

# Rapport de stage

---

Stage auprès de l'ONG Louvain Coopération au Développement

**Francine Beya**

**01/02/2012**





# Table des matières

---

- 1. Description du projet de stage..... 4**
- 1.1.Présentation de l’organisme d’accueil ..... 4
- 1.2.Projets de stage ..... 4
- 1.3.Outils et méthodes ..... 7
- 1.4.Réflexion critique ..... 9
  
- 2. Question à nature économique..... 10**
  
- 3. Evaluation personnelle ..... 23**
  
- 4. Bibliographie..... 24**
  
- 5. Annexes ..... 25**

# 1. Description du projet de stage

---

## 1.1. Présentation de l'organisme d'accueil

J'ai effectué mon stage auprès du bureau régional en Afrique de l'ouest de l'ONG « Louvain Coopération au Développement ».

En tant que structure d'appui, l'ONG offre des solutions techniques à des partenaires locaux. Sa mission repose sur deux axes<sup>1</sup> :

- Faciliter la mise en œuvre d'actions améliorant les conditions de vie et de santé des populations pauvres, exclues ou marginalisées.
- Soutenir des initiatives visant l'amélioration du contexte politique, économique et social c'est-à-dire du bien-être en général.

L'ONG au Bénin compte deux domaines d'intervention : la sécurité alimentaire et économique et la santé/mutuelle de santé. Dans le domaine d'accès au soin de santé, l'ONG assure la promotion et le développement de mutuelles de santé qui permettent de partager les risques entre les membres.

D'un point de vue économique, l'ONG se positionne dans le domaine de l'économie du développement. Outillé des techniques modernes économiques (étude de faisabilité, d'impact, analyse de coûts-bénéfices...), Louvain Coopération au Développement apporte un appui technique à des partenaires dans des pays en voie de développement en inscrivant cet appui dans un cadre économique plus fort. Elle privilégie aussi l'autonomie des partenaires locaux. L'ONG ne travaille pas directement avec la population nécessiteuse mais passe pour apporter ce soutien à des ONG locales. Cette pratique s'inscrit dans une volonté d'amélioration de l'efficacité de l'aide en favorisant la durabilité des actions de développement.

## 1.2. Projet de stage

J'ai travaillé dans le domaine de l'accès au soin de santé en tant que conseillère technique d'un partenaire local, une ONG appelé GRO.P.E.R.E. Ma mission consistait à apporter des

---

<sup>1</sup> [www.louvaindev.org](http://www.louvaindev.org)

solutions marketing à deux mutuelles de santé appuyées par GRO.P.E.R.E. Ces mutuelles communautaires sont situées dans les communes, Bopa et Houéyogbé.

Le partenariat entre l'ONG locale et les mutuelles de santé va bientôt s'interrompre. Ces dernières devront donc se débrouiller par elles-mêmes pour financer leur core business. Cette capacité financière est reliée au nombre de villageois affiliés. Actuellement, les mutuelles n'ont pas suffisamment de bénéficiaires pour être indépendant. Ma mission qui consiste à trouver des solutions pour augmenter leur taux de pénétration s'inscrit donc dans une recherche d'autonomie financière.

Ces mutuelles communautaires sont localisées dans un milieu rural. Les habitants ont pour la plupart une activité professionnelle en rapport avec l'agriculture et ont peu de moyens financiers. Les mutuelles connaissent des problèmes au niveau de leur taux d'adhésion trop faible. Comme le nombre de bénéficiaires est une variable importante à leur survie des structures, il est important de trouver une combinaison d'actions promotionnelles qui attirerait la population non mutualiste à s'inscrire. J'avais donc pour mission d'élaborer une étude de marché, d'apporter des recommandations dans le domaine du marketing afin de stimuler leur taux de pénétration et de monter une campagne promotionnelle.

Ma durée de séjour ne durant que 3 mois, j'ai décidé en accord avec mon superviseur de me concentrer uniquement sur l'étude de marché. Celle-ci est divisée en 2 parties distinctes : la recherche théorique, documentaire et une partie pratique consistant en une enquête avec analyse statistique des résultats à la clé. Plus précisément pour les besoins de l'étude, j'ai eu pour fonction de :

- Monter une base de données reprenant des informations sur les mutualisés (nom, prénom, âge, sexe, numéro d'identification)
- Mettre sur pieds une enquête : élaborer les questionnaires, former les enquêteurs et les agents de saisie
- Analyser les données à l'aide d'un logiciel statistique
- Rédiger un rapport final reprenant les résultats de l'enquête et une liste de recommandations

Mon stage s'est divisé en trois parties

La première partie s'est déroulée à Cotonou où siège le bureau régional de l'ONG. Cette période m'a permis de faire un tour d'horizon des mutuelles de santé au Bénin et

d'étudier aussi le contexte économique et politique du pays. J'ai à cette période fait les recherches pour la partie documentaire du rapport ; comprenant une analyse économique, politique et socioculturelle (modèle PEST) et une analyse du marché.

Les difficultés à ce niveau étaient de 3 ordres :

1. Les mutuelles de santé et surtout celles communautaires sont des institutions récentes dans le paysage de la santé publique béninoise. Ainsi, comme pour toute activité de niche, les informations sont connues des personnes directement impliquées dans l'activité et s'échangent de manière très informelle. Ce qui signifie que beaucoup d'informations récoltées le sont auprès des professionnels de la santé et ne sont pas spécialement corroborées par des supports écrits formels.
2. Les mutuelles de santé communautaires sont des outils au service de la micro-assurance. Ce concept est aussi récent. Et peu d'études et de documents d'informations ont été produits à ce sujet.
3. D'une manière générale, il est très difficile d'obtenir d'informations économiques ou politiques sur le Bénin. Leur site de statistique nationale n'est pas régulièrement mis à jour. Et il n'existe pas de bibliothèque où sont disponibles des documents reprenant les indicateurs nationaux.

