le département organise des séminaires de formation qui s'adressent à des promoteurs de la micro-assurance, des gestionnaires, ou des personnels de santé originaires de pays d'Afrique.

## Sigles

AFD	Agence Française de Développement
AIMS	Association Inter-Mutuelles de Santé (Bénin)
AMSN	Association des Mutuelles de Santé de Ngazidja (Comores)
ASMUS	Appui Suisse aux Mutuelles de Santé (Bénin)
BELACD	Bureau d'Etude et de Liaison d'Action Caritative et de Développement
AYI	Afya Yetu Initiative (Kenya)
BIT	Bureau International du Travail
BUCO	Bureau de la Coopération Suisse
CBHF	Community Bases Health Fund
CGR	Cabinet en Gestion des Risques
CBHF	Community Based Health Fund
CHF	Community Health Fund
CHIF	Community Health Insurance Fund (Tanzanie)
CTG	Centre Technique de Gestion
CPG	Centre de Promotion et de Gestion
FISONG	Facilité d'Innovation Sectorielle - ONG
GRET	Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques
HPMS	Health Promotion Medical Services (Ouganda)
MGEN	Mutuelle Générale de l'Education Nationale
NHIF	National Health Insurance Fund (Kenya)
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
OCASC	Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun
PASDS	Programme bilatéral franco-béninois santé – développement solidaire
SAT	Service d'Appui Technique
SCG	Service Commun de Gestion (Comores)
SHU	Save for Health Uganda
SIC	Sensibilisation, Information, Communication
SIG	Système d'Information et de Gestion
SMHIS	Self Managed Health Insurance Scheme
SOLIDEV	Solidarité et Développement (Bénin)
SSV	Sécurité Sociale Villageoise (Comores)
UMSGF	Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière

## 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. 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 qualifié.

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 on 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.

### 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<sup>1</sup>, 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.

### 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.

---

<sup>1</sup> ONG de développement de l'Eglise Catholique partenaires institutionnels du programme

**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 œuvre 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 œuvre 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'Ile 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 œuvre au cours de l'année devrait permettre à la FENAMUSAC d'assumer la maîtrise d'ouvrage du programme à compter du 1<sup>er</sup> mars 2012.

#### **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 œuvre 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 œuvre 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 œuvre.

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 œuvre 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 bénéficiaire s fin 2010	Effectifs de bénéficiaires fin 2011	Variations		Taux de pénétration
						Nombre de mutuelles	Nombre de bénéficiaires	
<b>Sous- Total Afrique de l'Ouest</b>	569 940	26	28	20 153	42 885	8%	113%	7,5
<b>Sous-Total Afrique de l'Est</b>	455 643	80	180	44 312	65 424	125%	48%	14,4
<b>Comores</b>	65 000	28	38	14 693	19 428	36%	32%	29,9
<b>Total</b>	<b>1 090 583</b>	<b>134</b>	<b>246</b>	<b>79 158</b>	<b>127 737</b>	<b>84%</b>	<b>61%</b>	<b>11,7</b>

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

Tableau 1. Evolution des effectifs de bénéficiaires  
au cours de l'année 2011 en Afrique de l'Ouest

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	
<b>Guinée</b>	310 299	26	28	20 153	32 221	8%	60%	10%
<b>Tchad</b>	259 641	0	0	-	10 664	NV	NV	4%
<b>Sous- Total Afrique de l'Ouest</b>	<b>569 940</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>20 153</b>	<b>42 885</b>	<b>8%</b>	<b>113%</b>	<b>7,5%</b>

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.

Tableau 2. Evolution des effectifs de bénéficiaires en Afrique de l'Est 2011

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	
						Nombre de mutuelles	Nombre de bénéficiaires
<b>Kenya</b>	<b>100 000</b>	26	34	15 208	25 000	31%	64%
<b>Uganda Luwero</b>	<b>96 000</b>	15	26	10 867	14 221	73%	31%
<b>Uganda Bushenyi</b>	<b>25 285</b>	9	8	4 439	4 703	-11%	6%
<b>Tanzanie Mbozi</b>	<b>151 503</b>	30	46	13 798	21 500	53%	56%
<b>Tanzanie Kyela</b>	<b>82 855</b>		66		17 538		
<b>Sous-Total Afrique de l'Est</b>	<b>455 643</b>	<b>80</b>	<b>180</b>	<b>44 312</b>	<b>65 424</b>	<b>125%</b>	<b>48%</b>
<b>Comores</b>	<b>65 000</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	<b>14 693</b>	<b>19 428</b>	<b>36%</b>	<b>32%</b>
<b>Total</b>	<b>1 090 583</b>	<b>134</b>	<b>246</b>	<b>79 158</b>	<b>127 737</b>	<b>83,6%</b>	<b>61,4%</b>

**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 €) 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 € 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 œuvre. Le SCG de la Fédération (FENAMSCOM) a proposé à l'Union des SANDUK 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 € 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.

