

**Contribution des
mutuelles de santé
au financement, à la
fourniture et à
l'accès aux soins de
santé en Afrique de
l'Ouest et du Centre:
résumé de la
synthèse et des
études de cas**

Mai 1998

Préparé par:

Chris Bukari Atim, Ph.D.
Consultant, Abt Associates Inc.

Francois Pathe Diop, Ph.D.
Consultant, Abt Associates Inc.

Jean Ette, Ph.D.
Consultant, Abt Associates Inc.

Dominique Evrard
Alliance Nationale de Mutualités
Chrétiennes de Belgique

Philippe Marcadent
Stratégies et Techniques de lutte contre
l'Exclusion sociale et la Pauvreté,
BIT/STEP

Nathalie Massiot
Appui associatif et coopératif aux
initiatives de développement à la base,
BIT/ACOPAM



Partnerships
for Health
Reform

 Abt Associates Inc. # 4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 # Tel: 301/913-0500 # Fax: 301/652-3916

In collaboration with:

Development Associates, Inc. # Harvard School of Public Health #
Howard University International Affairs Center # University Research Corporation



Partnerships
for Health
Reform

PHR

Mission

The Partnerships for Health Reform Project (PHR) seeks to improve people's health in low- and middle-income countries by supporting health sector reforms that ensure equitable access to efficient, sustainable, quality health care services. In partnership with local stakeholders, PHR promotes an integrated approach to health reform and builds capacity in the following key areas:

- ▲ *policy formulation and implementation*
- ▲ *health economics and financing*
- ▲ *organization and management of health systems*

PHR advances knowledge and methodologies to develop, implement, and monitor health reforms and their impact, and informs and guides the exchange of knowledge on critical health reform issues.

May 1998

Recommended Citation

Atim, Chris Bukari, Francois Pathe Diop, Jean Ette, Dominique Evrard, Philippe Marcadent, and Nathalie Massiot. May 1998. *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre: résumé de la synthèse et des études de cas*. Technical Report No. 19. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

For additional copies of this report, contact the PHR Resource Center at PHR-InfoCenter@abtassoc.com or visit our website at www.phrproject.com.

Contract No.: HRN-5974-C-00-5024-00
Project No.: 936-5974.13

Submitted to: USAID/REDSO/WCA

and: Robert Emrey, COTR
Health Policy and Sector Reform Division
Office of Health and Nutrition
Center for Population, Health and Nutrition
Bureau for Global Programs, Field Support and Research
United States Agency for International Development

Avant-propos

Le présent document est le résultat d'une recherche sur les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre et qui a été réalisée de juin 1997 à mai 1998. Cette étude a été conduite sous la direction conjointe de l'USAID-PHR, du BIT (programmes ACOPAM et STEP), de WSM et de l'ANMC avec la participation de la Coopération française, de l'UNICEF, de l'ORSTOM et de la GTZ.

La recherche avait pour objet d'évaluer la contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé à l'amélioration du financement, de la fourniture et de l'accès aux soins de santé. Elle devait déboucher également sur des recommandations destinées aux mutuelles, aux prestataires de soins de santé, aux gouvernements et aux bailleurs de fonds. Les activités suivantes ont été réalisées : un document de synthèse, un inventaire de 50 mutuelles de santé dans six pays et 22 études de cas au total situés en Côte d'Ivoire, au Sénégal, au Mali, au Nigéria, au Ghana et au Bénin.

Ce document présente un résumé de la synthèse et des études de cas. Il comprend également, en annexes, un tableau récapitulatif des principales caractéristiques des mutuelles ayant fait l'objet des études de cas et une liste de l'ensemble des MHO inventoriés. Le document donne un aperçu rapide des enseignements dégagés par la recherche. Il sera suivi de la publication d'un ensemble de trois volumes : le volume I comprendra la version intégrale du document de synthèse, ainsi que la méthodologie qui a servi à la réalisation des études de cas ; le volume II portera sur l'inventaire des mutuelles et le volume III présentera les études de cas dans leur intégralité.

Table des matières

Acronymes	iv
Résumé de la synthèse	vi
1. Benin	1
2. Côte d'Ivoire	5
3. Ghana	11
4. Mali	13
5. Nigeria	15
6. Sénégal	17
Critères de viabilité	18
Perspectives	19
Annexe A: Liste des MHO étudiés par pays (inventaire et étude de cas)	25
Annexe B: Summary of Basic Facts/Main Features of the Case Study MHOs	27

Acronymes

ACOPAM	Appui associatif et coopératif aux initiatives de développement à la base (programme du BIT)
ANMC	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique
AOC	Afrique de l'Ouest et du Centre
ASACO	Associations de santé communautaires (Mali)
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (USAID)
BIT	Bureau international du Travail
CARD	Cercle de Amis de la Rue Dimbokro (Côte d'Ivoire)
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CPH	Community Partners for Health (BASICS-Nigeria)
CSCOM	Centres de santé communautaires (Mali)
ESA	East and Southern Africa
FAC	Agence de la Coopération Française
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FFS	Fee for Service Payment Method
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) (programme allemand d'assistance au développement international)
ILO	International Labor Office
IPM	Institution de Prévoyance Maladie (Sénégal)
MC36	Amicale des Mamans du Canal (Côte d'Ivoire)
MHO	Mutual Health Organization
MUTEC	Mutuelle des Travailleurs de l'Education Nationale et de la Culture (Mali)
NGO	Non government Organization
ORSTOM	Office de Recherche Scientifique et Technique d'Outre Mer
PHC	Primary Health Care
PHR	Partnerships for Health Reform Project
REDSO	Regional Economic Development Support Office (USAID)
STEP	Stratégies et Techniques de lutte contre l'Exclusion et la Pauvreté (programme du BIT)
TVA	Taxe à la Valeur Ajoutée

UNICEF

United Nations Children's Fund

USAID

United States Agency for International Development

WSM

Solidarité Mondiale

Résumé de la synthèse

Les mutuelles sont des organisations communautaires ou professionnelles qui ont pris un certain essor ces dernières années en Afrique de l'Ouest et du Centre. Cet essor a suscité un intérêt de la part des populations, des gouvernements, des ONG et des organisations internationales, notamment de celles intéressées par des réponses novatrices à l'épineuse question du financement des soins de santé.

C'est cet intérêt qui a poussé un groupe d'organisations internationales à unir leurs forces au début de l'année 1997 et à travailler ensemble de mi-97 à mi-98 afin d'analyser la contribution effective et potentielle des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. Les membres du groupe souhaitaient que cette analyse serve de base à la définition des priorités et des formes d'assistance à développer dans le cadre de leurs futures stratégies. L'analyse devait également déboucher sur des recommandations à l'intention d'autres structures, notamment des mutuelles elles-mêmes.

Le groupe consultatif a travaillé sous l'égide de l'USAID-PHR, du BIT (à travers ses programmes ACOPAM et STEP), de WSM et de l'ANMC et avec la participation de la Coopération française, de l'UNICEF, de l'ORSTOM et de la GTZ.

L'étude couvrait neuf pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et a permis de compiler des données provenant d'un inventaire de 50 mutuelles dans 6 pays et de 22 études de cas plus approfondies réalisées dans 6 pays. Le groupe a utilisé un guide méthodologique mis au point par un membre de l'équipe pour la sélection et l'analyse des mutuelles faisant l'objet des études de cas. Nul doute que l'étude peut être caractérisée comme un exemple réussi de collaboration efficace entre des organisations internationales qui ont su partager personnel et information et co-financer des activités d'intérêt commun.

L'étude a permis de faire des progrès notables en ce qui concerne la documentation et la connaissance des activités des mutuelles en Afrique de l'Ouest et du Centre. Les études précédentes faites à ce propos étaient de portée plus limitées, plus spécifiques à tel ou tel pays et ne comportaient pas ce degré d'intégration et de comparaison des expériences, surtout l'inclusion de l'expérience anglophone du Nigéria et du Ghana. L'étude examine systématiquement les contributions effectives et potentielles des mutuelles de l'Afrique de l'Ouest et du Centre sur le plan de la mobilisation des ressources, de l'efficacité, de l'équité, de l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins de santé, de la pérennisation et de la gouvernance démocratique du secteur de la santé.

L'étude comporte également certaines limites. Par exemple, la taille et la diversité du groupe consultatif, bien qu'il s'agisse de toute évidence d'une force, ont également entraîné une certaine divergence dans l'interprétation des définitions de la part des chercheurs sur le terrain, ce qui a affecté le nombre et la sélection des mutuelles des études de cas. De plus, la sélection des mutuelles, objet des études de cas, se fondait sur un certain niveau de disponibilité de l'information. Le document fait mention d'un certain nombre de domaines qui pourraient bénéficier d'un examen complémentaire et d'un suivi dans le temps.

Le principal but ici est de présenter des informations qui pourraient s'avérer utiles aux principaux intervenants dans le développement des mutuelles, à savoir les membres et les dirigeants de ces organisations elles-mêmes, les prestataires de soins de santé, les décideurs et surtout les

gouvernements en Afrique de l'Ouest et du Centre, les partenaires au développement (organismes de coopération externe et institutions de soutien technique), d'autres promoteurs des mutuelles tels que les syndicats, les groupements mutualistes et les associations qui ne font pas partie du secteur de la santé, etc. Chacun de ces intervenants trouvera des informations concrètes dans le rapport pouvant lui être utile dans le cadre du travail qu'il effectue avec les mutuelles ou pour celles-ci.

Sur la base des résultats de cette étude, il est possible de parler avec certitude de l'émergence de mutuelles et d'une forte dynamique en Afrique de l'Ouest et, avec plus de réserve – puisque un seul pays de cette région a été étudié – en Afrique centrale. Ces mutuelles sont généralement de taille petite ou moyenne par le nombre de leurs membres. La plupart d'entre elles sont très récentes puisque les deux-tiers des 50 mutuelles inventoriées avaient moins de trois ans d'existence.

