

Raconte-moi ta mutuelle

→ Un savoir-faire partagé

Synthèse [Août 2010]

→ Préambule

Les textes et les images ci-après rendent compte de l'expérience de l'ONG Louvain Coopération au Développement et des ONG locales avec lesquelles elle collabore depuis de nombreuses années.

Louvain Coopération au Développement

est l'ONG de l'Université Catholique de Louvain. Elle fait partie des services à la société de cette université.

Le travail présenté a été réalisé en étroite collaboration avec la **Fondation BRS**

Cette Fondation est active en micro-finance et micro-assurance dans les pays du Sud. Elle est persuadée que l'épargne et l'octroi de crédit ne peuvent constituer un but en soi, mais au contraire un moyen de, non seulement augmenter la prospérité mais aussi de consacrer l'attention voulue au bien-être des populations.

La Fondation BRS contribue avec Louvain Coopération au Développement à des projets de mutuelles de santé au Togo et au Bénin.

Nous avons rassemblé dans ce travail de capitalisation les thèmes essentiels suivants :

1. **L'étude de faisabilité**
2. **Les comités d'initiatives**
3. **Les sensibilisations et le recouvrement des cotisations**
4. **La gestion communautaire**
5. **Les partenariats avec le secteur de la santé**
6. **L'environnement institutionnel**
7. **Le point sur les questions de recherche dans le domaine des mutuelles de santé en Afrique aujourd'hui**

(en collaboration avec l'Unité de Politique et de Financement de Santé du Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers).

« **Une mutuelle de santé est une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions de ces derniers 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.**

Une mutuelle de santé met en jeu un instrument financier, l'assurance, et repose sur un certain nombre de principes de base parmi lesquels figurent la solidarité et la participation. »

(Guide de gestion d'une mutuelle de santé en Afrique, STEP / BIT, 2003).

→ 1. L'étude de faisabilité

Pour lancer une étude de faisabilité, de nombreux détails sont disponibles dans des guides méthodologiques internationaux comme le « *Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé, Tome I, Démarche et Tome II, Outils* », édité par le programme STEP du BIT en 2002.

Le fonctionnement de la mutuelle se base sur quatre questions fondamentales auxquelles l'étude faisabilité doit répondre avant de se lancer dans la mise en œuvre :

- **Quels services offrir ?**
- **Quelle cotisation demander ?**
- **Avec quelles formations sanitaires signer des conventions ?**
- **Quels mécanismes adopter pour atteindre le plus de bénéficiaires possibles ?**

Quels services ?

De nombreuses discussions portent sur la pertinence de prendre en charge les petits risques ou les gros risques. Certains promoteurs pensent que la prise en charge des petits risques n'est pas une priorité puisque les montants à payer par le patient sont peu élevés, contrairement aux gros risques.

Mais, nos études montrent que :

- Seulement 20 % des ménages arrivent à payer l'entièreté des dépenses de santé au centre de santé, c'est à dire les petits risques...
- Le temps de latence (temps durant lequel les ménages cherchent de l'argent avant de se rendre au centre de santé) peut être assez élevé ce qui aggrave la maladie et augmente son coût.

- De nombreux témoignages illustrent les difficultés que peuvent rencontrer des ménages particulièrement vulnérables à prendre en charge les soins de premier niveau.

En conséquence, nous n'excluons aucun service ou prestation. Le choix se décide par les communautés et un scénario « prestation – cotisation » peut tout aussi bien inclure à la fois des petits et des gros risques.

Quelles cotisations ?

Pour bénéficier des services de la mutuelle, chacun de ses membres devra libérer une cotisation. Le montant de celle-ci est calculé sur base d'hypothèses et de données issues principalement des structures de soins de santé.

On cherche donc à évaluer le coût moyen d'un épisode maladie. Ces informations seront utiles pour calculer le montant de la cotisation sur base des choix opérés par la communauté, en tenant compte de ses capacités contributives.

La littérature mentionne deux façons de calculer la cotisation :

- L'une en partant de la capacité contributive des futurs membres de la mutuelle ; on essaye de voir quels soins pourront être pris en charge avec ces montants.
- L'autre en partant de leurs attentes en matière de santé, sur base de quoi on calcule le montant de la cotisation.

Les attentes sont souvent nombreuses. Les cotisations qui pourraient les couvrir dépassent souvent et largement la capacité de paiement des populations. C'est pourquoi, nous préférons partir de la première option pour le calcul du couple « prestation – cotisation ». En effet, dans nos zones d'intervention, la majorité de la population cible vit en dessous du seuil de pauvreté (moins d'un dollar US par jour et par personne).



On recherche :

- dans « l'enquête ménages », les montants dépensés par les malades lors de leur dernière visite au centre de santé.
- dans « l'enquête prestataires » le coût moyen d'un épisode maladie.