## **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.

### **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.

### **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.

## **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

### **2.1. Mise en œuvre 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.

### **2.2. Mise en œuvre 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 € 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.

### 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. 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.

### 3.1. 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 œuvre 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.

### 3.2. 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 représentée 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.

## 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 commissionner 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.

### **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 ».

## **IV. Contribution aux priorités politiques du CIDR**

### **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.

### **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.

## **V. Fiches programme**

<b>Secteur d'activités</b>	<b>Systèmes de Santé et Prévoyance Sociale (SSPS)</b>
<b>Pays/Localisation</b> <b>Intitulé</b> <b>Phase en cours</b>	<b>UNION DES COMORES</b> Fédération Nationale des organisations mutualistes de santé Phase d'institutionnalisation- 2008/2011
<b>Partenaires institutionnels</b>	Ministère de la Santé, de la Solidarité et de la Promotion du Genre Unions Insulaires des Organisations Mutualistes

## I. Objectifs généraux du programme

L'objectif central du programme est de favoriser l'accès de la population comorienne à des services de santé de qualité. Les objectifs de la phase en cours sont de rendre les mutuelles de santé autonomes et pérennes ; renforcer la viabilité technique et financière des mutuelles de santé existantes en Grande Comores, à Anjouan et Mohéli ; institutionnaliser l'Association des Mutuelles de santé aux Comores ; promouvoir le mouvement mutualiste aux Comores et consolider le partenariat entre le réseau, prestataires de soins et autorités de tutelle.

## II. Réalisations 2011

### Développement du réseau

- En Grande Comore, une mutuelle de sécurité sociale villageoise (Nioumadzaha Mvoubari), une mutuelle institutionnelle (Office de Radio et Télévision des Comores) et deux mutuelles scolaires (écoles primaires d'Ouzioini et Ouellah Mitsamiouili), ont été créées.
- A Anjouan, la mutuelle de l'Union des SANDUK, un réseau d'institutions de microfinance a été créée. Cette mutuelle couvre les emprunteurs des 39 caisses de SANDUK du réseau pendant la période de remboursement des prêts. Une mutuelle avec la Ligue de Football a également été créée, la mutuelle scolaire de Ouani qui n'avait pas fonctionné en 2010 a redémarré ses activités et une mutuelle de santé scolaire de Mutsamudu a également été créée.
- A Mohéli, l'accent a plutôt été mis sur le redémarrage des anciennes mutuelles. Aucune nouvelle mutuelle n'a été créée, mais les mutuelles de l'année 2010 ont toutes redémarré leurs activités.

### Autonomisation et viabilité des mutuelles :

- 39 mutuelles du réseau ont régulièrement constitué les réserves qu'elles avaient commencé à mettre en place au cours de l'année 2010 ;
- trois fonds de garantie ont continué à être consolidés dans les trois unions insulaires du Réseau ;
- le fonds national de réassurance a été institutionnalisé afin de renforcer les ressources propres de la Fédération.

### Consolidation du partenariat entre les acteurs du système de santé :

- l'appui au Ministère de la Santé dans la définition d'une réglementation du secteur mutualiste a abouti à l'adoption de la loi sur les mutuelles de santé par l'Assemblée Nationale des Comores en mars 2011 suivie de sa promulgation par le Président de la République en Juillet de la même année ;
- dans le cadre du PASCO, l'articulation entre les mutuelles de santé et d'autres mécanismes de financement des soins, notamment le subventionnement de la césarienne, a été expérimentée dans le district de Domoni à Anjouan ;
- la mise en œuvre de la convention entre l'Union des Mutuelles de Santé de Ngazidja et le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a été poursuivie au cours de l'année 2011.

### III. Résultats et impact à fin 2011

- Le réseau mutualiste comorien est constitué de 39 mutuelles actives avec 19 935 bénéficiaires (9 062 bénéficiaires en Grande Comores, regroupés dans 25 mutuelles, 9 326 bénéficiaires à Anjouan dans 10 mutuelles, 1 547 bénéficiaires à Mohéli dans 4 mutuelles). Les cotisations mobilisées sont de 62 039 135 Francs Comoriens dont 51 % ont été utilisées pour le paiement des prestations maladie.
- On recense 5 122 bénéficiaires dans les mutuelles scolaires (soit 26 %), 2 260 bénéficiaires dans les mutuelles communautaires (11 %), 2 109 dans les mutuelles d'associations (11 %), 3 788 dans les mutuelles institutionnelles (19 %) et 6 656 dans les mutuelles articulées avec les IMF (33 %).
- Par rapport à 2010, le taux de croissance annuelle globale est de + 315,68 %. L'île qui connaît le plus fort taux est Anjouan (+ 173,65 %) alors qu'à Mohéli on observe un recul de - 25,63 % qui s'explique par une baisse de la recotisation des 4 mutuelles. A Ngazidja la croissance annuelle est de - 1,55 % due au non redémarrage de la mutuelle de Dzahani 2.