Actuellement, les activités des mutuelles ne touchent qu'une petite proportion de la population des pays concernés. Toutefois, la présente étude montre qu'elles ont un vaste potentiel, qu'elles peuvent englober un plus grand nombre de personnes et apporter une contribution plus importante au fonctionnement du secteur de la santé au niveau des communautés et des pays. Même à l'heure actuelle, elles jouent un rôle important car elles élargissent l'accès aux soins de santé et étendent la protection sociale aux segments défavorisés de la population en ciblant essentiellement les personnes du secteur informel et du milieu rural. Elles apportent une contribution positive en matière d'équité dans l'accès aux soins dans les régions où elles interviennent.

Il existe un autre domaine encore où les mutuelles ont une contribution nouvelle, et dans ce cas originale, celui de la gouvernance démocratique du secteur de la santé. Les mutuelles peuvent réclamer la légitimité populaire lorsqu'elles représentent leurs communautés ou membres devant les autorités sanitaires dans le but d'articuler les vues des consommateurs face aux prestataires de soins de santé. Cela leur donne du poids pour influencer les priorités, les décisions d'octroi de ressources et la réponse des autorités sanitaires aux demandes du public concernant des aspects tels que le temps d'attente, le comportement du personnel, la qualité des services, etc. Il s'agit véritablement d'une nouvelle contribution qui reflète le rôle et les origines des mutuelles comme organisations issues d'une société civile plus forte et plus confiante qui se développe en Afrique depuis les années 90.

Si la contribution des mutuelles à la mobilisation de ressources est limitée pour le moment, l'étude montre par contre que leur potentiel est vaste dans ce domaine. La contribution aujourd'hui est réduite par des facteurs tels qu'une faible pénétration des groupes cibles, de faibles taux de recouvrement, un marketing inadéquat et le manque de synchronisation entre les dates de paiements des cotisations et les périodes où les revenus sont disponibles.

L'étude constate que les mutuelles peuvent améliorer grandement leur efficacité grâce à certaines modalités d'organisation interne et de fonctionnement dont certaines sont déjà adoptées par des mutuelles de la région. Il s'agit notamment des modalités suivantes : période d'attente pour les nouveaux membres, contrôle social pour éviter les abus, co-paiement ou plafonds sur les sommes à couvrir et un certain niveau d'affiliations "automatiques" que ce soit au niveau de la famille, de l'association ou du groupe cible. Cette dernière caractéristique évite d'avoir une sur-représentation de membres présentant des hauts risques de maladie.

En ce qui concerne les améliorations de la qualité des soins, l'étude montre que la plupart des mutuelles ne sont pas bien "outillées" pour réaliser le potentiel dont elles disposent dans ce domaine. Ceci est dû, d'une part, au fait qu'elles sont relativement récentes et n'ont que peu d'expérience et, d'autre part, au manque de compétences en gestion et de connaissances sur les différentes options

possibles. Il faut noter également un faible niveau de pouvoir de négociation face aux prestataires de soins.

Vu le jeune âge de la plupart de ces mutuelles, il n'est pas possible de faire une évaluation de leur viabilité et pérennisation sur la base de l'expérience actuelle. Mais si on examine leurs caractéristiques institutionnelles, leurs capacités administratives et de gestion et les données disponibles sur leur performance financière, notamment les taux de recouvrement des contributions, on peut dire qu'il existe un fort potentiel pour renforcer leurs viabilité.

Ce sont ces derniers éléments qui sont au coeur des recommandations : comment enrichir l'expérience de ces organisations en renforçant les capacités existantes, en leur permettant d'en acquérir de nouvelles et en aidant à créer un climat favorable à la réalisation de leur potentiel. La synthèse contient de nombreuses recommandations pour les mutuelles elles-mêmes et pour les principales parties concernées par la promotion, le développement et le soutien de ces organisations. Les principales recommandations concernent le renforcement des capacités institutionnelles, administratives et de gestion des mutuelles.

Les grands catalyseurs et agents du changement devront être les mutuelles elles-mêmes. Ce sont leur motivation, leurs souhaits d'améliorer leurs organisations et leurs capacités à absorber de nouvelles connaissances et compétences qui conditionneront la réussite du soutien que les partenaires du développement peuvent être en mesure de leur apporter.

Aucune étude ne saurait traiter de manière exhaustive de tous les aspects d'un phénomène aussi complexe et divers que les mutuelles et la présente étude ne prétend pas le faire. L'étude ne se penche pas sur l'aspiration ou la dimension du mouvement social constitué par les mutuelles qui est, du moins potentiellement, l'une des contributions les plus importantes qu'elles peuvent apporter à la vie sociale et civique. Les mutuelles servent non seulement à accéder aux soins de santé mais souvent, elles permettent d'améliorer les rapports humains par exemple sur le plan de la solidarité et du soutien affectif aux patients et aux membres de la famille.

Il est possible d'imaginer, à partir des exemples de sociétés d'aide médicale au Zimbabwe et en Afrique du Sud (qui font l'objet d'une étude séparée), comment les mutuelles pourraient croître à l'avenir pour devenir de vastes organisations et, même par la suite, comment elles pourraient participer à des plans d'assurance-maladie et assurance-sociale voire à la coordination de ces derniers. Ces aspects, pour intéressants qu'ils soient, ne sont pas systématiquement étudiés ou traités ici. Ils pourraient être des domaines intéressants pour élargir la portée du travail dont le présent rapport fait la synthèse.

01. Benin

Les études de cas des mutuelles de santé, dont les résultats sont présentés dans ce rapport, sont une composante de la recherche sur les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. Cette recherche sur les mutuelles de santé entre dans le cadre du plan d'activités régionales du Bureau Régional de l'USAID d'Abidjan (REDSO\Ouest) dans le domaine du financement et de la gestion des services de santé. L'appui aux mutuelles de santé a été identifié comme domaine prioritaire d'intervention par les représentants des ministères de la santé des pays de la sous-région ayant participé à des rencontres régionales successives sur le financement et la gestion des services de santé durant les trois dernières années. Bien que les mutuelles de santé soient en phase d'émergence, la promotion de la mutualité est inscrite dans l'agenda des politiques de financement de la santé et du renforcement des partenariats entre les secteurs public, privé-social et communautaire dans beaucoup de pays de la sous-région.

En septembre 1997, on dénombrait 9 mutuelles de santé en exercice au Bénin, 2 mutuelles constituées mais en proie à des difficultés de fonctionnement, et quelques expériences de mécanismes alternatifs de financement de la santé que les promoteurs utilisent comme stratégie vers la mutualisation du risque maladie. Ces expériences sont en train de se développer dans des contextes assez divers du pays: les zones rurales cotonnières du sud Borgou, la zone de transition du Zou central, les zones péri-urbaines de Porto-Novo et de Cotonou.

Le présent rapport couvre la réalisation des études de cas auprès de quatre (4) de ces mutuelles de santé. Les études de cas ont été réalisées durant le mois d'Octobre 1997. Sur la base du guide méthodologique développé pour appuyer les études de cas dans six pays d'Afrique de l'Ouest, des informations ont été collectées auprès des deux Unions Communales des Groupements Mutualistes de Sirarou et de Sanson dans les zones rurales du sud Borgou au Nord du Bénin, la mutuelle Ilera de Porto-Novo au sud-est du Bénin et la mutuelle Alafia de Gbaffo dans les zones rurales du Zou, dans le département central du Bénin. Les informations ont été collectées auprès des membres des bureaux des mutuelles, des institutions de prestation de soins et des organismes d'appui. Des informations additionnelles ont été compilées sur l'économie, la population et la situation sanitaire du pays pour situer les mutuelles dans leur contexte général.

Les expériences des mutuelles de santé au Bénin sont encore trop récentes et la population couverte trop faible pour que leurs effets sur le système de santé puissent être discernés sans ambiguïté. Les expériences locales suggèrent, cependant, que les mutuelles pourraient contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité, l'accessibilité financière et l'équité et la gouvernance dans le système de santé.

Parmi les problèmes majeurs au niveau du recours aux soins, le retard que prennent les malades pour se rendre aux structures de soins contribuent à l'inefficacité des soins: les malades ne visitent les structures de soins que lorsqu'ils sont dans un état extrêmement grave. Un changement de comportement noté par les prestataires de soins, est que les mutualistes recourent plus tôt à leurs services que les non-mutualistes, comportement qui pourrait contribuer à l'amélioration de l'efficacité des soins. Le recours systématique aux établissements de soins pour les accouchements parmi les femmes mutualistes semblent être favorisé par la mise en place des mutuelles. Cependant, notent les prestataires, la part des mutualistes dans la clientèle des

structures de soins est toujours faible pour avoir une incidence significative sur la disponibilité des ressources financières des structures et le financement d'améliorations de la qualité des services. En d'autres termes, les mutuelles pourraient contribuer à l'amélioration de l'efficacité dans la consommation des services de santé parmi les populations qui sont couvertes; cependant, la faiblesse de la taille des populations couvertes ne permet pas encore de générer des ressources pouvant avoir une contribution significative dans l'amélioration de la qualité des services des organisations de prestations de soins.

Les potentialités des mutuelles à contribuer à l'accessibilité financière et à l'équité dans le système de santé dépendront de la part de la population qui sera couverte et des niveaux et mécanismes de contribution mis en place par les mutuelles. Les mécanismes de contribution des membres des mutuelles du sud Borgou sont adaptés aux niveaux et à la périodicité des revenus monétaires des populations cibles. Ils confèrent aux mutuelles un potentiel à contribuer à l'accessibilité financière des soins en milieu cadre rural.

Les mutuelles ne couvrent que des prestations d'un prix élevé. Par ailleurs, les caisses de solidarité financées par les mutuelles pour la prise en charge de prestations destinées aux indigents des villages, pourraient contribuer à l'amélioration de l'équité au niveau local.

Malgré la jeunesse des mutuelles, certains comportements de leurs leaders suggèrent qu'elles pourraient contribuer à l'amélioration de la gouvernance du système de santé au niveau local. Les mutuelles ont commencé à adresser des plaintes aux autorités sanitaires concernant les paiements parallèles et le traitement des malades par le personnel soignant. Par ailleurs, une des mutuelles du sud Borgou, la mutuelle de Sirarou, a tenu à rencontrer la direction de la structure de référence pour l'amélioration de la qualité des services de la maternité aux bénéficiaires des mutualistes. Ainsi, les mutuelles pourraient jouer un rôle de représentation des utilisateurs des services de santé, une fonction qui pourrait servir à la discussion des problèmes de qualité de ces services. Cette fonction n'est pas remplie pour l'instant au niveau des systèmes de santé locaux et nationaux de la sous-région.