La cotisation doit être calculée sur base des préférences des populations (en termes d'offre de service) et de la capacité contributive des membres potentiels. C'est pourquoi l'enquête destinée aux prestataires de soins doit être réalisée après celle s'adressant aux ménages et aux leaders d'opinion.

Avec quelles formations sanitaires signer des conventions ?

L'enquête auprès des prestataires répond essentiellement à la question : Comment caractériser l'offre de soins ?

Les données recherchées dans les formations sanitaires sont les suivantes :

- Quelles sont les soins qui y sont offerts ?
- Quelle est la disponibilité en médicaments, en matériel et équipement, en personnel qualifié ?
- Dans quelle mesure la population fréquente-t-elle la structure de soins ?
- Comment est rétribué le personnel soignant ?
- Comment caractériser les relations entre le personnel soignant et le comité de gestion (COGES) ?
- L'agencement et l'état des bâtiments contribuent-ils à la qualité des soins ?
- La permanence des services est-elle assurée ?
- Quelle est la qualité de l'accueil ?

- Quel est le degré de fonctionnalité des COGES ?
- Quelles sont les connaissances des prestataires de soins en matière de mutuelle de santé ? Existe-t-il déjà des initiatives ou collaboration avec des systèmes de prépaiement des soins ?
- Comment est organisé le système de référence ?

Quels mécanismes adopter pour atteindre le plus de bénéficiaires possible ?

La taille des mutuelles est déterminante dans la recherche de leur autonomie et de leur viabilité financière. C'est pourquoi, on recherche des stratégies efficaces pour atteindre un nombre de bénéficiaires suffisant. L'étude de faisabilité est une occasion de savoir ce que les gens en pensent, les idées qu'ils ont pour que le promoteur puisse toucher un grand nombre de personnes.

Le mieux est que l'étude de faisabilité se fasse après une première action de sensibilisation sur le concept mutualiste. Ainsi, les propositions des gens seront plus pertinentes encore.

→ 2. Les Comités d'initiative (CI)

Constitution des CI

Les membres des comités d'initiative préparent la mise en place de la mutuelle. Ils représentent la population et s'impliquent dans toutes les étapes qui mènent à l'Assemblée Générale Constitutive. Au travers de leur engagement, toute la population de la «zone mutuelle» prend part à la création de la mutualité.

Le promoteur donne un maximum de chances à la mutuelle d'être viable financièrement et donc d'avoir un nombre élevé d'adhérents. C'est pour cela qu'il travaille d'emblée avec une population nombreuse. Nous travaillons donc avec plusieurs niveaux de représentation et le nombre de ces niveaux est principalement fonction de la taille de la population concernée :

- plus la population est nombreuse, plus la zone à couvrir est large, plus la mutuelle a des chances d'être viable;
- plus le nombre de relais dans la population est nécessaire, plus le nombre de niveau de représentation augmente.

Par exemple : en Région Centrale au Togo, la population cible est de 160.000 habitants (répartis dans 173 villages) dispersés sur 6.000 kilomètres carrés. Trois niveaux de représentation sont constitués de la manière suivante :

- 1.100 membres au premier niveau,
- 190 au second
- 40 au troisième.

Dans nos expériences en milieu rural, nous avons calqué les niveaux des CI sur l'organisation sanitaire publique de la zone parce que les services publics de santé sont la grande majorité des futurs partenaires de la mutuelle. Nous avons ainsi des CI de premier niveau (dans chaque village), des CI de deuxième niveau (dans chaque aire de santé des Centres de santé) et de des CI de troisième niveau (au niveau du district sanitaire). Chaque niveau élit les membres du CI de niveau supérieur.

A partir de là, nous avons « étagé » les rôles.

La constitution des Comités d'Initiative par la communauté résulte d'un processus démocratique. Le promoteur et son équipe organisent la mobilisation dans tous les villages de la zone de la mutuelle. Les critères de sélection, le nombre de délégués par Comité et la répartition des tâches dans chaque Comité à chaque niveau sont soigneusement préparés avec les gens.

Rôle des CI par niveau

Rôle des membres du CI de premier niveau :

- Assurer la circulation des informations entre le village et le second niveau (celui de l'Aire de Santé);
- Organiser les réunions de sensibilisation villageoise;
- Faciliter les actions des autres niveaux et/ou du promoteur : sensibilisation dans un premier temps et, par après, collecte des cotisations.

Rôle des membres du CI de deuxième niveau :

- Assurer la circulation des informations entre les Comités d'Initiative du premier niveau et le promoteur. Ces informations concernent notamment, le concept mutualiste et les modalités de fonctionnement de la mutuelle;
- Mobiliser les ressources de la mutuelle : ils accompagnent le premier niveau dans leur sensibilisation de proximité et récoltent les informations concernant les personnes ayant manifesté leur volonté d'adhérer à la mutuelle;
- Elaborer une proposition concernant les modalités de fonctionnement de la mutuelle qui sera validée à l'Assemblée Générale Constitutive.