La deuxième partie s'est déroulée dans le département où se trouvent les mutuelles de santé. Mon séjour là-bas avait pour but d'être plus proche de la population cible et des mutuelles : aller à la rencontre des villageois, voir comment les mutuelles de santé fonctionnent et comment elles communiquent avec ses mutualistes et les non mutualistes. Pendant la période d'observation, j'ai organisé des réunions avec les différents membres de l'équipe technique des mutuelles : les membres du conseil d'administration, les gérants et les agents commerciaux.

Est venu ensuite le temps de préparer mon enquête. En effet, les mutuelles de santé avaient une idée des caractéristiques de leurs mutualistes mais elles étaient seulement basées sur l'expérience. De plus, elles n'ont jamais analysé leurs actions promotionnelles ni évalué leur efficacité. Mon enquête avait donc deux objectifs :

- Monter une base de données sur les caractéristiques de base des adhérents mutualistes et des chefs de ménage non mutualistes
- Analyser la politique marketing

L'enquête a eu lieu du 22 au 26 décembre 2011. J'ai été assistée d'une équipe de 16 enquêteurs et de 2 agents de saisie des données<sup>2</sup>.

La troisième étape s'est déroulée à Cotonou. La saisie des données s'est fait dans les locaux de GRO.P.E.R.E. Par contre, leur analyse s'est faite au siège au siège. J'ai utilisé comme outils d'analyse SPSS. Après le traitement des données, j'ai restitué les résultats de l'enquête à l'équipe de GRO.P.E.R.E. et celle des mutuelles de santé.

### 1.3. Outils et méthode

Avant de commencer l'enquête, j'ai d'abord du monter une base de données informatisée des mutualistes reprenant le nom, prénom, nom du village et numéro d'identification des adhérents. Ensuite je me suis intéressée à la méthode que j'allais utiliser pour sélectionner les adhérents.

Pour la méthode d'échantillonnage, j'ai décidé d'utiliser 2 techniques. La méthode par quotas a été privilégiée dans un premier temps tandis que la méthode EAS a été utilisée dans un second temps. Par cette hybridité, je voulais répondre au mieux aux exigences de représentativité liée à une analyse descriptive tout en évitant d'avoir un échantillon trop biaisé pour l'analyse statistique.

En ce qui concerne, la première méthode, j'ai utilisé comme référence le taux de pénétration dans chaque arrondissement. Ainsi les arrondissements dont le taux d'adhésion se rapprochait le plus du taux global ont été présélectionnés.

Nous arrivons à un nombre d'adhérents pour chaque commune de 409 pour Houéyogbé et de 377 pour Bopa.

Quant au tirage au sort des adhérents interviewés, il a été réalisé une fois arrondissements choisis. Une formule statistique fixe l'échantillonnage à 385 individus<sup>3</sup> pour chaque

---

<sup>2</sup> Plus d'informations sur les préparatifs de l'enquête sont données dans le point suivant.

<sup>3</sup> Pour le calcul des échantillons pour chaque commune, je me suis basée sur la formule suivante :  $n = \frac{z^2 + p(1-p)}{e^2}$  où n est la taille de l'échantillon, z est une constante issue de la loi normale selon un certain seuil de confiance, p est le pourcentage des gens qui présentent le caractère observé et e est la marge d'erreur d'échantillonnage choisie. Pour e et z, je vais utiliser les valeurs standards : une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance de 95%. Je suppose aussi que la population ciblée est représentée à hauteur de 50%.

mutuelle. Ces individus auraient du normalement représenter le groupe de traitement de mon analyse mais si l'on rajoute à ce nombre, les ménages faisant partie du groupe de contrôle, nous arrivons à plus de 1200 ménages à interviewer pour les 2 communes. Par faute de moyens et de temps, j'ai préféré considérer que les 385 ménages représentaient le groupe de traitement et de contrôle. J'ai aussi décidé de fixer le ratio entre mutualistes et non mutualistes à 50-50 (donc 192-193 pour chaque groupe).

Avant de lancer le tirage au sort, j'ai d'abord retiré des listes, les membres du conseil d'administration, ceux des mutuelles de santé et leur famille mais aussi les adhérents récents (moins d'1 an). J'ai donc tiré aléatoirement 191 adhérents pour Houéyogbé et 123 pour Bopa avec le logiciel Microsoft Excel 2007.

Pour la sélection du groupe de contrôle, j'ai privilégié une technique apurée de la méthode par appariement : il s'agit de trouver pour chaque individu dans le groupe de traitement, un individu ayant les mêmes caractéristiques observables. Comme caractéristiques, j'ai choisi le sexe et la tranche d'âge.

La saisie des données s'est faite aussi sur Microsoft Excel 2007 avant de les exporter sur SPSS. Le nettoyage et la préparation des données s'est faite sur SPSS. J'ai préféré utiliser ce logiciel car mes données étaient essentiellement qualitatives.

J'avais formulé plusieurs questions de recherche ayant pour objet les différences significatives entre les deux groupes dans le domaine de la santé.

Plus particulièrement, pour une question de recherche, j'ai voulu utiliser la méthode « Pearson product-moment correlation ». Mais mes données violaient le postulat d'homoscédasticité malgré une distribution graphiquement normale. Je me suis alors tournée vers le test Chi-carré mais mes données ne respectaient pas la règle des 80%. J'ai retrouvé ce même problème pour mes autres questions de recherches.