Le contraste des expériences des mutuelles du sud Borgou, qui jouissent d'un appui technique du Centre International de Développement et de Recherche (CIDR), et des difficultés des mutuelles de Gbaffo et de Porto-Novo dont la mise en place n'a pas été soutenue techniquement, suggère que ces potentialités ne pourraient être réalisées sans un appui conséquent. Bien que les valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle soient toujours vivaces parmi de larges secteurs de la population du Bénin, les expériences de Gbaffo et de Porto-Novo montrent que les initiatives pour bâtir des mutuelles viables sur ces valeurs doivent être appuyées par des capacités nationales renforcées en matière de mutualisation du risque maladie. Aussi pour faciliter le passage de la phase actuelle d'émergence des mutuelles à une phase de stratégie volontaire de mutualisation du risque maladie, il est recommandé de:

1. Elaborer un cadre politique qui refonde le système de santé sur des valeurs et des principes plus proches des populations, supporte la diversité et l'adaptabilité aux spécificités locales, renforce le pouvoir des populations en matière de prise en charge de leur propre santé, et insère la mutualisation du risque maladie dans le cadre général des stratégies de lutte contre la pauvreté.

2. Evaluer l'appui apporté par le CIDR dans le Sud Borgou et les stratégies alternatives d'appui de l'Institut de Participation du Bénin dans la perspective d'en tirer des leçons vers

l'élaboration d'une approche flexible d'appui technique à la mise en place des mutuelles de santé dans le pays.

3. Développer des projets pilotes de mise en place des mutuelles de santé dans plusieurs régions pour élargir la base d'expériences des mutuelles et soutenir le processus d'élaboration de la stratégie de mutualisation du risque maladie dans le pays.

4. Mettre en place un cadre légal flexible permettant de donner une personnalité morale et de garantir l'autonomie des mutuelles de santé.

5. Renforcer la coordination et la synergie des interventions des organismes d'appui au développement des mutuelles de santé dans le pays.

2. Côte d'Ivoire

Depuis le début des années 90, la réforme du système de santé est une préoccupation centrale des responsables du secteur. Pour faire face à l'ensemble des contraintes qui pèsent sur les finances publiques, le Gouvernement élabore une politique dite Politique de Développement des Ressources Humaines (PDRH-Mai 1991), dont l'objectif fondamental est *l'amélioration du niveau de vie et de bien-être de la population par une meilleure adéquation quantitative et qualitative entre l'offre et la demande en matière de santé, d'éducation et d'emploi*. Au nombre des objectifs opérationnels figure la *mobilisation de nouvelles ressources dans une perspective d'équité* qui va se traduire, en particulier, par l'introduction du recouvrement des coûts auprès des bénéficiaires. Toutefois, les pouvoirs publics sont conscients qu'une telle orientation nécessite, en contrepartie, l'instauration de mécanismes régulateurs pour protéger les groupes vulnérables. Pour conduire à plus d'équité et à une meilleure couverture des besoins des populations, le système de recouvrement des coûts doit être "renforcé, dans le domaine de la santé, par des mesures d'incitation en faveur de la mutualisation des risques adaptées aux réalités ivoiriennes."

Les orientations définies par la Déclaration de Politique de Développement des Ressources Humaines seront progressivement opérationnalisées au cours des années qui suivront. Une Commission Nationale de la Sécurité Sociale (C.N.S.S.) est créée par décret 94-301 du 01 Juin 1994. Les conclusions des travaux de la Commission sont présentées le 23 Mars 1995 dans un document intitulé "Politique et stratégies d'une nouvelle branche d'assurance-maladie en Côte d'Ivoire." Le choix est arrêté en faveur d'une *assurance-maladie autofinancée* visant une prise en charge socialisée de la couverture médicale par la mutualisation des risques à couvrir. La voie de la mutuelle de santé reçoit une ultime consécration dans le document de politique du Ministère de la Santé (Programme National de Développement Sanitaire 1996-2005) qui propose une stratégie faisant de l'État le promoteur d'un système dans lequel la responsabilité des bénéficiaires sera pleinement engagée à partir d'une organisation de type mutualiste à assise locale, puis fédérative de proche en proche.

La contribution des Mutuelles au financement, prestations et accès aux soins en milieu rural est évaluée à partir d'une étude portant sur quatre communes situées à l'extrême Nord de la Côte d'Ivoire, dans la zone frontalière avec le Mali, les communes de Kolia, Kouto, M'Bengué et Niellé. En Côte d'Ivoire, la population active paysanne s'est essentiellement organisée sur le modèle des coopératives. Le mouvement coopératif s'est développé à travers un large réseau de Groupements à Vocation Coopérative (GVC) au sein des filières café, cacao et coton. Les GVC assurent pour le compte de leurs membres, d'une part, la collecte et la commercialisation des produits et, d'autre part, la distribution d'intrants agricoles.

Les coopératives sont donc un acteur fondamental du monde rural. La majorité des organisations paysannes est constituée par 3 324 GVC implantés dans les filières café-cacao, en zone forestière, et dans les filières coton, riz et soja, en zone des savanes. Ces GVC représentent 95% du mouvement coopératif qui associe près de 400 000 membres, soit environ 40% de la population agricole. Ils assurent la collecte et la commercialisation primaire de 25% du café-cacao et 99% du coton, la commercialisation du riz et du soja dans le Nord-Ouest.

Situées au cœur de la zone cotonnière, Kolia, Kouto, M'Bengué et Niellé se caractérisent par l'importance du coton dans la vie économique locale. Cette culture de rente fournit : (i) 61% du revenu moyen de l'agriculteur à Niellé, (ii) 58,5% du revenu moyen de l'agriculteur à M'Bengué, (iii) 48,5% du revenu moyen de l'agriculteur à Kolia, et (iv) 44,5% du revenu moyen de l'agriculteur à Kouto. Cet espace économique est généralement décrit comme une zone pauvre, avec des revenus mensuels moyens de 58 053 F CFA à Niellé, 43 446 F CFA à Kolia, 33 160 F CFA à M'Bengué, et 25 513 F CFA à Kouto.

L'existence d'un tissu de coopératives et de groupements divers est un facteur favorable à la construction de systèmes de solidarité en santé. Il permet de penser, a priori, que l'on se trouve en présence de communautés ayant pris des initiatives de financement des soins de santé ou, tout au moins, acquises à l'idée de mettre en commun les ressources nécessaires à la prise en charge du coût des prestations sanitaires. En réalité, bien que les populations ressentent la nécessité d'une couverture médicale adaptée à leur mode de vie et à leurs revenus, aucun mécanisme susceptible de les aider à supporter le fardeau de la maladie, n'a été mis sur pied. En dehors des groupements de producteurs, il existe peu d'associations créées dans le but de venir en aide aux membres en difficultés. Lorsqu'elles existent, de telles associations n'accordent qu'une place marginale aux dépenses de santé. De leur côté, les organismes à caractère professionnel, essentiellement les groupements à vocation coopérative, alors même qu'ils disposent d'une assise financière susceptible de servir des objectifs socio-sanitaires, n'ont jamais su s'organiser en vue de répondre à la demande de santé émanant de leurs membres et des familles de ceux-ci.

Pourtant, ces besoins sont réels et ne peuvent être ignorés des responsables des secteurs coopératif et associatif. En effet, plus de 75% des personnes interrogées lors de l'enquête ont reconnu éprouver, au minimum, "un peu de mal" pour payer le coût de soins, et elles sont 47.5% à avouer le faire "difficilement". Il est tout aussi fondamental de noter que l'intérêt manifesté pour la création d'une mutuelle découle de ce qu'elle est perçue comme l'instrument privilégié d'une réduction du coût des prestations sanitaires (74.2%). Les attentes des populations dans ce domaine sont d'autant plus fortes que leur capacité contributive est faible : 70 % de l'échantillon affirment ne pouvoir supporter un taux de cotisation annuel supérieur à 1 000 F CFA et ils sont 80% à estimer que leur contribution ne peut excéder un plafond de 2 000 F CFA.

Quant aux autorités communales, elles ne manifestent pas une tendance spontanée à affecter des ressources au domaine sanitaire. Confrontés à des besoins pressants et multiples et ne disposant que de ressources limitées, les conseils municipaux peuvent même procéder à des arbitrages défavorables à la santé. On a pu montrer que la part du budget de fonctionnement des communes affecté à la santé est très faible...

En conclusion, alors que la demande d'une couverture médicale est très forte, aucune des organisations actives dans la zone d'enquête, n'a su élaborer les réponses adéquates pour prendre en charge ce besoin. Les GVC, qui auraient pu développer des activités de prestataires de financement pour la santé, sont impuissants à redéployer leurs activités sur les domaines de préoccupation de leurs adhérents. Il s'agit pourtant d'un défi majeur pour ces structures qui, jusqu'à aujourd'hui, restent cantonnées dans les tâches de collecte et de commercialisation de la production agricole. Ce manque d'initiatives leur vaut un désintérêt croissant de la part de leurs membres et affaiblit considérablement la confiance des coopérateurs en leurs organisations. Dans la mesure où leur survie passe désormais par la diversification de leurs activités et l'élargissement de la gamme des services rendus aux adhérents, elles devraient se montrer attentives à toutes initiatives visant à les doter des compétences et savoir-faire en matière de prévoyance maladie. Enfin, les mairies ont un rôle non négligeable à jouer, soit à l'intérieur des

frontières de la commune, soit dans une perspective intercommunal offrant un cadre plus efficace pour un partage des ressources et des risques.