### IV. Programme 2012

L'année 2012 est la première année de mise en œuvre du plan stratégique (2012-2016) de la Fédération des mutuelles qui a été institutionnalisée. Les axes d'intervention sont donc ceux du plan stratégique.

Le réseau connaît une croissance soutenue et les mutuelles créées sont consolidées :

- poursuivre la mise en place des mutuelles avec les IMF, notamment concrétiser le lancement de la mutuelle de la MECK Moroni ;
- arriver à opérationnaliser le financement des cotisations des mutuelles par les transferts de la diaspora comorienne en application des résultats de la mission d'étude BIT/CERMES ;
- conduire une étude de satisfaction des mutualistes en vue de redéfinir l'offre de produits des mutuelles de santé.

Le réseau participe à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins en étant une association d'usagers de soins :

- poursuivre la mise en place des comités de suivi des conventions avec les prestataires de soins initiée au cours de l'année 2011 ;
- intégrer les instances de gouvernance d'autres formations sanitaires en plus de l'Hôpital El Marouf en vue de mieux défendre les intérêts des mutualistes ;
- prendre une part active dans la gestion des fonds de la performance sur les îles d'Anjouan et Mohéli.

Le Réseau (mutuelles de base et structures faîtières) s'engage sur la voie de la viabilité institutionnelle, financière et technique :

- mobiliser des ressources propres du réseau à travers l'augmentation des effectifs et une gestion rigoureuse du budget ;
- signer des contrats d'objectifs entre la Fédération (niveau central) et les Unions insulaires en vue de mieux atteindre les objectifs fixés dans le plan stratégique ;
- contribuer à l'adoption définitive et à la mise en place des décrets d'application de la législation sur les mutuelles de santé adoptée en 2011.

Une offre de services de qualité est faite aux membres du réseau, et la Fédération est reconnue comme prestataire d'expertise en gestion de la microassurance santé :

- prospecter et contractualiser avec des mutuelles d'entreprises non membres du réseau des mutuelles, notamment la mutuelle de la PNAC ;
- mettre en œuvre la gestion du fonds d'achat de la performance, une fois transféré par l'ONG ID à la FENAMUSAC.

#### Partenaires financiers

Evangelischer Entwicklungsdienst (EED) - Allemagne  
Agence Française de Développement / DTO et DPO  
Union Européenne  
Ministère de la Santé – Union des Comores

<b>Secteur d'activités</b>	<b>Systèmes de Santé et Prévoyance Sociale (SSPS)</b>
<b>Pays/Localisation</b> <b>Intitulé</b> <b>Phase en cours</b>	<b>GUINEE – Guinée Forestière</b> Réseau de mutuelles de santé Phase d'autonomisation de l'UMSGF - 2007/2011
<b>Partenaire institutionnel</b>	Ministère de la Santé

## I. Objectifs généraux du programme

L'objectif central du programme est d'améliorer durablement l'accès des populations à des services de santé de qualité. Les objectifs de la troisième phase sont de :

- consolider les mutuelles existantes sur le plan financier et fonctionnel ;
- améliorer l'autonomie technique et organisationnelle des mutuelles et du réseau ;
- développer le nombre de mutuelles et de bénéficiaires ;
- établir un partenariat durable entre les mutuelles et les prestataires de soins.

## II. Réalisations 2011

Extension du réseau :

- étude préalable à la création de nouvelles mutuelles à Bêta, Doumou et Macenta ;
- choix de nouvelles zones à prospecter pour 2012 ;
- enquête de satisfaction auprès des mutualistes.

Densification du réseau :

- stratégie de « reconquête » des familles démissionnaires ;
- recrutement de nouvelles familles ;
- création de nouveaux groupements dans les secteurs déjà couverts ;
- application de la nouvelle stratégie de densification basée sur la concentration des activités et de l'ensemble des produits sur les zones à fort potentiel.

Amélioration de l'autonomie technique, financière et organisationnelle :

- formation des membres du Bureau Exécutif (BE) et des gestionnaires des mutuelles sur le fonctionnement des comptes communs des zones ;
- formation des responsables et des gestionnaires sur l'organisation des mutuelles, la bonne gouvernance et la gestion des mutuelles ;
- formation de l'Unité Technique (UT) et des animateurs sur l'animation communautaire et la maîtrise des produits d'assurance proposés par l'union aux mutuelles ;
- tenue des réunions de zones : évaluation des contrats d'objectifs ;
- tenue de l'AG en décembre 2011 : des décisions importantes ont été prises sur la gestion et l'organisation des mutuelles, notamment l'option de ne contractualiser qu'avec les prestataires de soins publics qui sont moins chers et celle d'avoir des mutuelles préfectorales et non villageoises ou communales ;
- élaboration des projets à soumettre aux bailleurs de fonds : UNICEF, UNFPA, OMS, HCR, PROGRAMME CONJOINT/PNUD.