Ainsi, je n'ai pas pu valider statistiquement les résultats de mon enquête.



## 1.4. Réflexions critiques

L'un de mes principaux problèmes lors de mon stage fut le manque de communication avec mon maître de stage. Il était impliqué dans ma mission mais à cause d'une surcharge de travail, il n'a pas pu me suivre régulièrement. A cause de ce faible niveau d'accompagnement, j'ai perdu beaucoup de temps à trouver une méthodologie adéquate pour les enquêtes et à sélectionner les outils à utiliser. Par exemple, j'ai décidé de saisir les données des enquêtes sur le tableur Excel alors qu'il existe à côté un logiciel beaucoup plus flexible appelé EpiData ou encore j'ai dû rechercher moi-même les informations sur la manière d'administrer une enquête.

Bien que très formateur, j'aurais préféré avoir un accompagnement beaucoup plus rapproché de la part de mon maître de stage.

De plus, les codes du travail sont différents entre la Belgique et le Bénin. Il a fallu appréhender ces règles qui parfois ne sont pas productives.

L'un des problèmes aussi dans la bonne réalisation de mon étude de marché fut mon manque d'expérience et le fait que je n'ai pas pu limiter ma charge de travail. Ces caractéristiques jouent négativement dans la valeur finale de ma mission. Si je ne m'étais concentrée uniquement sur l'enquête, mon travail aurait été plus abouti.

Maintenant à côté de ces points négatifs, je reconnais avoir eu de la chance de me voir proposer un stage où j'ai pu me dépasser et où j'ai pu effectuer des tâches que l'on ne confie pas à une étudiante. Cette expérience a été très formatrice d'un point de vue professionnel et personnel.

## 2. Question à nature économique

---

### L'asymétrie de l'information dans les mutuelles de santé communautaire Adongo et Zanninon

Comme dans d'institution de crédit, les mutuelles de santé et plus généralement les organismes d'assurances, sont aussi confrontées au phénomène d'asymétrie de l'information.

En ce qui concerne la sélection adverse, son fonctionnement peut être expliqué ainsi : afin de se prémunir contre les coûts de soins provenant des assurés à haut risque, les assureurs augmentent le montant de leur prime. Ce montant devenant élevé par rapport à leur niveau de risque, les individus avec un risque faible vont préférer ne pas contracter d'assurance. Ainsi, l'ensemble des assurés seront porteurs d'un « risque moyen plus important que celui de l'ensemble de la population »<sup>4</sup>. Ceci mène à une augmentation du montant des primes entraînant une plus grande fuite des faibles porteurs de risque. Finalement, les assureurs se retrouvent à n'assurer que les gros risques ce qui pourrait conduire à un effondrement du marché.

Quant à l'aléa moral, cette situation existe lorsque l'assureur ne peut pas connaître l'état de santé de l'assuré. Le fait d'être couvert par une assurance change le comportement de l'assuré face au risque. Le phénomène se situe à deux niveaux :

- Aléa moral ex ante : « le fait d'être assuré réduisant la propension à réduire le risque maladie par des actions de prévention »
- Aléa moral ex post : « si la demande de soins est sensible au prix, la baisse du prix apparent des soins du fait de l'assurance conduirait les personnes à augmenter leur consommation de soins »

Il existe aussi un troisième type d'asymétrie de l'information au sein même de la relation entre médecin et patient. On dit qu'il y a asymétrie lorsque le médecin détient des informations sur l'état de santé de son patient ou sur d'autres variables médicales que celui-ci ne connaît pas.

---

<sup>4</sup> V. FARGEON, L'Economie de la Santé, pg 17

L'économie de la santé se penche sur les différentes solutions à apporter à ce dysfonctionnement du marché.

Dans le cas de la sélection adverse, deux éventualités apparaissent :

- Le cas d'une assurance privée : les assureurs fixent le montant de la prime d'assurance selon le coût individuel que génère le preneur d'assurance. Pour avoir une estimation de ce coût, l'assureur regroupe des informations sur les caractéristiques observables (sexe, âge, activité professionnelle) mais aussi moins directement observables (état de santé, antécédents médicaux, ...). L'assureur complète ces renseignements avec des informations sur le risque de l'assuré de façon directe (tests médicaux) ou de façon indirecte (couplage de certains contrats d'assurance avec l'accès à d'autres services)
- Le cas d'une assurance publique : en rendant une certaine catégorie d'assurance obligatoire, le secteur public limite la portée de la sélection adverse car tous les types de risques sont rassemblés dans cette assurance.

Quant à l'aléa moral, il est possible de limiter le phénomène en mettant un place un mécanisme de co-paiement (franchise ou ticket modérateur). En faisant payer une partie du coût du soin, les assureurs poussent les assurés à se responsabiliser.

En quoi est-ce que les mutuelles de santé communautaires étudiées seraient-elles un cas particulier ?