Le milieu urbain présente un tissu associatif particulièrement riche où se rencontrent associations de quartiers, associations de ressortissants (à caractère ethnique), associations confessionnelles, etc. Ces associations expriment la volonté de construire des solidarités pour faire face aux risques sociaux que sont principalement la maladie, le décès, la perte de l'emploi, l'endettement, ou encore la maternité. L'échantillon d'associations sur lequel repose l'étude comprend des associations de jeunes, de femmes et des associations ouvertes à tous les sexes, à tous les âges et à toutes les origines sociales et ethniques.

Les cinq associations concernées ont mobilisé, annuellement, un montant de 8 231 580 F CFA. C'est le C.A.R.D. qui réalise la meilleure performance avec un volume de recettes de 4 919 360 F CFA, tandis que les Intimes du Nouveau Quartier ne recouvrent que 646 280 F CFA.

Les dépenses globales consacrées à la couverture maladie s'élèvent à 167 945 F CFA, soit 2% seulement du total des cotisations perçues. Le taux contributif en faveur de la santé varie considérablement d'une association à l'autre. Les *Intimes du Nouveau Quartier* consacrent 8,6% de leurs ressources à la prise en charge de la maladie, contre 1,05% pour le C.A.R.D. Le seuil intermédiaire est représenté par l'A.M.I.B.A. qui mobilise 4,3% de ses fonds pour le financement de prestations sanitaires. On remarque que l'association qui offre la plus grande place à la santé, en l'occurrence *Intimes du Nouveau Quartier*, est aussi celle dans laquelle un système de quota prévoit d'affecter 55% des ressources disponibles à la santé. Les ressources ne sont donc pas spontanément utilisées pour la couverture maladie. Une telle affectation suppose des décisions tendant à orienter de manière volontariste la solidarité vers des préoccupations de santé.

Le volume des flux financiers destinés au "décès" est trois fois plus important que celui de la maladie : 520 060 F CFA (contre 167 945 F CFA), soit 6,4% des recettes (contre 2%). Mais, c'est la catégorie "Autres," c'est à dire le poste des dépenses dites "sociales" en ce sens qu'elles sont liées à des obligations sociales telles que mariages, baptêmes, et diverses cérémonies coutumières, sur laquelle s'opère la concentration la plus importante de ressources. Globalement, les cinq associations consacrent 730 000 F CFA à ce type, soit 9% des cotisations perçues. Cette priorité est un trait commun à toutes les associations, y compris les *Intimes du Nouveau Quartier* qui affirment pourtant, à la différence des autres, privilégier le financement de la santé.

Pour minimales qu'ils soient, les fonds affectés à la santé n'en nécessitent pas moins des dispositions organisationnelles spécifiques et un débat entre membres sur les modalités techniques de prise en charge du risque maladie. Si de telles activités, dans un tel contexte, contribuent à enraciner dans les consciences individuelles et dans les choix collectifs l'impératif sanitaire, il est évident que les avancées possibles vers une meilleure couverture du risque maladie ne sont pas envisageables en dehors d'appuis ciblés. On peut estimer que tout ce qui pouvait être entrepris sur la seule base du volontarisme et de l'engagement spontané des populations a aujourd'hui atteint ses limites. Le mouvement associatif ne peut offrir davantage que ce qu'il offre déjà. L'enjeu est désormais de récupérer cet acquis et de le potentialiser en lui offrant les appuis et les incitations qui transformeront progressivement les associations qui le souhaitent en prestataires de services de financement pour la santé. La stratégie pour affronter un tel défi reste à élaborer mais, globalement, il se confirme que sans un important soutien méthodologique visant à doter les associations de la technicité indispensable à la maîtrise du financement d'un système de prévoyance maladie, on ne pourra améliorer l'accessibilité aux soins des groupes vulnérables.

Quittant le domaine des stratégies communautaires ou informelles de prévoyance maladie et abordant le champ des prestataires conventionnels de services de financement pour la santé, le premier constat concerne l'écart entre l'organisation mutualiste mise sur pied par les salariés de l'État et la situation qui prévaut au sein du secteur privé. En Côte d'Ivoire, la tradition mutualiste est incarnée par la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'État (MUGEF-CI) dont le statut actuel d'organisme de droit privé régi par la loi du 1er Avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels remonte aux décisions prises par l'assemblée générale du 29 novembre 1989.

Aujourd'hui, la situation financière de la MUGEF est caractérisée par un déficit structurel chronique persistant. De 1991 à 1996, les recettes réalisées sont passées de 5 269 945 596 F CFA à 8 551 653 558 F CFA. Elles comprennent : (i) les cotisations encaissées, (ii) les produits financiers, (iii) les autres produits. De leur côté, les dépenses, qui se répartissent entre dépenses techniques (prestations versées) et dépenses de gestion administrative (dépenses de fonctionnement et d'investissement) ont progressé de 7 663 921 754 (1991) à 10 738 662 913 F CFA (1996).

L'ambition des auteurs du projet de Mutuelle était fort modeste et visait uniquement à aider les fonctionnaires et agents de l'État à mieux se soigner, en leur assurant une prise en charge partielle des frais pharmaceutique, des soins et prothèses dentaires et des verres correcteurs. Il en a résulté une amélioration certaine de l'accessibilité aux soins pour cette catégorie de la population. Par ailleurs, à la MUGEF-CI, les cotisations ne sont pas calculées en fonction de l'état de santé ou de l'âge de l'adhérent, mais du salaire ou de la pension. La Mutuelle a donc apporté une contribution majeure à la réduction des inégalités entre petits et hauts fonctionnaires, malades et bien-portant, actifs et retraités. Pour surmonter la crise actuelle, les responsables préconisent, moyennant un relèvement du taux de cotisation qui passerait de 3% à 8%, l'instauration d'une véritable couverture maladie étendant la prise en charge au coût des actes : consultations, hospitalisation, maternité. Mais les conditions d'une telle avancée sont-elles réunies ?

En dehors de la MUGEF-CI, le secteur des prestataires conventionnels de services de financement n'est occupé que par de petites mutuelles d'entreprises offrant une couverture maladie dont l'étendue est directement proportionnelle au statut de l'adhérent (cadre supérieur ou ouvrier) et au chiffre d'affaire de l'entreprise. Cette offre de services fortement hétérogène n'est pas significative d'une démarche et d'un esprit mutualiste. L'une des tentatives les plus récentes pour bâtir une mutuelle de santé, indépendante de toutes formes d'intérêt, est le fait de la Générale Mutuelle de Prévoyance Sociale de Côte d'Ivoire (GMPS) qui, outre la santé, propose une assistance décès. La GMPS fournit six niveaux de prise en charge, du plus bas, correspondant à une cotisation mensuelle de 5 500 F CFA, au plus élevé, moyennant une cotisation de 25 000 F CFA. Les soins sont dispensés dans des cliniques et hôpitaux subventionnés. À la date de l'enquête, la GMPS regroupait 101 adhérents pour 959 bénéficiaires.

Au terme d'une étude qui s'est efforcée de fournir un éclairage sur la contribution des mutuelles au financement des soins, on peut affirmer qu'en Côte d'Ivoire, cette contribution est globalement faible. Le secteur mutualiste de la santé serait même inconsistant sans la présence de la MUGEF-CI qui, indépendamment de ses réelles faiblesses structurelles, est un instrument de solidarité dont la contribution à l'amélioration de l'accès aux soins et à la réduction des inégalités entre les différentes catégories de fonctionnaires est appréciable. Mais plus fondamentalement, c'est le montant des flux financiers liés à la maladie et le degré de priorité que lui reconnaissent, non dans le discours mais en pratique, les ménages qui s'avèrent peu satisfaisants. Le monde rural est incapable de faire émerger des options crédibles de couverture

maladie alors même que le potentiel économique permet d'envisager de telles initiatives. Le secteur associatif urbain réalise des tentatives méritoires pour prendre en charge les besoins de santé au travers de mécanismes et d'instances dont les attributions et compétences sont parfaitement définies. On peut dire qu'il existe une réflexion collective sur la place et l'importance de la maladie et de sa prise en charge mais les montants engagés pour soutenir l'accès aux soins sont toujours insignifiants.

L'étude de cas de la Côte d'Ivoire montre que l'engagement de la société civile en faveur de la santé ne peut être spontané. Les préoccupations sanitaires ne suscitent pas, chez les populations, d'enthousiasme tel qu'il rend aisé la définition et la mise en œuvre de mécanismes, politiques et stratégies de prise en charge du risque maladie. Les dépenses pour la santé sont sévèrement concurrencées par d'autres types d'emplois auxquels les ménages trouvent une plus grande utilité sociale. Des réformes telles que la décentralisation n'annoncent pas nécessairement des ressources nouvelles pour la santé dans la mesure où les conseils municipaux procèdent à un arbitrage des finances locales plus conforme à ce qu'ils considèrent comme des investissements rentables. Dans un tel contexte, c'est à travers une démarche novatrice, alliant volontarisme, pédagogie et plaidoyer en direction des collectivités locales, et en rejetant les vieux mythes qui fondent l'approche des Soins de Santé Primaires (SSP), que l'on pourra améliorer l'accès aux soins des plus démunis en les guidant vers la création de mutuelles de santé.

3. Ghana

Le développement des MHO est un phénomène relativement récent au Ghana étant donné les habitudes prises du fait de l'existence antérieure d'un système d'accès gratuit aux soins. Aujourd'hui, la plupart des employés du secteur formel continuent d'en bénéficier bien que la tendance soit à la réduction du budget réservé par le gouvernement et les employeurs aux soins de santé gratuits, ceci afin de limiter les dépenses dans ce secteur.

Le concept moderne d'assurance est encore peu compris au sein de la population. Le plus souvent, il reste associé aux assurances de véhicules ou d'autres objets matériels. De plus, la solidarité traditionnelle tend à faire défaut au point qu'elle est fréquemment limitée aux clans ou aux groupes ethniques.

L'étude a mis en évidence que le développement des MHO est menacé par le manque de personnel qualifié et, plus particulièrement, par l'absence de connaissances des risques spécifiques aux assurances santé et des techniques appropriées pour les gérer.

