Extrait du CIDR
http://cidr.org/L-Union-des-Mutuelles-de-Sante-de.html

L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière - Guinée - Etude de cas n° 17 - Groupe de travail du CGAP sur la microassurance

- Activités - Travaux d'études et de recherche -

Date de mise en ligne : vendredi 28 juillet 2006

Description :

L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestières (UMSGF) est une association de mutuelles de santé mise en place dans le cadre d'un programme initié en 1999 par le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) en République de Guinée.

Copyright © CIDR - Tous droits réservés

Auteurs : Bruno Gautier, Allan Boutbien, Bruno Galland

Titre : L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestière - Etude de cas n° 17 - Groupe de travail du CGAP sur la microassurance

Sujet : Ce document a été présenté dans le cadre de l'année internationale du microcrédit lors d'une conférence sur la microassurance organisée par le CGAP (Consultative Group to Assist the Poor) en partenariat avec la Fondation Munich Re en octobre 2005. Le thème de la conférence était « Rendre l'assurance accessible aux pauvres - Pratiques et leçons apprises. Il décrit l'expérience du CIDR en matière d'appui à la promotion d'un réseau régional de mutuelles de santé en Guinée Forestière.

Date de publication : Octobre 2005.

Financement : CGAP/BIT

L'Union des Mutuelles de Santé de Guinée Forestières (UMSGF) est une association de mutuelles de santé mise en place dans le cadre d'un programme initié en 1999 par le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) en République de Guinée. L'industrie de l'assurance en général est peu développée en Guinée et la microassurance maladie est un concept nouveau, ignoré tant du public-cible que des prestataires de soins.

La Guinée Forestière est une région à forte potentialité agricole. Elle est peuplée d'ethnies différentes, regroupées dans des villages relativement isolés des principaux pôles urbains. L'opportunité de promouvoir la microassurance maladie a été établie à l'issue d'études préalables qui ont révélé les difficultés financières importantes de la population-cible pour accéder aux services de santé, malgré les tarifs relativement modérés, pratiqués par les services publics. Ces exclusions des soins pour motifs financiers étaient liées à la forte concentration des revenus sur quelques mois de l'année et à l'existence de périodes de soudure monétaire prolongées.

En Guinée, le CIDR a choisi d'organiser la gestion et la gouvernance de la microassurance, selon les principes de la mutualité, compte tenu du contexte marqué par des dynamiques sociales fortes (cohésion villageoise et organisations d'entraides multiples) et par l'absence d'organisations sociales ou professionnelles formelles pouvant organiser la gestion ou la distribution des produits.

Le programme en cours s'est déroulé en trois phases : Une phase pilote de tests de produits de microassurance et des modalités d'organisation des mutuelles (1999-2002), une phase de consolidation avec la création d'un réseau régional de mutuelles (2002-2005) et une phase d'institutionnalisation organisant le retrait progressif de l'appui apporté par le CIDR (2005-2007).

Le crédit santé géré par des groupements d'entraide, et l'assurance maladie avec remboursement des membres ont été testés au cours de la phase pilote. Ils ont rapidement été abandonnés au profit de produits d'assurance plus attractifs proposant le tiers payant dans les services de santé publics.

Depuis sa création, le réseau mutualiste a connu une croissance interne et externe régulière. En 2005, l'UMSGF comptait 21 mutuelles rurales et 7 mutuelles urbaines, regroupant 2 656 familles pour un total de 14 071 ayants droit,

Copyright © CIDR

soit près de 100 familles par mutuelle, l'équivalent d'environ 10% du public-cible dans ces zones.

Pour répondre à la demande et aux capacités de financement du public-cible, les mutuelles ont dû concevoir des produits à faible coût (1,3 Euros par personne et par an en 2005), couvrant les hospitalisations médicales et interventions chirurgicales dans les services de santé publics. Les produits ont progressivement été adaptés à la diversification de l'offre de soins, avec la montée de prestataires privés sociaux. L'offre de prestation a également connu des modifications à la demande des mutualistes, avec l'inclusion de la prise en charge des soins ambulatoires.

En cinq ans, la stratégie de gestion de la microassurance maladie adoptée a permis aux mutuelles de santé de constituer des capitaux propres suffisants (19 500 Euros sur cinq ans pour un volume annuel de cotisations collectées de 12 000 Euros pour l'exercice 2004/05) pour se lancer dans la diversification des produits. Elles bénéficient d'un système de garantie qui donne accès à un fonds d'intervention en cas de diminution des réserves en dessous d'un seuil de sécurité.