D'abord voyons ce que le terme « mutuelle de santé » communautaire englobe. Un système de mutuelle de santé est un moyen parmi d'autres d'offrir une assurance à un individu. Elle est définie comme « une association volontaire de personnes à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions des adhérents et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène en leur faveur et en celle de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux en général et du risque maladie en particulier<sup>5</sup>. »

Dans les pays en voie de développement, la mutuelle de santé est un outil d'accès à l'assurance utilisé par un pan de la micro-finance appelé, micro-assurance. Ce dernier est en fait « un système qui utilise (entre autres) le mécanisme de l'assurance et dont les bénéficiaires sont au moins en partie des personnes exclues des systèmes formels de protection sociale, en particulier les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles. Il

---

<sup>5</sup> Guide de Gestion d'une Mutuelle de Santé en Afrique, STEP/BIT, 2003

se distingue des systèmes créés pour assurer la protection sociale légale des travailleurs de l'économie formelle. »<sup>6</sup>

Le bon fonctionnement de la mutuelle s'appuie sur trois fondements :

- le prépaiement et la mutualisation des risques ;
- le partage des risques et
- la garantie de couverture

La mutuelle de santé peut être initiée de six manières<sup>7</sup> : communautaire, gérée par le prestataire, corporatiste, ethnique, informel, pour des groupes déjà existant. Ici, nous nous intéressons plus particulièrement aux mutuelles communautaires, donc gérés par la communauté et dont l'adhésion se fait le plus souvent sur base géographique.

Les mutuelles de santé Zanninon et Adongo évoluent dans un environnement rural et pauvre. Les villageois ne connaissent pas ou accordent peu d'importance aux pratiques qui diminuerait le risque maladie. Par exemple, dans le cadre de leur travail, peu porte les protections adéquates à une activité à risque ; et le milieu de vie ne répond pas à toutes les normes d'hygiène. La population cible habite donc dans un environnement propice à l'apparition de maladies. Seulement une frange de la population est scolarisée et très peu ont un diplôme supérieur. Les mutuelles proposent un même paquet de soins pour tous. Les soins couverts sont basiques ; ils comprennent les accouchements, les consultations simples et celles prénatales avec les médicaments génériques délivrés lors de la prestation. Les cotisations par contre diffèrent d'une mutuelle à l'autre : le montant est plus petit à Zanninon qu'à Adongo<sup>8</sup>.

De plus, les inscriptions sont ouvertes à tous. Il suffit d'adhérer auprès d'un membre de l'équipe des mutuelles. Aucune question sur les antécédents médicaux ou sur l'état de santé actuel n'est posée.

Cette absence de vérification et le fait que les primes ne soient pas variables, sont des facteurs marquant le phénomène d'asymétrie informationnelle.

---

<sup>6</sup> Micro-assurance, la Micro-assurances dans les Pays du Sud, Chaire CERA/Steunpunt Cooperatief Ondernemen, 2007, pg 1

<sup>7</sup> M.-P., WAELKENS et B., CRIEL, Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne, Etat des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche, pg 6

<sup>8</sup> Cette différence est due à un cout moyen de prestation plus élevé dans les centres de santé faisant partie de la couverture d'Adongo.

Quels sont les mécanismes qu'elles ont mis en place pour réduire l'effet des asymétries informationnelles ?

- sélection adverse
  - Adhésion familiale : l'adhésion ne peut se faire que par ménage théoriquement car en pratique, les chefs de famille peuvent s'affilier individuellement. Si nous prenons l'exemple de la mutuelle d'Adongo, alors que les célibataires représentent moins de 5% de l'échantillon de mutualistes, les adhésions individuelles représentent un peu plus de 50% des adhésions<sup>9</sup>.
  - Délai de probation : le nouvel adhérent doit se soumettre avec ses personnes à charge à un délai de 3 mois sans couverture.
- aléa moral
  - Co-paiement : le ticket modérateur s'élève à 25% ; c.-à-d. que les mutualistes ne paient que le quart des coûts de la consultation (médicaments compris)
  - Médecin conseil : un médecin indépendant est attaché aux mutuelles et audite les ordonnances de médicaments pour cibler les sur-prescriptions.

Ces mesures sont-elles efficaces face à l'asymétrie de l'information ? Les indicateurs du tableau de bord des mutuelles nous montrent que ces mesures ne sont pas suffisantes. En effet, Au mois de septembre, le taux de sinistralité de la mutuelle Zanninon était de 108% tandis que celui d'Adongo atteignait les 133%<sup>10</sup>!

Ces chiffres mettant la survie des mutuelles en danger, il est important de trouver des solutions limitant l'impact de l'asymétrie de l'information tout en prenant compte des particularités de l'environnement dans lequel elles évoluent (niveau de scolarisation des responsables de la mutuelle, capacité financière de la population cible, faible ressources financières et humaines disponibles, ...). La question à nature économique est donc « **Quels sont les solutions à apporter aux problèmes d'asymétrie de l'information dans les mutuelles de santé communautaire ?** »

C'est pourquoi dans ce chapitre, je vais rechercher les différentes solutions que la littérature économique apporte au problème d'asymétrie en espérant qu'il y en ait une qui convienne aux mutuelles de santé.

---

<sup>9</sup> Restitution des Enquêtes sur le Terrain Menées pour le compte de la Mutuelle de Santé Adongo, Résultat des Enquêtes, pg 13

<sup>10</sup> Ces chiffres sont issus du tableau de bord 2011 des mutuelles de santé.

D'un point de vue méthodologique, l'élaboration de ce travail se base sur beaucoup de recherches théoriques. J'ai consulté différentes bases de données électroniques pour trouver des articles scientifiques. Quant à la confrontation avec le cas des mutuelles, elle s'appuie sur le résultat des enquêtes sur le terrain que j'ai effectuées et sur des informations informelles données par les parties prenantes.

La difficulté de cette analyse réside dans le fait que la littérature scientifique ne foisonne pas d'articles sur la micro-assurance et plus particulièrement, l'asymétrie informationnelle dans les mutuelles de santé. Le concept de dernier étant assez récent, je n'ai trouvé que des études de cas qui abordaient cette problématique très superficiellement. Je voulais en premier lieu utiliser des articles se concentrant strictement sur le cas des mutuelles de santé mais ne trouvant pas de documents pertinents, je me suis rabattue sur des articles plus généraux.