L'étude de cas montre également que des systèmes peu ou pas participatifs tels que, West Gonja, concentrent leurs efforts sur la récupération des coûts ou vers des objectifs financiers. Ils donnent l'impression que l'amélioration de la santé n'est qu'un objectif secondaire. La situation est différente dans les systèmes participatifs (comme "Community Partners for Health" au Nigéria) qui accordent plus d'importance à cette amélioration et à la qualité des soins.

Le caractère non participatif de West Gonja aggrave certains de ses problèmes comme ceux dus à une sélection adverse significative et à un risque moral important. Le modèle participatif de financement communautaire semble mieux placé pour répondre à ce genre de problèmes en raison du niveau élevé de participation des communautés. Ces systèmes sont aussi plus aptes à contribuer de manière effective à l'efficacité en concentrant les ressources disponibles sur les services de santé primaire et sur les besoins prioritaires de santé de la communauté concernée. Ce qui est proposé par le système de district d'assurance de santé ghanéen semble être basé sur ces expériences et, s'il est appliqué, il contribuera utilement au fonctionnement des MHO dans le pays.

Les mécanismes de financement de la santé des organisations de professionnels telles que l'association des professeurs, ne sont pas très développés surtout parce que les membres de ce genre d'organisations bénéficient déjà de soins de santé gratuits ou subventionnés par le Gouvernement. Il y a cependant une forte possibilité que ce genre de mécanismes soit amené à jouer un rôle très important dans le financement des soins de santé si le Gouvernement continuait à réduire les soins de santé pour le secteur public (bien qu'il soit aussi possible que le système d'assurance sociale proposé les rende inutiles).

Les plans gouvernementaux pour introduire un système national d'assurance par étapes aura un impact significatif sur le développement des MHO dans le pays. Mais les assurances mutuelles à but non lucratif pourraient encore avoir un avantage comparatif pour le secteur informel (y compris une grande partie de la population rurale) où le Gouvernement aura de grandes difficultés à trouver des moyens suffisamment efficaces et efficaces pour collecter les cotisations et éviter les abus. L'expérience accumulée par les MHO dans ce secteur est suivie de

près par le Gouvernement et l'on peut penser qu'elle ne sera pas ignorée quand l'extension de l'assurance sociale aux secteurs informels sera envisagée.

Pour cette raison, le développement des MHO doit être orienté vers les secteurs de la population qui ne seront pas couverts au moins au départ par la phase d'introduction du système national d'assurance santé, c'est-à-dire la majeure partie du secteur informel y compris les communautés rurales.

Comme cette étude l'a montré, les systèmes peu participatifs ont des faiblesses qui pourraient être comblées en partie par une assistance technique ciblée. Les domaines dans lesquels un tel appui pourraient être utiles seraient: autonomie vis-à-vis des prestataires et pouvoir de négociation, marketing, mécanismes de contrôle de qualité, politiques en matière de médicaments, services de promotion et de prévention.

Il y a un besoin certain d'établir une législation qui permette aux mutuelles d'acquiescer un statut légal par un enregistrement, d'offrir une protection aux membres, de contrôler la gestion financière et l'administration et, peut-être, de proposer des statuts types et règlements (en consultation avec les mutuelles existantes) que les nouvelles organisations pourraient adopter ou adapter à leurs propres besoins.

4. Mali

Le Mali s'est engagé depuis 1991 sur la voie de la démocratisation et de la décentralisation. Ce contexte est favorable au développement de l'initiative privée, et notamment à l'éclosion de la société civile et des entreprises d'économie sociale.

Dans le domaine de la santé, les années '90 ont été marquées par les difficultés budgétaires et la décision de l'Etat Malien de libéraliser la filière des soins de santé. Des mesures ont été prises pour autoriser l'exercice privé de la médecine, mettre fin au principe de gratuité des soins, et supprimer le monopole de l'Etat sur les importations de médicaments. Suite à l'initiative de Bamako, la population a été davantage responsabilisée dans le financement et la gestion des soins de santé primaires, notamment par le biais du recouvrement des coûts des soins et la vente des médicaments essentiels.

Au Mali, cette politique s'est traduite par la création de centres de santé communautaires, autogérés par la communauté par le biais des ASACO (Associations de santé communautaires). Parallèlement à cette campagne de diversification de l'offre de soins, la réflexion sur le financement mutualiste des soins de santé a été amorcée. Des expériences concrètes ont été tentées, notamment la création de la MUTEK. Un cadre favorable au développement des mutualités a été mis en place. Le Mali s'est doté en 1996 d'une loi sur la mutualité, et une agence d'appui au développement de la mutualité malienne est en création.

L'inventaire des mutuelles de santé a montré qu'il existe une quinzaine de mutuelles opérationnelles au Mali. Elles regroupent principalement des agents du secteur public, et ne couvrent pas au départ le risque de maladie. Il s'agit plutôt de caisses d'entraide entre les travailleurs. Elles pourraient cependant dans l'avenir évoluer vers des mutuelles de santé.

Que pouvons-nous retenir des deux études de cas présentées ? Si le rôle actuel des mutuelles dans le financement, la fourniture et l'accessibilité aux soins de santé est assez modeste, leur potentiel est important au Mali, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, dans la couverture des gros risques et des petits risques. On peut considérer que sont réunies un ensemble de conditions favorables à leur développement.

La MUTEK a atteint son objectif d'offrir à ses membres des soins de santé de qualité à moindre coût, et elle y a ajouté les soins préventifs et promotionnels. Les services de santé fonctionnent bien, et leur viabilité financière est assurée. Par contre elle éprouve des difficultés à développer la solidarité et le partage de risques entre les membres par la formule de l'abonnement. Le recouvrement régulier des cotisations est difficile à maintenir à long terme dans un système volontaire, à moins de pouvoir mettre en place un prélèvement automatique sur salaires.

La mutualité en général ne devrait s'orienter dans la création de services de santé que par défaut, c'est-à-dire lorsqu'il lui est impossible de passer des conventions avec des prestataires de soins pour une des raisons suivantes : soins non disponibles à proximité des membres, qualité des soins et de l'accueil insuffisante, tarifs trop onéreux. En se lançant dans l'offre de services de santé, elle joue un rôle innovateur, un rôle de pionnier dans la définition des standards de qualité, et un rôle régulateur des prix du marché (maintien au niveau le plus bas possible de par son

caractère non lucratif). Dans ce cas, elle contribue à la gestion démocratique du secteur de la santé.

Un changement de contexte doit entraîner une adaptation des services de la mutualité, qui doit toujours rester à l'écoute des besoins et attentes de ses membres. Dans le cas de la MUTEC, on voit que la diversification récente de l'offre de soins de proximité à Bamako amène le Centre de santé à un repositionnement vers une plus grande spécialisation en tant que prestataire, et vers un rôle accru dans l'assurance maladie et dans l'organisation des relations entre ses membres et d'autres centres de santé conventionnés par la MUTEC.

Cette étude de cas montre aussi l'importance de disposer d'un système d'information de gestion rapide et efficace, comme outil indispensable d'aide à la décision. Sont particulièrement cruciales dans la gestion de la mutualité les informations sur les fichiers des membres qu'il faut tenir à jour, les informations sur les cotisations, et le suivi des dépenses par membre.

La deuxième étude concerne un système de prise en charge collective des références et évacuations vers l'hôpital du district sanitaire (Kolokani) par le biais des ASACO. Ce système permet de rendre solvable une demande de soins spécialisés grâce au partage du risque financier lié à l'hospitalisation sur l'ensemble de la population des aires de santé couvertes par des centres de santé communautaires.

Moyennant quelques adaptations de ce système (tarification plus claire, meilleure équité du système de cotisations, création d'une structure mutualiste représentative des ASACO, relation contractuelle entre l'hôpital et cette structure mutualiste), ce cas démontre que les ASACO (Associations de santé communautaires) qui existent un peu partout au Mali et sont responsables de l'organisation des soins de santé de base sont un terreau fertile à la création de mutuelles régionales de couverture des gros risques.

On peut les considérer comme des structures prémutualistes qui peuvent se fédérer au niveau d'un district sanitaire pour gérer ensemble la relation entre leurs membres et l'hôpital de district. Impliquées dans la fourniture des soins de santé de base et dans les procédures de référence, les ASACO peuvent jouir de la confiance de la population, sont capables de mobiliser des fonds auprès de leurs usagers, et d'exercer un contrôle social rapproché pour éviter fraudes et abus. De plus, l'inscription collective de tous les usagers d'un CSCOM dans une assurance hospitalisation gérée au niveau du district permettrait d'éviter la sélection adverse des risques et de répartir les risques lourds sur un grand groupe d'individus. Ces arguments font des ASACO un partenaire privilégié dans une stratégie de mise en place de mutualités en milieu rural.

5. Nigeria

Le Nigéria compte environ un quart de la population totale de l'Afrique. Cet immense pays reste encore relativement isolé, en grande partie à cause des caractéristiques des régimes politiques en place ces dernières années. Les développements dans le secteur non gouvernemental restent généralement peu connus hors du pays. C'est donc avec surprise que beaucoup apprendront qu'il y a non seulement des MHO au Nigéria mais qu'elles ont développé une expérience méritant d'être répliquée ailleurs. En effet, l'étude montre qu'il y a dans les pratiques nigérianes, beaucoup d'éléments pouvant enrichir la connaissance et l'expérience africaine dans le domaine de la mutualité.

Les MHO étudiées qui offrent le plus d'enseignements sont les "Community Partners for Health" (CPH) appuyés par le programme Basics de l'USAID et la "Country Women's Association of Nigeria" (COWAN). Il y a plusieurs éléments innovants dans l'expérience des CPH qui méritent d'être signalés. D'abord, les CPH sont organisés à travers des associations de base déjà existantes : syndicats locaux, petits commerçants, maréchaux-ferrants, charpentiers, accoucheuses traditionnelles, chargeurs de batteries, autres organisations professionnelles, associations de résidents et de propriétaires, groupes liés aux églises, groupes musulmans, etc. C'est l'ensemble des membres d'une association locale qui doit adhérer au CPH ; l'adhésion ne peut pas être individuelle. Ceci offre des avantages en terme de contrôle social, de prévention des abus et des fraudes, et minimise les risques de sélection adverse. Le contrôle est exercé à la base.