Partenariat avec les prestataires de soins et la tutelle sanitaire :

- participation aux différentes réunions des comités techniques préfectoraux de la santé ;
- organisation des comités de suivi des conventions de collaboration avec les structures de soins (hôpitaux et centres de santé) ;
- signature de nouvelles conventions avec les CS et PS ;
- suivi régulier des structures sanitaires conventionnées.

## III. Résultats et impact fin 2011

- Fin 2011, le réseau est composé de 27 mutuelles de santé dont 4 nouvelles mutuelles créées. Ainsi, le réseau comprend 213 groupements affiliés, 1 342 familles adhérentes avec 11 943 personnes couvertes pour le produit familial. Pour cet indicateur, on a enregistré une régression de 5 % due essentiellement, selon l'enquête de satisfaction, à la mauvaise qualité de l'offre de

soins. L'assurance scolaire totalise 11 344 élèves couverts tandis que la maternité sans risque a couvert 7 018 femmes en âge de procréer soit au total 30 305 bénéficiaires des services des mutuelles.

- Au cours de 2010-2011, les mutuelles ont pris en charge 11 000 cas pour un total de 210 377 438 GNF.
- Le taux moyen de sinistralité atteint est de 94 %, il dépasse de 29 % la norme prévue (65 %). La prise en charge des prestations par un centre de santé privé dans la ville de N'Zérékoré en est la principale cause.
- En comparaison avec les non mutualistes, la fréquentation des services hospitaliers par les mutualistes est de l'ordre de trois fois supérieure.

## **IV. Programme 2012**

### A-Stratégies de croissance des mutuelles

Redynamiser les mutuelles et les rendre plus opérationnelles :

- regrouper les mutuelles en mutuelle préfectorale : mutuelles préfectorales (N'Zérékoré, Lola, Macenta, Yomou) et une mutuelle pour la zone agro-industrielle de Diécké ;
- développer l'approche des groupes organisés.

Axer le développement sur la densification.

Concentrer tous les produits sur les zones à fort potentiel :

- surseoir à la création de nouveaux groupements ;
- retravailler le produit MSR en élargissant les garanties sur les femmes allaitantes et les nouveaux nés jusqu'à au moins 6 mois, adhérer au produit par CRD (Communauté Rurale de Développement) et non par village ;
- développer d'autres activités en matière de santé : santé communautaire, lutte contre le VIH/SIDA, action humanitaire ;
- projet pour la sensibilisation de la population contre les IST/ VIH/SIDA ;
- projet de lutte contre le paludisme (sensibilisation, distribution des moustiquaires) ;
- projet de lutte contre les maladies diarrhéiques.

### B-Relations avec les prestataires de soins et autorités sanitaires

- renouveler les 33 contrats en cours ;
- participer aux différentes rencontres des partenaires de santé de la région (CTPS, CTRS).

### C-Suivi du risque et finances des mutuelles

- améliorer les outils de collecte des informations ;
- renforcer la sécurisation des fonds des mutuelles dans le suivi et contrôle financier ;
- renforcer le suivi du risque.

### D-Renforcement des capacités

- formation des AM et AMD au fonctionnement des mutuelles préfectorales ;
- formation des responsables mutualistes, les membres du CA et du BE sur le fonctionnement de la mutuelle préfectorale, la gestion des comptes et des garanties ;
- réadapter et diffuser le manuel des règles et procédures de l'union et des mutuelles ;
- finaliser l'élaboration du guide de l'agent mutualiste.

### E-Activités de promotion

- organisation d'un atelier régional sur la problématique de développement des mutuelles en Guinée Forestière en faisant participer les présidents des CRD, les sous-préfets et secrétaires généraux des collectivités décentralisées ;
- émissions à la radio rurale et nationale des spots publicitaires.

#### **Partenaires financiers**

Agence Française de Développement - France  
BIT  
Agences du Système des Nations Unies : UNICEF, UNCHR, FNUAP



**Secteur d'activités**

**Systèmes de Santé et Prévoyance Sociale (SSPS)**

**Pays/Localisation**  
**Intitulé**  
**Phase en cours**

**KENYA – District de Nyeri**  
Système d'Assurance Maladie Participatif  
Phase d'institutionnalisation - 2009/2011

**Partenaire institutionnel**

Kenya Community Based Health Financing Association

## I. Objectifs généraux du programme

- Les objectifs généraux du programme sont de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du district de Nyeri et à l'amélioration de l'efficacité du système de santé kenyan.
- L'objectif spécifique est de promouvoir des mutuelles de santé financièrement autonomes, gérées de manière participative et qui répondent aux besoins sanitaires prioritaires des populations du district de Nyeri.

## II. Réalisations 2011

### Extension du réseau

En 2011, le réseau a poursuivi sa stratégie de croissance interne qui avait montré son efficacité en 2010 avec la proposition d'un produit attractif parce non cher, une stratégie de promotion offensive, une motivation des leaders par le versement d'une indemnité sur les fonds collectés. La stratégie de recours aux sociétés de café pour la collecte des cotisations s'est avérée très efficace dans la croissance des adhésions.

Au cours de l'année, six nouveaux schémas ont été lancés principalement dans le district de Kirinyaga.