Dans les points qui suivent, j'ai rassemblé tous les articles exposant les différentes solutions dont les assureurs disposent pour réguler leur marché.

Commençons par les solutions envisagées dans le cas du risque moral.

L'aléa moral peut être circonscrit grâce à des mécanismes de responsabilisation de la demande. La participation financière fait partie de ces mécanismes. Elle a l'avantage de procurer les « incitations nécessaires à réaliser des arbitrages », donc à prendre une décision de soins à partir du coût de la consultation. L'implication est de trois ordres :

- une franchise non liée aux dépenses engendrées. Donc en plus de son rôle dans la sélection adverse, ce système est aussi utile dans l'aléa moral.
- un co-paiement (par exemple, le ticket modérateur).
- Les plafonds de remboursement

Bien qu'étant identifié comme les solutions d'un seul problème, les deux premiers instruments n'ont pas le même objectif économique. La franchise pousse « les assurés à se prémunir contre le risque d'avoir recours au système de santé » tandis que le ticket modérateur permet en plus de modérer les dépenses médicales (Winter, 1992).

Les taux doivent être fixés de manière raisonnable et tenir compte des capacités financières de la population cible. Il faut trouver « le juste arbitrage entre le degré de couverture

assurantielle et les incitations individuelles à éviter la surconsommation de soins »<sup>11</sup> tout en sachant que « le risque individuel de surconsommation serait inversement proportionnel au risque financier supporté par le patient. »<sup>12</sup>

J'avais tendance à trouver le système de franchise plus intéressant pour les mutuelles de santé car je ne voyais que le problème financier que posait le trop grand recours au service couvert. Mais installer ce système occulterait l'un des principes des mutuelles dans le contexte de micro-assurance qui est d'assurer l'accès au marché de l'assurance au plus démunis. Maintenant, le système de ticket modérateur qu'utilisent les mutuelles de santé n'est pas assez efficace. L'augmenter ne serait pas possible pour la raison que j'ai citée ci-dessus. Normalement, la fixation du ticket modérateur qui « réalise l'arbitrage optimal entre la réduction de ces inefficacités et le bénéfice procuré par la mutualisation des risques »<sup>13</sup>, se détermine après des études théoriques et micro-économétriques. Mais les mutuelles n'en ont plus réalisées depuis leur étude de faisabilité en 2004.

Quant au plafonnement des remboursements, cette option avait déjà été envisagée par les responsables mais elle a été rangée car ces derniers pour des raisons de vision voulaient offrir un recours illimité aux soins.

Tournons nous maintenant vers le phénomène d'anti-sélection.

Arrow (1963) déclare que « l'assurance nécessite, pour avoir un effet social pleinement bénéfique, une discrimination des risques qui soit la plus grande possible » ; c.à.d. que les porteurs de gros risques se voient attribuer une forte participation financière tandis que les porteurs de faibles risques paient des cotisations moins élevés. Cette déclaration est un argument favorable à l'existence du système des franchises. Ce procédé permet à l'assureur de laisser à l'assuré le choix de son type d'assurance et d'ainsi révéler son degré de risque : « l'assuré à risque élevé nourrit davantage de craintes vis-à-vis d'une franchise d'assurance parce que sa fréquence d'accident est plus importante ; l'assuré à bas risque est plus enclin à supporter le risque de remboursement partiel lié à la franchise car sa fréquence de sinistre est moindre. »<sup>14</sup>

---

<sup>11</sup> F., PANNEQUIN, Risques et Asymétrie de l'Information, in : *Risques, Les Cahiers de l'Assurance*

<sup>12</sup> Idem

<sup>13</sup> S., CHAMBARETAUD et L., HARTMANN, Economie de la santé : Avancées Théoriques et Opérationnelles, in : *Revue de l'OFCE*, octobre 2004, pg 256

<sup>14</sup> F., PANNEQUIN, Risques et Asymétrie de l'Information, in : *Risques, Les Cahiers de l'Assurance*

J'ai expliqué plus haut pourquoi le système de franchise n'était pas le plus approprié aux mutuelles de santé.

Rotshild et Stiglitz eux nous proposent l'approche des contrats différenciés. L'assureur propose ainsi à ses assurés deux types de contrats : un complet et un autre partiel à moindre coût. Les porteurs de hauts risques se dirigeront vers le premier type d'assurance tandis que les bas risques vers le second.

Cette méthode est intéressante. Elle permettrait une auto-sélection de la part des assurés et éviterait d'engendrer des dépenses en coût d'informations. Cependant vu le peu de soins assurés (trois soins pris en charge), je ne pense pas que les contrats différenciés en valent le coup.

En plus, de l'option des franchises, les travaux d'Arrow et Rothschild & Stiglitz ont aussi suscité le développement d'autres systèmes de régulation.

En premier lieu, nous avons la classification statistique des risques<sup>15</sup>. A partir d'indicateurs statistiques liés au risque, les assureurs peuvent diviser la population en plusieurs catégories. Si la segmentation de la population a bien été effectuée, il en résulte la composition de plusieurs groupes liés à des niveaux de risque différents.

Donc à chaque catégorie correspond un degré de risque sur base duquel un tarif est fixé. Il a été prouvé que cette technique permet d'améliorer la sélection des assurés et l'attribution adéquate du tarif à ceux-ci ; ce qui diminue l'impact de l'anti-sélection<sup>16</sup>.