Un deuxième élément à noter est le recours à un système d'épargne plutôt qu'à un mécanisme d'assurance. L'utilisation de l'épargne est apparemment mieux comprise (comme une extension des systèmes de fonds traditionnels d'épargne comme esusu ou ojo) que celle de l'assurance, moins connue, et, qui demande, pour être gérée efficacement, des compétences souvent non disponibles. Ce choix permet de réaliser des économies sur les coûts administratifs et d'éviter les fraudes, qui constituent un grand problème au Nigéria, et un risque toujours présent dans les systèmes d'assurance. Cette remarque s'applique également au COWAN "Mutual Health Savings".

Le troisième élément important est que le système est basé sur l'identification préliminaire des dix besoins prioritaires de la communauté concernée (les CBOs sont impliqués dans cette tâche préliminaire). C'est à la satisfaction de ces besoins que se concentrent les activités des CPH. Les prestataires de soins, membres du réseau, ont donné leur accord pour offrir 50% de réduction aux membres des CPH dans ces domaines de priorités. Il s'agit d'un élément contribuant à améliorer l'accès aux soins de santé, l'équité et l'efficience.

Le modèle et l'expérience des CPH offrent encore d'autres enseignements. L'un de ceux-ci est la distinction formelle entre les services de santé et les CPH qui sont liés par le biais de négociations et de contrats (Memoranda et Understanding). Cette séparation est essentielle pour des raisons d'efficience, d'efficacité et de qualité des soins.

Un autre élément intéressant est l'établissement d'objectifs quantitatifs que les CPH doivent atteindre (ceci aide la budgétisation, la planification, le suivi et l'évaluation). L'une des principales conclusions des études de cas au Nigéria est que le modèle de participation des communautés au financement des soins est adéquat au regard des besoins de celles-ci et des

objectifs du secteur santé au niveau national. Les systèmes basés sur les mouvements sociaux, comme dans le cas de COWAN, présentent aussi un bon potentiel. Ce n'est pas une coïncidence si les deux systèmes partagent grandement leurs caractéristiques, en ce qui concerne la participation de l'assuré ou des responsables dans la gestion. Cette participation est peut être la clef de leur succès, mais à la différence des CPH, COWAN ne peut pas négocier les conditions, ni influencer la qualité et l'efficacité des prestataires parce qu'il n'a pas de liens avec eux (à l'exception de ses propres cliniques).

Le modèle COWAN a l'avantage d'être basé sur une institution traditionnelle (crédit-épargne) qui a une large légitimité et qui est facile à comprendre. Son potentiel pour générer des ressources pour les soins de santé est donc assez bon. Néanmoins, l'expérience de COWAN souffre probablement d'une prudence excessive en ce qui concerne le niveau actuel des contributions et les conditions d'accès à l'épargne.

La possibilité de disposer, au Nigéria, d'un appui institutionnel au niveau local pour mettre en oeuvre un programme de développement de mutuelles, est assez grande. Toutefois, l'appui extérieur reste limité en raison des conditions politiques existantes.

L'assistance technique aux MHO pour renforcer la gestion de leurs activités est un autre domaine de besoins (par exemple, enregistrement de données, comptabilité, suivi-évaluation et développement d'assurances). L'analyse montre que les MHO du Nigéria pourraient aussi bénéficier de formations ciblées dans les domaines suivants : indépendance vis-à-vis des prestataires (CPH), pouvoir de négociation, marketing, contrôle de qualité, politiques en matière de médicaments.

C'est auprès des populations qui ne sont pas couvertes, au moins au début, par le système national d'assurance (secteur informel y compris communautés rurales) qu'il existe un potentiel pour le développement des MHO au Nigéria.

6. Sénégal

Les trois mutuelles sélectionnées pour les études de cas offrent un panorama des différentes expériences qui voient le jour au Sénégal. Elles se distinguent tant par les catégories de personnes couvertes que par l'étendue de leur garantie. Ces différentes initiatives sont capables de développer et de se reproduire sur l'ensemble du territoire. Elles peuvent en quelque sorte servir d'exemple pour le développement du mouvement mutualiste.

Avant d'envisager ces perspectives, voici quelques résultats des études qui ont été menées :

En matière de prestations, elles garantissent toutes l'hospitalisation mais à des degrés d'intervention différents. La prise en charge de l'hospitalisation correspond au dernier échelon dans les soins de santé. Les petits risques, tels que les consultations ou la pharmacie sont de plus en plus accessibles : le développement des centres de santé et des médicaments génériques permet aux populations de se soigner à moindre coût. Ces prestations peuvent être prises en charge par l'épargne, la solidarité familiale ou l'entraide traditionnelle. Par contre, ces techniques montrent leurs limites en cas de soins plus coûteux, c'est à dire en matière d'hospitalisation. Parfois, les mutuelles couvrent toutes les prestations liées à l'hospitalisation, parfois elles excluent la chirurgie pour des raisons financières.

Le niveau de la couverture varie selon les besoins des populations et les moyens disponibles. Ainsi, la mutuelle des volontaires de l'Education garantit à 100% tous les actes liés à l'hospitalisation en contre partie d'une cotisation élevée (10 000 FCFA par an et par personne). FAGGU intervient de façon complémentaire car les retraités bénéficient déjà d'une assurance maladie par l'intermédiaire de l'IPRES. La mutuelle de Lalane Diassap a du limiter ses garanties à 15 jours d'hospitalisation pour des raisons financières.

Les personnes couvertes par les trois mutuelles représentent différentes classes sociales de la société sénégalaise : des cultivateurs, des retraités du secteur moderne, des volontaires (statut précaire devant déboucher sur celui de fonctionnaire). L'ensemble des catégories sociales n'est pas représenté mais les expériences de ces mutuelles peuvent être reproduites sur des groupes sociaux qui présentent certaines similitudes : similitudes de revenus, d'organisation, de milieu de vie, etc.

Malgré des situations totalement différentes, **certaines difficultés sont communes** à toutes ces mutuelles. Tout d'abord, le taux de recouvrement des cotisations est insuffisant (sauf pour la mutuelle des Volontaires puisqu'il y a prélèvement à la source). Dans le meilleur des cas 60% des mutualistes sont à jour de leurs cotisations. Cette situation s'explique, d'une part, par la faible capacité contributive des adhérents, mais aussi par une certaine négligence de la part des membres. Les responsables de la collecte des cotisations doivent être très proches des mutualistes pour limiter les retards de paiement. La proximité et le travail de terrain sont indispensables si la mutuelle n'a pas la possibilité de pratiquer une retenue à la source.

Toutes les mutuelles manquent de moyens matériels pour la gestion quotidienne (local, informatique, véhicule, etc). La gestion est toujours manuelle, que ce soit pour la comptabilité ou pour la tenue des registres des adhérents et des bénéficiaires. Cette situation ne met pas en péril la viabilité des mutuelles mais entrave leur développement et leur efficacité.

Dans l'ensemble, les principes mutualistes semblent assimilés par les responsables, par contre ils ont besoin de formations spécifiques et d'appuis ponctuels dans certains domaines. Les principes de gestion et de comptabilité sont rarement acquis. Les écritures sont passées régulièrement, mais les procédures comptables sont mal adaptées et ne permettent pas de faire une évaluation fiable de la santé financière de la mutuelle.

Enfin, en matière de gestion administrative, il est primordial que les mutuelles tiennent un registre des bénéficiaires et suivent l'évolution des prestations. Dans les structures de petite taille ou les mutuelles rurales, le contrôle social est très fort et permet de pallier à une tenue approximative de la liste des mutualistes. Par contre, dans les mutuelles de taille importante ou qui couvrent l'ensemble du territoire, le suivi des bénéficiaires est une condition sine qua non de leur réussite. Ici, le traitement manuel devient vite fastidieux et inopérant ; la seule solution envisageable est le développement de l'informatique. En ce qui concerne le suivi des prestations, il est important de pouvoir faire des statistiques sur l'évolution de la consommation médicale. Sur les trois mutuelles étudiées, deux d'entre elles ont commencé à consigner certains éléments sur les hospitalisations mais ils ne sont pas utilisés de façon optimum. Ce contrôle est essentiel pour éviter d'éventuelles dérives et analyser l'évolution du comportement des mutualistes.

Critères de viabilité

Il ressort des études que la capacité contributive n'est pas le facteur essentiel de réussite des mutuelles. Certaines d'entre elles réussissent à verser des prestations non négligeables avec des cotisations très faibles. Par contre, **l'évaluation du niveau des prestations par rapport aux moyens disponibles** doit être rigoureuse. Il faut prévoir une croissance importante de la consommation médicale dans les premières années d'exercice. La mise en place d'une couverture maladie modifie considérablement les comportements et les taux de fréquentation ne se stabilisent que quelques années après. Ces résultats qui ont été constatés dans les trois mutuelles étudiées, sont significatifs en ce qui concerne le rôle des mutuelles dans l'accès aux soins de santé.

D'autres éléments sont fondamentaux pour la viabilité de la mutuelle. **La transparence de gestion**, le dévouement des responsables et la confiance qui leur est accordée sont essentiels ; le moindre doute sur l'intégrité des dirigeants est un facteur de faillite de la mutuelle.

D'autre part, **le contrôle social** et la proximité des responsables avec les mutualistes jouent un rôle très important. Ils limitent les arriérés de cotisations et réduisent les cas d'abus et de fraude. Ce contrôle social doit bien sûr être accompagné d'une **gestion rigoureuse**.

La sensibilisation de la population aux principes mutualistes permet d'obtenir un fort taux de pénétration. La mutuelle Lalane Diassap est un bon exemple de réussite dans ce domaine.

Enfin, les mutuelles doivent, dans la mesure du possible, **se rapprocher des prestataires de soins**. Ceci permet d'obtenir des réductions tarifaires, de pratiquer le tiers payant, de contrôler la consommation médicale et la qualité des soins. Sans de tels accords, des mutuelles avec très peu de moyens, comme Lalane Diassap, n'auraient pas vu le jour. Les réductions tarifaires dont elle bénéficie permettent d'offrir des garanties importantes à une population à faible capacité contributive.