Au second niveau se prennent les décisions suite à l'obtention de l'aval du premier niveau. La prise de décision est facilitée par un nombre restreint de participants. De plus, un Comité d'Initiative du second niveau peut s'étoffer en s'adjoignant des membres d'organisations à base communautaires de l'aire sanitaire.

Rôle des membres du CI au troisième niveau :

- Formaliser les bases du fonctionnement de la mutuelle dans les textes fondateurs de la mutuelle (montant des cotisations, services pris en charge,...);
- Organiser l'Assemblée Générale Constitutive de la mutuelle.

Comme pour le deuxième niveau, la réflexion et la prise de décision sont facilitées par la petite taille du groupe. Aussi, ce niveau s'enrichit de nouveaux acteurs, ceux issus des organisations non gouvernementales et des associations couvrant la même zone que celle de la future mutuelle.

Lorsque la taille de la population n'est pas trop importante ou lorsque celle-ci est concentrée en ville, le troisième niveau n'est pas toujours mis en place. Ses fonctions reviennent alors au second niveau.

Formation des membres des CI et élaboration avec eux des scénarii « du couple cotisations-prestations ».

La formation porte sur les concepts mutuellistes et sur la logique du choix des cotisations, pour les prestations de soins qui seront choisies. Une visite d'échange dans d'autres mutuelles déjà fonctionnelles est un moment clé de la formation.

Dans notre expérience, nous avons procédé en cascade en formant au départ les membres des CI de deuxième niveau (dont une partie est constituée de membres du CI de troisième niveau ...). Ceux-ci, avec l'aide des membres de l'équipe du promoteur, ont restitué les contenus de leur formation aux membres des CI de premier niveau.

C'est au cours d'un atelier avec les CI de deuxième niveau que les différents scénarii de cotisation ont été calculés et discutés. On s'aide pour cela d'un outil du BIT, un tableau Excel, projeté sur un écran. Ces scénarii sont discutés aux autres niveaux en prévision de l'Assemblée Générale Constitutive de la mutuelle. Au préalable, l'équipe du promoteur fait une synthèse des préférences et dégage la tendance majoritaire pour l'élaboration du scénario final à restituer aux populations et à valider lors de l'Assemblée Générale Constitutive.

→ 3. Sensibilisation et cotisations

Arriver à un grand nombre d'adhérents

Les promoteurs et les affiliés de la mutuelle cherchent à augmenter le nombre d'adhérents en ordre de cotisation pour

- partager les risques encourus ;
- élargir la gamme des services offerts ;
- réaliser des économies d'échelles ;
- recruter du personnel ;
- renforcer leur pouvoir de négociation.

Pour cela, ils doivent convaincre la population d'adhérer à la mutuelle, de renouveler leur paiement et d'être attentif à son bon fonctionnement à toutes les étapes de son développement.

Les stratégies de sensibilisation et de récolte de cotisations sont multiples. Il faut être très souple parce que les acteurs, leurs expériences, les lieux, le type d'arguments, tout est différent d'un village à l'autre. C'est donc compliqué à gérer, mais avoir en poche une panoplie de stratégies possibles permet de s'adapter :

- aux modalités de fonctionnement et d'adhésion de la mutuelle choisies par les Comités d'Initiative; période de collecte, unité d'adhésion, montant de la cotisation, etc. ;
- aux représentations et expériences vécues par les ménages qui entraînent par exemple, la méfiance vis-à-vis de la mutuelle, les abus d'utilisation, les retards de paiement, etc. ;
- à l'organisation socio-économique des villages et des familles (concentration des activités dans le secteur informel, revenus faibles et irréguliers des ménages, etc.) ;
- aux différentes étapes de la constitution de la mutuelle.

Rencontres

Tout d'abord, on rencontre les autorités villageoises et les villageois. Au début, pour lancer la mutuelle, le promoteur instaure un système de concertation avec les acteurs de la zone. Son objectif est d'informer, d'échanger les points de vue, d'aplanir les doutes.

Il commence par discuter avec les autorités. Il a besoin de leur soutien. Et puis, comme il est question d'argent, il faut donc que le promoteur se montre transparent. Il ne peut pas agir sans autorisation. Ensuite, il rencontre les villageois qui deviendront les principaux acteurs de la mutuelle.