Dans le cas des mutuelles de santé, la méthode pourrait être appliquée. Grâce à l'enquête, elles disposent maintenant d'une base de données à partir de laquelle il est possible de catégoriser les mutualistes. Les variables à fort potentiel catégorisables sont :

- l'âge : les personnes les plus vulnérables sont celles ayant moins de 5 ans et plus de 60 ans<sup>17</sup>.
- la taille du ménage : plus le ménage est grand, plus le niveau de risque a des chances d'être « déconcentré »<sup>18</sup>.

---

<sup>15</sup> F., PANNEQUIN, Risques et Asymétrie de l'Information, in : *Risques, Les Cahiers de l'Assurance*

<sup>16</sup> Idem

<sup>17</sup> Dans les tableaux d'indicateurs issus de l'OMS, les personnes de moins de 5 ans et de plus de 60 ans constituent souvent des catégories à part.

<sup>18</sup> F., PANNEQUIN, Risques et Asymétrie de l'Information, in : *Risques, Les Cahiers de l'Assurance*



- le niveau d'étude : les membres accumulant le moins d'années d'étude sont moins enclins à adopter de bonnes pratiques sanitaires.
- l'activité professionnelle : certains métiers comme l'agriculture (où les travailleurs manient encore la machette) ou encore les conducteurs de taxi-moto (où la plupart des conducteurs ne portent pas de casque de protection) comportent plus de risque que d'autres (enseignants, coiffeuse, ...)

La population étant extrêmement sensible au prix<sup>19</sup>, la variation du montant des primes n'a pas besoin d'être importante. Ainsi, les responsables des mutuelles n'empêchent pas les plus démunis à risque de s'affilier.

En deuxième lieu, le mécanisme de bonus-malus<sup>20</sup> permet d'ajuster les termes des contrats d'assurance selon l'historique des assurés. « Il se justifie à la fois parce qu'il permet de réduire l'aléa moral (voir Lambert, 1983) et parce qu'il améliore la classification des risques. »<sup>21</sup>

Cette technique est complètement applicable. Les mutuelles de santé conservent les attestations des mutualistes. En conséquence, les responsables peuvent mettre sur pieds un historique des consultations et de varier le montant de sa prime en fonction du nombre de consultations dans un centre de santé et les coûts engendrés.

Cependant, je trouve que l'application de ce système sur le marché de l'assurance maladie soulève certaines préoccupations éthiques. En effet, l'apparition de certaines maladies est indépendante du comportement humain. Ainsi, un mutualiste qui serait atteint d'une maladie engendrant des coûts élevés, ne devrait pas voir sa prime augmentée car il n'est en rien coupable.

En dernier lieu, la théorie nous propose la période probatoire qui est « une clause d'un contrat d'assurance selon laquelle la couverture prend effet non pas à la signature du contrat mais au-delà d'un certain délai. »<sup>22</sup> Fluet (1991) prouve que la période probatoire joue le rôle de révélateur de la nature de l'assuré. En effet, si cette période est variable, un porteur de hauts risques ne voudrait pas attendre plusieurs mois pour être couvert par l'assurance. Il serait plus enclin à payer afin de raccourcir cette période.

---

<sup>19</sup> M.-P., WAELKENS et B., CRIEL, *Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne, Etat des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche*, pg 94

<sup>20</sup> F., PANNEQUIN, *Risques et Asymétrie de l'Information*, in : *Risques, Les Cahiers de l'Assurance*

<sup>21</sup> Idem

<sup>22</sup> Idem

Cette solution est aussi faisable dans le contexte des deux mutuelles étudiées. Ces dernières proposent déjà une période probatoire invariable et commune à tous les nouveaux adhérents, d'une durée de 3 mois. Je ne crois pas que la liaison de cette période avec un niveau de tarif variable soit préjudiciable financièrement aux mutualistes.

Une fois que l'assuré a trouvé la solution adéquate pour circonscrire les effets de l'anti-sélection, il lui reste encore à régler le problème de la continuité dans le temps : qu'un bas risque ne devienne pas un haut risque. Cochrane (1995) nous propose une solution qui permet de surmonter cette difficulté via un mécanisme de paiements libératoires : chaque assuré verrait son compte spécifique crédité ou débité selon l'évolution du risque.

A côté de toutes ces solutions que j'ai proposées ci-dessous, il en existe encore d'autres touchant à d'autres domaines d'intervention telle que la mise en place d'une stratégie de dissuasion pour les risques élevés en limitant l'accès à des spécialistes et l'instauration d'une politique de promotion en combinant l'offre d'assurance avec d'autres services.

Jusqu'à présent nous avons supposé que la demande en soins de santé émanait des assurés. Maintenant essayons de prendre le problème dans l'autre sens. Un courant de pensée économique explique que les problèmes de surconsommation médicale découleraient de la théorie de la demande induite. Rice (1983) définit la demande induite comme « la capacité des médecins à choisir une quantité ou une qualité de traitement différente de celle que choisiraient les patients si ceux-ci disposaient de la même information, cette théorie reposant sur l'hypothèse d'un avantage informationnel des offreurs de soins. »<sup>23</sup>. Les économistes derrière cette théorie déclarent donc que la demande en soins de santé ne provient pas du patient mais des médecins. Ainsi si les compagnies d'assurance veulent régler le problème d'aléa moral, elles ne doivent plus regarder du côté des assurés mais plutôt celui des prestataires de soins. Elles doivent donc rechercher « les modes de rémunération et de régulation optimale des offreurs de soins »<sup>24</sup>. Comme l'avancent Bardley et Lesur (2004), « il est inefficace d'introduire des mécanismes de responsabilisation de la demande, en privant des individus avertis au risque d'une mutualisation complète, si le niveau de consommation médicale, et donc la surconsommation qui lui est associée, provient des offreurs de soins. »