En ce qui concerne la participation des mutuelles aux décisions en matière de santé et à l'amélioration de la qualité des soins, aucun signe ne permet de constater une avancée dans ce domaine. Le mouvement mutualiste est trop récent pour jouer un tel rôle politique. Cependant, une évolution favorable n'est pas à exclure dans les années qui viennent.

Perspectives

Les trois mutuelles étudiées peuvent servir d'exemples pour le développement du mouvement mutualiste au Sénégal. Leurs expériences peuvent être reproduites dans d'autres secteurs ou catégories de populations qui présentent des similitudes avec les champs d'intervention de ces trois mutuelles.

La mutuelle des volontaires de l'éducation s'adresse à une population éduquée, à revenus moyens mais destinée à devenir fonctionnaire ou salarié du secteur moderne et dont le statut est provisoire. On pourrait rapprocher la situation des volontaires à celui des étudiants par exemple. Son expérience pourrait être utilisée pour envisager la mise en place d'une mutuelle universitaire. D'autre part, les volontaires peuvent devenir des personnes ressources en matière de sensibilisation au mouvement mutualiste dans toutes les régions du Sénégal.

La mutuelle FAGGU peut servir de modèle à la création de mutuelles complémentaires pour toutes les catégories de personnes qui bénéficient déjà d'une couverture maladie : en général les salariés du secteur moderne et les fonctionnaires.

Enfin Lalane Diassap offre la preuve qu'une mutuelle peut fonctionner malgré la faiblesse et l'irrégularité des revenus de ses membres. Son expérience peut être utile dans les zones rurales, mais aussi pour le secteur informel en milieu urbain.

Le mode de fonctionnement de ces trois mutuelles peut être adapté à d'autres contextes afin d'étendre la couverture maladie à une majorité de Sénégalais. Ce développement ne pourra se faire qu'avec un appui institutionnel fort et des mesures de soutiens régulières. Il faut avant tout diffuser ces expériences à un large public pour promouvoir et expliquer les principes mutualistes.

Il faut aussi soutenir les initiatives par des programmes de formation mais aussi des actions ponctuelles d'appuis techniques : missions d'expertise, aide à la mise en place de procédures comptables, détermination des cotisations et prestations, etc. Ces actions devront être régulièrement suivies. Des programmes comme ceux du Ministère ou du BIT-ACOPAM/WSM-ANMC peuvent être à l'origine de ces activités et des organisations locales telles que les coordinations de Thiès peuvent servir de relais.

Des accords de jumelages peuvent aussi être envisagés avec des mutuelles européennes. Ils apporteront aux mutuelles sénégalaises une reconnaissance institutionnelle, un échange de savoir-faire et éventuellement une aide matérielle et technique.

La mise en place d'un cadre juridique précis ne nous semble pas être une priorité aujourd'hui. Le développement du mouvement mutualiste est encore trop récent et limité ; l'adoption d'une loi risquerait de freiner les initiatives en les enfermant dans un cadre juridique

strict. Cependant, cette question est à l'ordre du jour et il faut analyser en profondeur les initiatives existantes pour ne pas adopter un texte inadapté à la situation.

Les mutuelles de santé au Sénégal ont déjà fait leur preuve et sont susceptibles de se développer rapidement. Leurs expériences doivent être diffusées et leurs actions soutenues.

Annexe A: Liste des MHO étudiés par pays (inventaire et étude de cas)

Benin

Sirarou UCGM (l'Union communale des groupements mutualistes de sirarou (UCGM Sirarou))
Sansou UCGM (l'Union communale des groupements mutualistes de sansou (UCGM Sansou))
Ilera MHO (Mutuelle Ilera de Porto Novo-Mutuelle du cabinet médical St Sébastien)
Alafia MHO (Mutuelle Alafia de Gbaffo)

Burkina Faso

Dakwena MHO (Mutuelle Dakwena)
Famille Tounouma (Mutuelle pharmaceutique de la sainte famille tounouma)
MUATB (Mutuelle des agents du Trésor du Burkina)

Cameroon

AFFERAZY (Association des filles et femmes ressortissantes de l'arrondissement de Zoétélé à Yaoundé)
Babouantou (Caisse de solidarité Babouantou de Yaoundé)
BACUDA (Batibo Cultural and Development Association)
MNE (Mutuelle nationale de l'éducation)
MPOUAKONE
MUPEHOPROMA
Les Amis (Association des amis clan d'âge no. 13)
NSO-NGON
POOMA (Yaoundé)
SAWA (Association des ressortissants SAWA de Yaoundé)

Côte d'Ivoire

MUGRACE. (La Mutuelle générale des résidents d'Abobo centre-commune d'Abobo)
CARD (Le Cercle des amis de la rue de dimbokro-commune de Marcory)
AMIBA (L'Amicale de la Bagoué-Commune de Koumassi)
MC 36 (L'Amicale des mamans du Canal 36 (Commune de Youpougon)
Les Intimes (Les Intimes du nouveau quartier)
MUGEF-CI (La Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'état)

Ghana

West Gonja (Community Financing Scheme for Admissions, West Gonja)
Teachers' Funds (Teachers' Welfare Funds)
Dagaaba Association (Duayaw Nkwanta Dagaaba Association)

Mali

MUTEC Health Centre (Centre de santé de la MUTEC)
Kolokani (Centre de santé de référence du cercle de Kolokani, that is, Reference Health Center of the Kolokani circle or zone)
MEUMA (Mutuelle des étudiants et universitaires du Mali)
MUTAS (Mutuelle des travailleurs de l'action sociale et de la santé)

Nigeria

COWAN (Country Women's Association of Nigeria Health Development Fund)
Lawanson CPH (Lawanson Community Partners for Health)
Jas CPH (Jas Community Partners for Health)
Ibughubu Union (Ibughubu Improvement Union)

Senegal

Education Volunteers (Mutuelle des volontaires de l'éducation)
FAGGU (Mutuelle FAGGU)
Lalane Diassap (Mutuelle de Lalane Diassap)
Dimeli Yoff
Multi Assistance de l'éducation
Mutuelle Sococim Entreprise
Fandene
FISSEL
KOUDIADIENE
Menagères de Grand Thiès
Mont Rolland
Ngaye Ngaye
Saint Jean Baptiste
Sanghe
Darou Salam
Mboro
Pamdienou Lehar
Thially
Nimzatt-Kaolack
RJOK (Regroupement de jeunes ouvriers de Kaolack)
Bok Jef
Keur Maloum

Togo

ACB (Association des couturières de BE)
Sages Femmes (Association des sages femmes du Togo)
Djagbagba
GMC (Groupement mutuel des cadres)
Mutuelle OTP (Office Togolais des phosphates)
Affaires Sociales USYNCOSTO (Union syndicale des coiffeuses de style du Togo)
MUCOTASGA (Mutuelle des conducteurs de taxi motos de la station Gaitou)
MUSAD (Mutuelle de santé ADIDOADE)
MUSA-CSTT (Mutuelle de santé-Confédération syndicale des travailleurs Togolais)

Countries in the Study
Benin, Burkina Faso, Cameroon, C ^{te} d'Ivoire, Ghana, Mali, Nigeria, Senegal, Togo
Case Study MHOs
1. Sirarou UCGM (l'Union communale des groupements mutualistes de Sirarou (UCGM Sirarou))
2. Sanson UCGM (l'Union communale des groupements mutualistes de Sanson (UCGM Sanson))
3. Ilera MHO (Mutuelle Ilera de Porto Novo-Mutuelle du cabinet médical St Sébastien)
4. Alafia MHO (Mutuelle Alafia de Gbaffo)
5. MUGRACE. (La Mutuelle générale des résidents d'Abobo centre-Commune d'Abobo)
6. CARD (Le Cercle des Amis de la Rue de Dimbokro-Commune de Marcory)
7. AMIBA (L'Amicale de la Bagoué-Commune de Koumassi)
8. MC 36 (L'Amicale des mamans du Canal 36 (Commune de Youpougon)
9. Les Intimes (Les Intimes du nouveau quartier)
10. MUGEF-CI (La Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'état)
11. West Gonja (Community Financing Scheme for Admissions, West Gonja)
12. Teachers' Funds (Teachers' Welfare Funds)
13. Dagaaba Association (Duayaw Nkwanta Dagaaba Association)
14. MUTEC Health Centre (Centre de santé de la MUTEC)
15. Kolokani (Centre de santé de référence du cercle de Kolokani i.e. Reference Health Centre of the Kolokani circle or zone)
16. COWAN (Country Women's Association of Nigeria Health Development Fund)
17. Lawanson CPH (Lawanson Community Partners for Health)
18. Jas CPH (Jas Community Partners for Health)

19. Ibughubu Union (Ibughubu Improvement Union)
20. Education Volunteers (Mutuelle des volontaires de l'éducation)
21. FAGGU (Mutuelle FAGGU)
22. Lalane Diassap (Mutuelle de Lalane Diassap)

Inventory MHOs

1. Ilera MHO (Mutuelle Ilera de Porto Novo-Mutuelle du cabinet médical St Sébastien)
2. Dakwena MHO (Mutuelle Dakwena)
3. Famille Tounouma (Mutuelle pharmaceutique de la sainte famille Tounouma)
4. MUATB (Mutuelle des agents du trésor du Burkina)
5. AFFERAZY (Association des filles et femmes ressortissantes de l'arrondissement de Zoétélé à Yaoundé)
6. Babouantou (Caisse de solidarité Babouantou de Yaoundé)
7. BACUDA (Batibo Cultural and Development Association)
8. MNE (Mutuelle nationale de l'éducation)
9. MPOUAKONE
10. MUPEHOPROMA
11. Les Amis (Association des amis clan d'âge no. 13)
12. NSO-NGON
13. POOMA (Yaoundé)
14. SAWA (Association des ressortissants SAWA de Yaoundé)
15. MUTEC Health centre (Centre de santé de la MUTEC)
16. MEUMA (Mutuelle des étudiants et universitaires du Mali)
17. MUTAS (Mutuelle des travailleurs de l'action sociale et de la santé)
18. Education Volunteers (Mutuelle des volontaires de l'éducation)
19. FAGGU (Mutuelle FAGGU)
20. Lalane Diassap (Mutuelle de Lalane Diassap)
21. Dimeli Yoff
22. Multi assistance de l'éducation
23. Mutuelle Sococim entreprise
24. Fandene
25. FISSEL
26. KOUDIADIENE
27. Menagères de Grand Thiès