### Institutionnalisation

Le processus d'institutionnalisation a été consolidé à plusieurs niveaux :

- AYI a bénéficié d'un appui en développement organisationnel de l'ONG CORAT. Le plan de renforcement des capacités des membres de la gouvernance du réseau des CBHIS est en cours de finalisation.
- Le Réseau de Nyeri est opérationnel. Il a recruté son premier agent mutualiste. Le transfert du suivi des premiers CBHIS, initialement effectué par les agents d'AYI, à l'agent mutualiste du réseau chargé de l'appui à la gestion et gouvernance des mutuelles a été réussi.

### Nouveaux groupes cibles

Les démarches entreprises en vue d'établir un partenariat avec l'IMF JAMI BORA (produit à 1 200 KES) n'ont pas abouti en raison de la cessation d'activités de cette IMF en micro-assurance (pour des raisons qui ne relèvent pas de l'activité elle-même).

### Viabilité technique

Le suivi et la gestion du risque sont maîtrisés avec un taux de sinistralité de 68 %. Le mécanisme de subventionnement croisé entre les produits a atteint ses limites. Avec la forte croissance du produit d'AYI subventionné par le produit NHIF, les ratios de viabilité ont dû être revus.

AYI a entrepris des négociations avec le NHIF en vue de faire bénéficier le Réseau de Nyeri de commissions pour le travail de distribution de son produit qu'il effectue. Fin décembre 2001, les négociations n'avaient pas encore abouti.

### III. Résultats et impact fin 2011

- 26 CBHIS avec 25 396 bénéficiaires sont fonctionnels, soit un taux d'augmentation du nombre de personnes couvertes de 52,25 % entre 2010 et 2011.
- L'augmentation du prix du produit du NHIF, passant de 1 920 KES par personne et pour le gros risque à 6 000 KES (gros risque et soins ambulatoires compris) a rendu les produits propres au CBHIS plus attractifs, notamment le produit de 500 KES couvrant les soins hospitaliers dans les hôpitaux publics.
- La part des adhésions au produit NHIF a continué à diminuer en volume et en pourcentage au profit du produit moins cher proposé par le Réseau : de 49 % avec 6 484 personnes sur les 13 244 bénéficiaires recensés au 1<sup>er</sup> janvier 2010, les bénéficiaires du produit NHIF étaient au nombre de 4 860 sur les 16 680 enregistrés au 1<sup>er</sup> janvier 2011 soit 29 %.

### IV. Programme 2012

Extension du réseau :

- promotion de six CBHIS dans le District de Kirinyaga ;
- mise en réseau des CBHIS du District de Kirinyaga ;
- poursuite de la collaboration avec les producteurs de café et thé.

Institutionnalisation :

- appui AFYA YETU en développement organisationnel : mise en œuvre du plan stratégique, opérationnalisation de la nouvelle gouvernance, respect des clauses du manuel organisationnel ;
- poursuite de la mise en œuvre du plan de renforcement des compétences des leaders du réseau des CBHIS ;
- suivi de la mise en œuvre de contrats d'objectifs entre les mutuelles et le réseau ;
- évaluation et renouvellement de l'accord de partenariat entre AYI et le réseau ;
- professionnalisation de la gestion : mise en place d'un logiciel de gestion du risque, élaboration des manuels de méthodologie et plans d'opération ;
- programmation de la phase suivante du programme de Nyeri.

Collaboration avec les acteurs de l'environnement :

- poursuite de la négociation avec NHIF pour contributions aux frais de fonctionnement du réseau ;
- plaidoyer auprès des services déconcentrés du Ministère de la Santé pour l'implication des prestataires de soins dans la promotion des CBHIS ;
- prise de contact et négociations d'un appui des nouveaux « Counties » de Nyeri et de Kirinyaga ;
- négociation d'une nouvelle phase du programme avec EED.

**Partenaire  
financier**

Evangelischer Entwicklungsdienst - Allemagne

**Secteur d'activités**

**Systèmes de Santé et Prévoyance Sociale (SSPS)**

**Pays/Localisation  
Intitulé**

**OUGANDA – Districts de Luweero et de Bushenyi**

Système participatif de prépaiement des soins et de micro-assurance

**Phase en cours**

Phase de consolidation et de démarrage - 2009/2014

**Partenaire  
institutionnel**

Save for Health – Uganda (SHU)

## I. Objectifs généraux du programme

L'objectif général commun aux deux programmes de Luweero et de Bushenyi est d'améliorer durablement l'accès des populations à des services de santé de qualité. Les objectifs de la phase de consolidation sur le programme de Luweero sont de développer et stabiliser l'activité de douze systèmes de prépaiement, rendre les systèmes de prépaiement plus attractifs au sein de la population et améliorer la viabilité des systèmes de prépaiement. Le programme de Bushenyi est en phase de démarrage. L'objectif spécifique de la phase est d'établir les paramètres de la viabilité d'un réseau de mutuelles de santé (produits, niveau d'adhésions, niveau de gestion des risques).