---

<sup>23</sup> D., BARDEY et R., LESUR, Régulation Optimale du Système de Santé dans un Contexte de Demande Induite et de Risque Moral, 2004, pg 3

<sup>24</sup> Idem

Bien que les théories de la demande de soins et de la demande induite soient contradictoires, Badley et Lesur (2004) trouvent intéressant d'utiliser la grille de lecture utilisée pour la première théorie pour expliciter la seconde. En effet, « la capacité des médecins à manipuler les patients dans leur propre intérêt dépend du niveau de participation de ces derniers à leurs dépenses de santé ».<sup>25</sup>

Pour limiter la surprescription des prestataires de soins, Chambaretaud et Hartmann (2004) montre que l'assureur souhaite par leur rémunération influencer leur comportement en terme s d'efficacité productive ; c.à.d. qu'elle ne sera pas basée sur les coûts auxquels font face les prestataires.

Il existe deux modalités de paiement ; les rétrospectifs et les prospectifs. Les premiers consistent à rembourser les coûts constatés tandis que les derniers représentent un montant forfaitaire fixé ex ante. Il est généralement prouvé que le paiement par montant fixe est préférable au remboursement sous réserves d'absence de sélection ou d'écrémage de clientèle<sup>26</sup>.

La fixation de ce montant forfaitaire est aussi sujette à plusieurs techniques de calcul. Les deux auteurs en épinglent un. En gros dans un contexte de concurrence entre établissements de soins, différents tarifs sont imposés aux établissements qui dans leur effort de réduction des coûts vont à l'équilibre arriver au même prix.

Donc l'un des avantages de cette méthode de montant forfaitaire est que les coûts sont contrôlés. Par contre, si la demande est trop forte par rapport au budget alloué, des mécanismes de rationnement apparaissent avec les listes d'attente<sup>27</sup>.

La théorie de la régulation de l'offre semble intéressante pour les mutuelles de santé mais peu réalisable pour les établissements de soins publics à cause du manque d'intervention de l'état. Par contre avec les centres de santé privés, même si nous contournons l'obstacle état, d'un point de vue financier, cela restera compliqué d'appliquer la régulation de l'offre de cette manière.

---

<sup>25</sup> S., CHAMBARETAUD et L., HARTMANN, Economie de la santé : Avancées Théoriques et Opérationnelles, in : *Revue de l'OFCE*, octobre 2004, pg 254

<sup>26</sup> Op. Cit., pg 258

<sup>27</sup> Idem

En outre, les mutuelles appliquent déjà une variante de la régulation de l'offre. En effet, par l'intervention du médecin conseil, elles essaient à leur manière de lutter contre l'« aléa moral des prestataires » en auditant les attestations de soins.

Au-delà de l'avantage financier et de l'équilibre économique que cela peut apporter, on peut voir dans ce partenariat entre les agents de santé et les mutuelles un outil d'émancipation des mutuelles. En effet, en finançant la plupart des rentrées des centres de santé, elles auront un plus grand pouvoir de négociation et pourront avancer leurs opinions avec plus d'assurance dans des sujets controversés tels que la vente de médicaments parallèle ou encore la qualité d'accueil des mutualistes.

Pour conclure, les mutuelles de santé Zanninon et Adongo sont confrontés à des problèmes financiers dus à leur faible taux d'adhésion et à un taux de sinistralité très élevé pour de petites structures. Un taux de sinistralité élevé veut dire qu'elles dépensent plus d'argent en recouvrement de soins qu'elles n'en perçoivent avec les cotisations. Donc en gros, elles ont plus de mutualistes porteurs de risque élevé que de mutualistes à bas risque. Cette situation peut être vue selon deux grilles de lecture : l'aléa moral et la sélection adverse. Je suis donc passée par l'asymétrie informationnelle pour rechercher des solutions à apporter aux mutuelles.

La littérature économique n'étant pas très prolifique sur l'asymétrie de l'information dans le cas de mutuelles de santé dans les pays en voie de développement, j'ai basé mon analyse sur les solutions qu'elle apporte dans le secteur de l'assurance en général. Afin de coller avec mon sujet de départ, j'ai établi des parallèles à chaque proposition en voyant si l'une d'elles étaient applicables aux mutuelles.

Il en résulte que d'une manière générale les propositions trouvées sont pour une partie déjà appliquées par les deux institutions de micro-assurance ou peuvent dans l'absolu l'être à une ou deux solutions près.

Si nous prenons le phénomène d'aléa moral, les articles scientifiques nous proposent trois solutions : le ticket modérateur, la franchise et le plafonnement des remboursements. Le système du ticket modérateur est déjà utilisé mais vu les indicateurs financiers, il n'est pas efficace. Concernant la franchise, elle ne répond pas au principe éthique du secteur de la micro-assurance. Quant au plafonnement, déjà envisagé par les mutuelles, il avait été rejeté.

Pour la sélection adverse, les économistes offrent six propositions : la franchise, les contrats différenciés, la classification statistique des risques, le bonus-malus et la période probatoire.

Le système de franchise intrinsèquement ne rentre pas en adéquation avec les principes des mutuelles tandis que les contrats différenciés ne me semblent pas utiles dans le cas d'un paquet de soins léger. En ce qui concerne le système de bonus-malus, j'ai exprimé quelques préoccupations éthiques qui découleraient de son introduction.

La classification statistique des risques est un projet réalisable grâce aux résultats des enquêtes. Quant à la période probatoire, elle est déjà utilisée par les mutuelles mais la petite variante que proposent les économistes est plus intéressante.