28. Mont Rolland
29. Ngaye Ngaye
30. Saint Jean Baptiste
31. Sanghe
32. Darou Salam
33. Mboro
34. Pamdienou Lehar
35. Thially
36. Nimzatt-Kaolack
37. RJOK (Regroupement de jeunes ouvriers de Kaolack)
38. Bok Jef
39. Keur Maloum
40. Koundam
41. Mutuelles des enfants de la rue
42. ACB (Association des couturières de BE)
43. Sages Femmes (Association des sages femmes du Togo)
44. Djabgagba
45. GMC (Groupement mutuel des cadres)
46. Mutuelle OTP (Office Togolais des phosphates)
47. Affaires Sociales USYN COSTO (Union syndicale des coiffeuses de style du Togo)
48. MUCOTASGA (Mutuelle des conducteurs de taxi motos de la station Gaitou)
49. MUSAD (Mutuelle de santé ADIDOADE)
50. MUSA-CSTT (Mutuelle de santé-Confédération syndicale des travailleurs Togolais)

Annexe B: Summary of Basic Facts/Main Features of the Case Study MHOs

Une brève analyse pays par pays (synthèse) du contexte pour le développement des MHO ainsi que des résumés analytiques des études de cas sont présentés en Annexe 2 de ce document. Afin de faciliter la lecture du document, nous présentons ci-après une liste complète des MHO de cette étude, codées pour faciliter les références.

Note : le code est par pays et numéro, par exemple Mali (3) = MEUMA

Sénégal (3, 21) = Lalane Diassap et Bok jef.

Summary of Main Features of Case Study MHOs

Name used in this synthesis	Country code and MHO founding date	Target group(s)	Titular membership (also beneficiaries and total target population)	Initiators/owners	Revenue generation mechanism	Services offered
Education Volunteers	Senegal [1] Nov. 1995	Teaching volunteers recruited for 4 years each	Nov. 1995: 1,200 Nov. 1996: 2,400 Nov. 1997: 3,704 Compulsory; families excluded	Volunteers (but Ministry of Education gives technical backing)	Insurance	100% hospitalization including evacuations and surgery
FAGGU	Senegal [2] Oct. 1994]	Pensioners registered with the Institut de Prévoyance et de Retraite du Senegal (IPRES) in the Thiès region	814 out of 4,550 pensioners in 1997 approx. 3,500 beneficiaries out of potential 13,650 (at 3 beneficiaries per person)	Pensioners	Insurance	Hospitalization costs beyond IPRES cover, minus surgery
Lalane Diassap	Senegal [3] Jan. 1994	Villages of Lalane and Diassap and the Medina Fall sector of Thiès (all in the Thiès region)	189 in 1997 (989 beneficiaries out of total population of 1,200)	Initiated by youth association of Lalane, owned by members	Insurance	15 days maximum hospitalization, excluding surgery
MUTEC Health Center	Mali [1] Feb. 1990	Teachers and general population of Bamako and surroundings	833 subscribers in 1996; total target population unknown	MUTEC (Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture)	Insurance type subscription payments entitling subscriber to reduced tariffs at health center	PHC services of health center

Summary of Main Features of Case Study MHOs

Name used in this synthesis	Country code and MHO founding date	Target group(s)	Titular membership (also beneficiaries and total target population)	Initiators/owners	Revenue generation mechanism	Services offered
Kolokani	Mali [2] Jan. 1997	Villages of Didiéni: (pop. 17,350), Massantola (pop. 6,717), Nossombougou (pop. 14,942), Sabougou (pop. 11,820)	Around 50,000 out of potential population of 200,000	Health authorities of Kolokani (principally) in partnership with community health associations (ASACOs)	Insurance type subscription payments, community contributions (via ASACOs) and user fees	Hospitalization, including evacuation and surgery
Sirarou UCGM	Benin [1]1995	Villages under the commune of Sirarou	3,079 in 1996 out of target pop. of 13,000	Commune members	Insurance	Hospitalization, delivery, minor interventions, surgery and snake bites
Sansou UCGM	Benin [2]1995	Villages under commune of Sansou	584 in 1996 Total target pop. of 7,300	Commune members	Insurance	Hospitalization, delivery, minor interventions, surgery and snake bites
Ilera MHO	Benin [3]1996	Porto Novo town (approx. 100,000 inhabitants)	About 50 (1996)?	Centre Afrika Obota, and especially Dr. Paul Ayemona	Insurance	PHC services: consultation, drugs, delivery, laboratory services
Alafia MHO	Benin [4]1995	Village of Gbaffo (pop. approx. 2,000 or less)	Less than 100	Initiated by director of provincial hospital and staff of communal health complex but annual general assembly put in place	Insurance	Consultation at communal facility level (PHC) and admissions, plus surgery at reference hospital

Summary of Main Features of Case Study MHOs

Name used in this synthesis	Country code and MHO founding date	Target group(s)	Titular membership (also beneficiaries and total target population)	Initiators/owners	Revenue generation mechanism	Services offered
COWAN's Health Development Fund	Nigeria [1] 1989	Rural women of Nigeria	No. of contributing groups (each of 5-25 members): 1992: 6,264 1993: 6,960 1994: 7,800 approx. 78,000 members assuming average of 10 members per group	COWAN	Savings (for health care loans to members)	Catastrophic illness (admissions, etc.)
Lawanson CPH	Nigeria [2] Dec. 1995	Peri-urban and deprived communities of Lagos	21 community-based organizations (CBOs) with estimated membership of 58,000	4 health facilities in partnership with (CBOs)	Savings, third-party subscription payments (with discounted pricing for subscribers)	PHC services
Jas CPH	Nigeria [3] Dec. 1995	Peri-urban and deprived communities of Lagos	13 CBOs with estimated membership of 10,000	1 health facility in partnership with CBOs	Savings, third-party subscriptions (with discounted pricing for subscribers)	PHC services
Ibughubu Union	Nigeria [4] May 1972	Members of Ibughubu village (in Anambra State of eastern Nigeria) living in Lagos	More than 300	Members	Contributions including insurance element	Hospital admission
West Gonja	Ghana [1] Oct. 1995	Inhabitants of West Gonja, catchment area of district hospital (total pop. of 120,000, but scheme being extended in phases)	Beneficiaries: Dec 1996: 6,169 Nov 1997: 13,360 (out of a potential population in 1996 of 25,000)	District hospital	Insurance	Hospitalization at 100%

Summary of Main Features of Case Study MHOs

Name used in this synthesis	Country code and MHO founding date	Target group(s)	Titular membership (also beneficiaries and total target population)	Initiators/owners	Revenue generation mechanism	Services offered
Teachers' Welfare Funds	Ghana [2] 1992 in Kintampo District	Teachers	Approx. 1,000 in Kintampo; all teachers automatically members	Ghana National Association of Teachers, Kintampo Branch	Contributions with insurance element	Supplementary health care beyond that provided free by the government to teachers
Dagaaba Association	Ghana [3] 1996 (?)	Members of Dagaaba ethnic group living in Duayaw Nkwanta district and surrounding villages	82 members in 1997 with 160 beneficiaries	Members	Contributions with insurance element	Admissions
MUGRACE	Côte d'Ivoire [1] 1995 (?)	Residents of the Commune of Abobo in Abidjan, mainly informal sector people	About 40 members; all household members are beneficiaries	Initiated by unemployed, retired, and uneducated people; owned by members	Monthly contributions (insurance) and ad hoc contributions	Fixed allowance (FCFA 15,000) for hospitalized member and lower amount (FCFA 6,000) for minor illnesses
CARD	Côte d'Ivoire [2] Aug. 1993	Residents of the Rue Dimbokro or Avenue de Man in the commune of Marcory in Abidjan, but mainly youth membership	61 members; beneficiaries include all household members	Owned by members	Monthly (insurance type) contributions plus ad hoc contributions	Fixed grant for hospitalizations
AMIBA	Côte d'Ivoire [3] 1994	Mainly informal sector at Bagoué in the commune of Koumassi in Abidjan	192 members; spouses also benefit from medical coverage	Owned by members	Monthly (insurance) dues	Fixed allowance for hospital admission costs for member or spouse
MC 36	Côte d'Ivoire [4] Jan. 1994	Women of the formal (e.g., secretaries, teachers) and informal (e.g., housewives, retirees, traders) sectors of Canal 36, Abidjan	40 members (nonhealth care benefits extended to other relatives)	Owned by members	Monthly (insurance) dues plus ad hoc contributions	Fixed amount (FCFA 15,000) for hospital admission and lesser figure (FCFA 6,000) for minor illnesses

Summary of Main Features of Case Study MHOs						
Name used in this synthesis	Country code and MHO founding date	Target group(s)	Titular membership (also beneficiaries and total target population)	Initiators/owners	Revenue generation mechanism	Services offered
Les Intimes	Côte d'Ivoire [5]1986	Open to all Abidjan residents, but in practice targets the "Nouveau Quartier"	126 members; beneficiaries include wide range of relations	Owned by members	Monthly (insurance) contributions	25% of medical costs
MUGEFCI	Côte d'Ivoire [6]1973	Judicial magistrates, civil servants, public sector and temporary staff	Members: 1990: 170,083 1991: 178,027 1992: 186,230 1993: 196,545 1994: 117,118 Dependents: 1990: 324,925 1991: 354,862 1992: 374,901 1993: 403,814 1994: 368,435	Was initiated and owned by the government at start; however, from 1989, a presidential decision to disengage the state from direct involvement has led to greater autonomy	Insurance	Drugs, dental care and prosthesis, prescription glasses and frames

Note: In this synthesis, whenever the term subscriptions is used without the qualification third party, it refers to insurance types of subscriptions or premium payments.