## II. Réalisations 2011

### Extension des réseaux

- la mobilisation et la sensibilisation des communautés et de leurs dirigeants ont été réalisées dans quinze paroisses où les membres de la communauté ont été sensibilisés ;
- la stratégie consistant à proposer des produits à bas coût quel que soit le modèle de mutuelle a été maintenue ;
- au cours de l'année, la stratégie de croissance du réseau s'est concentrée sur la croissance externe avec la création de vingt deux nouvelles mutuelles ; fin 2011, 48 mutuelles étaient opérationnelles ; les premières mutuelles créées pour gérer le produit maternité sans risques ont adopté des produits à plus large couverture.

### Viabilité technique et institutionnelle

- en ce qui concerne le renforcement des capacités des dirigeants, un plan visant à former les dirigeants a été élaboré et des ateliers centralisés et décentralisés ont été organisés pour former des leaders sur les aptitudes à la communication et de mobilisation, les rôles de leadership et des responsabilités et la gestion financière des mutuelles ;
- le processus de mise en réseau des mutuelles du District de Bushenyi a fait l'objet d'ateliers ; les statuts et les règlements intérieurs du réseau ont été élaborés ;
- SHU a participé à la Task Force chargée de définir le schéma organisationnel national de l'assurance maladie en Uganda ; les mutuelles à adhésions volontaires ont été retenues comme la stratégie de couverture du secteur informel et agricole ;
- l'évolution des mutuelles de crédit santé vers des mutuelles mixtes (crédit et assurance) s'est poursuivie dans les Districts de Luweero, de Nakasongola, Nakaseke ;

- la formation des responsables mutualistes des mutuelles et des réseaux ainsi que des membres de l'équipe technique de l'ONG SHU s'est poursuivie.

### III. Résultats et impact fin 2011

- Au cours de l'année, 22 nouvelles mutuelles ont été créées. A la fin de l'année, 48 mutuelles couvraient 24 353 bénéficiaires (10 941 hommes and 13 412 femmes) soit une croissance de 118 % du nombre de mutuelles et de 70 % des effectifs totaux (14 221 bénéficiaires en 2010).
- Le renouvellement des adhésions des villages au produit maternité sans risque a été difficile en raison de la sélectivité des prises en charge aux femmes enceintes. Des produits à plus large couverture ont été proposés.
- La représentation des femmes au sein des instances dirigeantes des mutuelles était de 59 % au niveau du village, 44 % au niveau de la mutuelle et 8.9 % à celui de l'Union.

### IV. Programme 2012

#### Développement quantitatif

- revue des produits proposés par les mutuelles de Bushenyi ;
- poursuite des actions de marketing à fort impact : combinaison de nouvelles technologies (téléphone portable, clips vidéo) avec les témoignages, les tournées de troupes théâtrales et l'organisation de caravanes ;
- renforcement du programme d'éducation pour la santé et à la micro-assurance en utilisant les nouvelles technologie de la communication (téléphonie mobile).

#### Amélioration de l'autonomie technique, financière et organisationnelle

- poursuite de la transformation des mutuelles de crédit santé en mutuelles crédit et assurance santé dans les districts de Luwero, Nakasongola et Nagaseke ;
- consolidation du réseau de Bushenyi et transfert des fonctions de gestion des prestations ;
- harmonisation des systèmes d'information entre les programmes.

#### Partenariat avec les prestataires de soins et la tutelle sanitaire

- mise en place d'un système de rétro-information des prestataires ;
- suivi évaluation des contrats de tiers-payant entre les mutuelles et les prestataires.

**Partenaires  
financiers**

Evangelischer Entwicklungsdienst (EED) - Allemagne  
CORDAID – Pays Bas

**Secteur d'activités**

**Systèmes de Santé et Prévoyance Sociale (SSPS)**

**Pays/Localisation  
Intitulé**

**TANZANIE – Districts de Mbozi et de Kyela**

**Phase en cours**

Promotion d'un réseau de mutuelles de santé autogérées

Phase de consolidation - 2010/2012

**Partenaires  
institutionnels**

Ministère de la Santé Publique  
Moravian Church Mbozi Hospital  
Materma Lutheran Hospital

## I. Objectifs généraux du programme

- Organiser la demande en matière de soins afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacé du systéme de santé.
- Participer à la formulation de la politique nationale de financement de la santé.
- Mettre en place des modalités de coopération efficaces entre les partenaires publics et privés des districts de Mbozi et Kyela pour améliorer l'accès aux soins de santé.

## II. Réalisations 2011

### Extension du réseau

- création de 21 mutuelles villageoises, dans le district de Mbozi ;
- création de 66 sections de la mutuelle du district de Kyela ;
- adhésion des personnes vivant avec le VIH par l'intermédiaire d'une l'ONG locale.