Des auteurs ont aussi souligné l'existence d'un 3<sup>e</sup> groupe de solutions repris sous le terme de régulation de l'offre. Cette proposition s'adresse seulement à l'aléa moral ex post. Mais cette théorie est difficilement applicable à cause du manque d'intervention de l'état et des grands moyens financiers qu'elle demande.

Dans la recherche d'une combinaison optimale de solutions qui réduisent l'aléa moral et l'anti-sélection, il ne faut pas oublier que les mutuelles de santé dans le secteur de la micro-assurance peuvent être limitées dans leur volonté de tarification du risque. Bocognano et al. (1998) recensent cinq facteurs à l'origine de cette difficulté<sup>28</sup> :

1. les contraintes techniques telles que le coût de collecte des informations ou le manque de fiabilité des informations. Comme contrainte, j'ajouterais aussi le niveau d'étude des responsables
2. la taille du groupe assuré qui limite le nombre de facteurs de risques qui peuvent être pris en compte,
3. la multiplication des catégories tarifaires qui entraîne des coûts de gestion très (trop) élevés,
4. la dimension éthique qui peut amener l'assureur à ne pas prendre en compte certains facteurs de risque et
5. enfin l'interdiction par l'État de certains critères de tarification.

Pour conclure, afin de pérenniser leur situation financière, les mutuelles doivent très urgemment trouver un moyen de régler au mieux le problème d'asymétrie de l'information.

---

<sup>28</sup> F., PANNEQUIN, Risques et Asymétrie de l'Information, in : *Risques, Les Cahiers de l'Assurance*

Le tout maintenant est de trouver un compromis entre les exigences financières et économiques et leur objectif social.

### 3. Evaluation personnelle

---

C'était la 1<sup>ère</sup> fois que j'effectuais un stage en entreprise et ce fut globalement une bonne expérience pour moi. J'ai été considérée comme une employée à part entière au lieu d'une stagiaire. Cette autonomie fut accompagnée de beaucoup de responsabilités : planification de la mission, rédaction des documents de travail, bon déroulement du projet. Cette liberté avait aussi un prix. En effet, parfois la charge de travail était conséquente et exigeait des compétences que je n'avais pas spécialement.

Je ne me suis pas cantonnée à un aspect de ma mission : j'ai d'abord fait une recherche théorique, ensuite j'ai réalisé de A à Z une enquête avec rédaction des questionnaires et gestions des équipes d'enquêteurs, puis j'ai analysé les données récoltées et enfin, j'ai apporté des solutions marketing. Ainsi, le contenu de mon travail était très diversifié.

Quelqu'uns de mes cours m'ont aussi aidé à mieux cerner les besoins de ma mission comme par exemple, le cours de micro-économétrie appliquée qui m'a aidé à répondre aux exigences statistiques de ma mission et le cours de « household behaviour and strategies » qui m'a aidé à mieux comprendre le comportement des ménages pauvres.

Le fait d'avoir de faible connaissance en marketing a à certain moment été un handicap dans la réalisation de la mission. En effet, je perdais parfois du temps à rechercher des informations ce qui ralentissait mon travail. Cependant avoir un bagage en économie m'a servi car cela m'a aidé à connaître les statistiques qui sous-tendent les réalités sur le terrain. En effet, avoir des connaissances seulement en marketing ne m'aurait pas spécialement permis de voir les particularités de la population dans lesquelles les mutuelles de santé évoluent.

Concernant les compétences acquises, le fait d'être entièrement responsable d'un projet m'a permis de mieux me connaître professionnellement parlant. Certains traits de caractère se sont renforcés comme l'autonomie, la prise d'initiatives, la persévérance, d'autres que j'ai découverts comme la débrouillardise et enfin certaines faiblesses se sont atténuées comme la gestion du temps et la planification d'activités.

## 4. Bibliographie

---

### 4.1. Ouvrage

- V. FARGEON, L'Economie de la Santé, PUG, 2009

### 4.2. Articles scientifiques

- S., CHAMBARETAUD et L., HARTMANN, Economie de la santé : Avancées Théoriques et Opérationnelles, in : *Revue de l'OFCE*, octobre 2004, pg 237-268
- L., ROCHAIX, Asymétries d'Information et Incertitude en Santé : les Apports de la Théorie des Contrats, in : *Economies & Prévisions*, n°129-130, mars 1997

### 4.3. Rapports

- Guide de Gestion d'une Mutuelle de Santé en Afrique, STEP/BIT, 2003
- M.-P., WAELKENS et B., CRIEL, Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne, Etat des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche, HNP Discussion Paper, Mars 2004
- Restitution des Enquêtes sur le Terrain Menées pour le compte de la Mutuelle de Santé Adongo, Résultat des Enquêtes, 2011
- Micro-assurance, la Micro-assurances dans les Pays du Sud, Chaire CERA/Steunpunt Cooperatief Ondernemen, 2007, pg 1

### 4.4. Autres

- D., BARDEY et R., LESUR, Régulation Optimale du Système de Santé dans un Contexte de Demande Induite et de Risque Moral, 2004

### 4.5. Document électronique

- F., PANNEQUIN, Risques et Asymétrie de l'Information, in : *Risques, Les Cahiers de l'Assurance*, n°81, Mars-Juin 2010

URL : [http://www.ffsa.fr/webffsa/risques.nsf/html/Risques\\_81-82\\_0023.htm](http://www.ffsa.fr/webffsa/risques.nsf/html/Risques_81-82_0023.htm) ; mis à jour en décembre 2011 ; consultée le 29 janvier 2012



## 5. Annexes

---