Le projet a mis en place une Unité Technique Spécialisée pour organiser les fonctions de suivi et de gestion du risque qui dépassent les compétences des mutuelles primaires. Très prochainement, les cadres de l'équipe technique (gestionnaire du risque et médecin) seront employés par l'UMSGF. La couverture des charges des structures du réseau est l'enjeu majeur de l'UMSGF dans les prochaines années. Pour bénéficier des services de l'Unité Technique et prendre en charge les coûts de l'Union, les mutuelles devront consacrer 17,5 % du montant des cotisations collectées.

La montée en puissance des mutuelles avec l'augmentation de leurs effectifs est le défi que les mutuelles et l'UMSGF doivent relever pour atteindre leur autonomie financière. Le seuil de viabilité a été établi à plus ou moins 60 000 bénéficiaires assurés. Cet objectif pourra être atteint avec le maintien d'une qualité des prestations offertes par les formations sanitaires conventionnées et le maintien du pouvoir d'achat du public-cible. En l'absence de législation spécifique régissant ce type de mutuelles de santé, celles-ci ont adopté un statut associatif à titre provisoire. L'UMSGF participe à la réflexion en cours au niveau national pour élaborer un projet de Loi adapté à la spécificité de ses activités en Guinée.

Leçons : Aspects techniques

Formulation du produit.

Bien que les principes mutualistes attribuent aux membres le choix des prestations, le pouvoir d'induction initiale de l'opérateur est fort. Il doit disposer d'une bonne connaissance du pouvoir d'achat et des attentes du public-cible pour concevoir des produits attractifs et accessibles à une part significative de la population.

Le positionnement initial du prix de vente du produit au-dessus de son prix de revient réel s'est avéré une stratégie appropriée au contexte d'implantation des mutuelles. Il leur a permis de constituer des capitaux propres sans que les membres n'aient à subir des périodes probatoires prolongées. A terme, la conception de produits multiples est un moyen probablement nécessaire pour que les mutuelles puissent faire le plein de leurs adhérents.

Stratégie de marketing et de communication.

Copyright © CIDR

Des activités spécifiques de sensibilisation, de communication et d'information doivent être menées dans la durée avec le recours à des agents spécialisés. La capacité et la disponibilité des élus mutualistes à prendre en charge seuls ces activités ne doivent pas être surestimées. Il s'agit d'un investissement initial que les mutuelles ne sont pas en mesure de financer sur leurs ressources propres.

L'adhésion des membres par l'intermédiaire de groupements mutualistes est apparue utile car elle facilite la collecte de leurs cotisations, améliore la circulation de l'information et lorsque nécessaire, est un moyen d'organiser la représentation des membres au sein des organes de gouvernance.

Gestion et contrôle du risque maladie.

Le comportement des prestataires de soins a une incidence majeure sur la viabilité des produits d'assurance maladie. Des mesures de suivi et de contrôle spécifiques sont à mettre en place. Le recours à un médecin conseil et à des agents d'accueil des mutualistes au sein des formations sanitaires sont deux mesures utiles pour prévenir les litiges ou les conflits possibles entre les mutualistes et les personnels soignants d'une part et entre les mutuelles et les services de santé d'autre part.

Leçons tirées des clients.

Le programme a choisi comme public-cible, de faire bénéficier de services de microassurance maladie des populations non organisées, à revenus modestes et dont le niveau d'éducation moyen est faible (en milieu rural principalement). Le niveau de contribution constaté rend improbable l'atteinte de l'autonomie financière complète du réseau avec ce seul public-cible. La fourniture de services de l'Unité Technique à d'autres entités mutualistes est à considérer de préférence à la diversification des publics-cibles au sein de l'UMSGF qui pourrait l'exposer au risque de détournement de sa mission initiale.

Leçons : Aspects institutionnels

L'atteinte du niveau d'autonomie de gestion maximum des mutuelles doit être une préoccupation constante de l'opérateur d'appui. Il doit veiller à ne pas imputer aux élus mutualistes des charges de gestion courante de la micro assurance qu'ils ne pourraient pas assumer dans la durée. Le recours à des gestionnaires, indemnisés à hauteur de 5 % des cotisations collectées, apparaît comme une option efficiente pour les maintenir dans leurs fonctions. La capacité limitée des mutuelles à gérer la micro assurance maladie de façon professionnelle doit être prise en compte.

Ainsi, il a semblé opportun pour leur pérennité de structurer les mutuelles au sein d'un réseau régional. En phase de structuration, la répartition des responsabilités, des fonctions et des tâches entre les mutuelles primaires et le niveau central doit être défini de façon précise en concertation avec les élus, en veillant à donner le maximum d'autonomie aux élus et aux gestionnaires dans la gouvernance et la gestion de leurs mutuelles.

Copyright © CIDR