### Viabilité technique, financière et sociale des mutuelles

- Mbozi : mise en place d'un produit unique sans co-paiement dans le cadre de la stratégie de partenariat public-privé via l'unification des SMHIS et du Community Health Fund (CHF) ; réassurance via le fonds de contrepartie du Gouvernement ; extension de la zone de couverture de l'ambulance aux membres CHF ;
- Kyela : démarrage de la collecte des cotisations et du mécanisme de cofinancement de la prime par Bioland et le District ; mise en place du mécanisme de réassurance SIDA.

### Institutionnalisation du réseau SMHIS et de l'Association CHIF

- Mbozi : signature d'un nouveau protocole d'accord entre le district, l'Hôpital Confessionnel de Mbozi et le réseau des mutuelles pour fusionner avec le CHF dans la zone d'attraction du MCMH et étendre progressivement à l'ensemble du district ;
- Kyela : mise en place de l'Association CHIF (Community Health Insurance Fund) et des sections villageoises et de wards ;
- discussion avec les autorités médicales de la région pour l'extension du modèle « CHIF » à d'autres districts de la région de Mbeya.

### Partenariat avec l'offre de soins

- Mbozi : ouverture de l'accès a l'hôpital de district pour l'ensemble des mutuelles et extension du réseau des dispensaires publics (14) ;
- Kyela : signature de conventions cadres avec un hôpital et deux centres de santé confessionnels et avec les autorités pour les formations sanitaires publiques ;

audits médicaux et contrôle du système de réassurance SIDA par le médecin conseil.

### III. Résultats et impact fin 2011

- Le réseau des mutuelles de Mbozi compte treize mutuelles et douze sections villageoises, deux sections de « groupes organisés professionnels » regroupant en tout 21 500 bénéficiaires. L'Association CHIF compte 65 sections villageoises et un groupe organisé avec un total de 17,538 bénéficiaires. Les taux de pénétration atteints sont respectivement de 14,2 %, 21,2 % et combinés : 16,7 %.
- Les mutuelles offrent un « paquet assurantiel » couvrant les frais médicaux à 100 %, mais aussi les dépenses de transport vers l'hôpital avec la mise à disposition d'une ambulance et de véhicules privés pour les assurés : 215 malades ont été évacués en urgence à Mbozi et 71 à Kyela. Les prises en charge sur l'exercice 2010-2011 ont été de 4,588 à Mbozi et 3,813 à Kyela pour les soins hospitaliers, accouchements, interventions chirurgicales et soins ambulatoires.

### IV. Programme 2012

Extension-consolidation du réseau, adaptation des garanties et nouveaux partenariats

- Le nombre de création de nouvelles sections devrait s'élever à trente dans le district de Mbozi mais dépend de l'évaluation de la phase pilote du protocole d'accord concernant l'unification du CHF et du réseau des mutuelles. Le projet étudiera la possibilité d'établir un PPP avec une entreprise de négoce de café à Mbozi.
- Création de 60 sections villageoises dans le district de Kyela.
- Consolidation de l'Association CHIF via la formation des leaders à Kyela.

Viabilité technique, financière et sociale des mutuelles

- deuxième phase de l'étude d'impact sur le projet CHIF du district de Kyela ;
- mise en place d'une ONG locale pour reprendre le Service Technique Commun au niveau régional actuellement géré par l'équipe CIDR.

Renforcement de l'appui technique pour une réplication du modèle CHIF

- mise en place de l'Association de District Mutuelles/CHF à Mbozi ;
- consolidation du fonds de réassurance SIDA et étude de l'extension sur Mbozi ;
- renouvellement des plans de communication et de marketing social ;
- élaboration de guides méthodologiques (mise en place et gouvernance d'un CHIF, manuel de procédures du système comptable, guide de gestion des risques, marketing des produits, ...) ;
- étude de l'extension de l'approche CHIF à la région en collaboration avec le National Health Insurance Fund (NHIF) et le Ministère de la Santé.

Partenariat avec l'offre de soins

- consolidation des partenariats avec les formations sanitaires publiques et privées de Mbozi et de Kyela via la tenue régulière de comités de suivi ;
- signature de contrat avec les pharmacies privées de Mbozi et de Kyela ;
- étude sur la consommation des mutualistes et sur la qualité des soins dans les services publics conventionnés avec les mutuelles.

#### Partenaires financiers

Evangelischer Entwicklungsdienst - Allemagne  
Agence Française de Développement / DPO  
United States Agency for International Development  
Elton John Foundation for HIV/AIDS

<b>Secteur d'activités</b>	<b>Systèmes de Santé et Prévoyance Sociale (SSPS)</b>
<b>Pays/Localisation</b> <b>Intitulé</b> <b>Phase en cours</b>	<b>TCHAD – Régions du Logone Oriental, Mayo Kebbi Est, Mayo Kebbi Ouest, du Mandoul et du Moyen Chari</b> Promotion d'un réseau de mutuelles de santé Phase d'implantation - 2010/2012
<b>Partenaires institutionnels</b>	Union Nationale des Associations Diocésaines de Secours et de Développement (UNAD) Bureaux d'Etude et de Liaison d'Actions Caritatives et de Développement (BELACD) de Doba, Pala et Sarh Ministère de la Santé Publique

## I. Objectifs généraux du programme

Les objectifs généraux du programme sont de contribuer (i) à l'amélioration de l'état de santé des populations de la zone concernée, (ii) à la construction de la société civile par la mise en place d'un mouvement mutualiste autonome et fort, et au renforcement du rôle et de la place de la femme dans la société tchadienne.

## II. Réalisations 2011

Début d'activité des premières mutuelles :

- trois mutuelles créées et deux systèmes existants appuyés ont débuté la prise en charge des soins des assurés à partir du second semestre ;
- 5 496 personnes sont couvertes par une adhésion familiale (848 adhérents) avec carte d'adhérent et photo de famille, et 5 352 par une inscription individuelle ;
- onze nouvelles mutuelles ont lancé leur campagne d'adhésion pour 2012 ;
- les comités régionaux de pilotage ont contribué à la définition des stratégies ;
- une réunion inter-mutuelles a permis de (i) réunir les mutuelles à raison de trois élus des cinq mutuelles appuyées dans la région du Mayo-Kebbi Ouest et de (ii) jeter les bases du futur réseau.

Contractualisation des mutuelles avec les services de santé :

- 80 % des mutuelles ont signé un contrat avec six prestataires conventionnés ;
- tous les contrats prévoient des engagements sur la qualité des soins et un système de tiers payant ;
- le responsable des prestataires, le comité de santé, les autorités sanitaires et les services techniques ont signé conjointement les contrats ;
- un comité de suivi de la contractualisation s'est réuni pour chaque contrat pour évoquer les difficultés et prendre des mesures correctives ;
- une mission du médecin conseil du réseau des mutuelles a été organisée.

Services techniques d'appui aux mutuelles (STAM) :

- les trois cellules d'appui aux mutuelles régionales et l'équipe centrale du centre de promotion et de gestion organisent les mutuelles, mobilisent les membres, et veillent à la bonne gestion ;
- des outils de gestion de risque et de suivi financier permettent de réaliser des analyses et rapports techniques.

### III. Résultats et impacts fin 2011

- Cinq systèmes de micro-assurance maladie sont en activité au 31 décembre, regroupant 10 848 assurés.
- Le taux de pénétration dans la population cible estimée à 13 %.
- Les mutuelles ont généré plus de 15 000 Euros de recettes auprès des prestataires (co-paiement direct des assurés inclus).
- Quatre mutuelles prennent en charge les soins primaires au centre de santé (dont les consultations prénatales et les accouchements) ainsi que les références à l'hôpital de district ou à l'hôpital régional et un système se limite aux soins primaires.
- 9 476 cas de maladies et d'accidents ont été pris en charge par les mutuelles.
- 684 responsables mutualistes dont 450 élus ont été mobilisés, formés et organisés au sein de 123 groupes ou villages (Union d'associations et établissements de microfinance féminins, Union de groupements de producteurs, Unions d'associations et associations, regroupements confessionnels – catholiques, protestants, et musulmans – et villages).
- Les femmes représentent 24 % des élus aux instances de gouvernance des mutuelles appuyées et 68 % dans une mutuelle composée de plusieurs unions d'associations féminines.
- Parmi les 848 adhésions familiales, 301 sont faites par des femmes agissant en qualité de chefs famille, soit 35 %.
- Il y a une implication progressive mais réelle du Ministère de la Santé Publique dans la mise en œuvre du programme : il a fait l'arrêté de création du comité national de pilotage et nommé un point focal du réseau des mutuelles de santé effectuant des missions de supervisions trimestrielles.

### Programmation 2012

- Augmentation du nombre de personnes couvertes, passant de 10 848 à 30 000. La prévision initiale de 50 204 est à revoir à la baisse car le potentiel estimé du réseau avec les seize mutuelles appuyées est de 50 204 compte-tenu du retard pris dans la mobilisation des cotisations des inscrits.
- Expériences pilotes avec les établissements de microfinance présents dans les zones d'intervention.
- Diversification de l'offre des mutuelles avec des produits à adhésion collective (assurance scolaire et maternité sans risque).
- Poursuite de l'extension à de nouveaux sites.
- Consolidation des services techniques d'appui aux mutuelles par des réunions de comités de coordination trimestrielles, par des formations en marketing, gestion de risque, en gestion administrative et financière et gouvernance, et par la production de guides, manuels de procédures et outils harmonisés.
- Capitalisation régulière, avec production de rapports d'analyse du risque, des stratégies de mise en œuvre et outils et méthodologies.
- Renforcement du suivi de la contractualisation en complétant les réunions de comité de suivi trimestrielles par des interventions régulières du médecin conseil et du point focal du réseau des mutuelles et par la mise en place de tableaux de bords spécifiques au sein des délégations sanitaires régionales.

**Partenaires  
financiers**

Agence Française de Développement / DPO  
Direction du Développement et de la Coopération Suisse