Contenus des sensibilisations

Ensuite, le promoteur adapte son approche aux modalités de fonctionnement choisies pour la mutuelle par le(s) Comité(s) d'Initiative :

- La période et la périodicité des cotisations ; il est toujours préférable d'avoir un système de cotisations payées en une fois. Les contraintes des gens peuvent être telles que le système choisi prévoit un étalement du paiement.
- Cotisation par noyau familial : dans notre expérience, les gens tombent d'accord sur la cotisation par noyau familial, avec une périodicité de récolte annuelle et l'obligation de libérer la cotisation à un moment précis et identique chaque année. Cette modalité d'adhésion permet d'éviter la sélection adverse. Autrement dit, nous ne proposons plus de cotisations individuelles comme nous faisons auparavant, parce que la majorité des adhérents étaient des personnes malades, ce qui mettait la mutuelle rapidement en péril! Par la cotisation par noyau familial, les membres partagent les risques de maladie !



Collecte des cotisations

La collecte des cotisations en espèce est un temps fort dans l'histoire de la mutuelle. Surtout la première fois !

La collecte peut être **collective**, à l'occasion d'assemblées de villages. Elle peut être **individuelle**, par du porte à porte réalisé par les membres des Comités d'Initiative. Elle peut aussi être **événementielle**, organisée lors de journées promotionnelles.

La collecte des cotisations peut aussi être **liée au crédit** ; la mutuelle s'associe à un organisme de crédit (le plus souvent, de microcrédit). Le montant de la cotisation (et de l'adhésion) est inclus dans le crédit et le bénéficiaire est automatiquement couvert pour une période d'un an.

Paiement **par engagement** :

s'il existe une filière agricole dans la région, avec une centrale d'achat, la mutuelle et les producteurs peuvent conclure un accord: les producteurs bénéficient des services de la mutuelle s'ils s'engagent à libérer le montant de la cotisation dès que la centrale procédera au paiement de leur production.

Paiement **en nature** :

la mutuelle accepte les cotisations payées en nature. Elle se lie à une organisation paysanne à qui elle délègue la vente de ces produits (céréales,...). Le prix d'achat du stock de vivres par l'organisation paysanne est convenu d'avance.

Paiement par **la diaspora urbaine** :

les citadins sont régulièrement amenés à secourir/appuyer la famille restée au village lorsqu'elle doit faire face à des dépenses importantes en soins de santé.

Une équipe représentant la mutuelle (membres d'Organes / Comités d'Initiative / Animateurs) part à la rencontre des citadins et leurs proposent de cotiser à la mutuelle pour les frères restés au village. De la sorte, la famille est toujours secourue et la somme déboursée par la diaspora de la ville est moindre et anticipée.

Pour soutenir la collecte des cotisations, la mutuelle s'associe aux radio locales. Elle réalise aussi des campagnes d'affichage.

→ 4. Gestion communautaire

Pour poser la gestion de la mutuelle entre les mains de la communauté, le promoteur s'engage dans un processus lent et minutieux de transfert de compétences. Il veut combler le différentiel d'information qui le sépare des mutualistes pour qu'ils puissent exploiter tout le potentiel de la mutuelle.

Le promoteur organise et accompagne la prise de pouvoir de la communauté. Il est très présent aux côtés des gestionnaires de la mutuelle. Il encourage et favorise l'expression de l'ensemble des mutualistes. Son rôle a une fin qu'il prépare au quotidien.

Assemblée Générale Préparatoire, Assemblée Générale Constitutive

L'Assemblée Générale Constitutive (**AGC**) voit naître officiellement la mutuelle. Des décisions importantes y sont prises ; les mutualistes y choisissent leurs représentants à la tête de la mutuelle. C'est un moment crucial pour le développement de la mutuelle.

L'AG Constitutive de la mutuelle a lieu lorsque le nombre de membres fondateurs est jugé suffisant pour valider les décisions qui y seront prises (trois cents membres fondateurs, par exemple). Si elle se passe bien, la mutuelle démarre sur de bonnes bases et son fonctionnement n'est pas remis en question intempestivement. Les critères de sélection des membres d'Organes sont, nous l'avons dit, plus rigoureusement appliqués à ce niveau de responsabilité qu'à celui des Comités d'Initiative. Le président du bureau électoral veille à ce que toutes les zones couvertes par la mutuelle soient représentées dans ses Organes, indépendamment du nombre de mutualistes qu'elles représentent.

Le succès de l'**AGC** repose sur l'Assemblée Générale Préparatoire (**AGP**). L'AG Préparatoire, c'est le moment d'éviter d'interminables discussions à l'AGC. Concrètement, l'assemblée doit réfléchir à tout ce qui permettra à la mutuelle de se développer :

- opérer un premier choix parmi les appellations proposées pour la mutuelle ;
- réfléchir au lieu d'implantation du siège de la mutuelle ;
- soumettre ses textes fondateurs (synthèse des modalités de fonctionnement de la mutuelle élaborées par les Comités d'Initiatives du troisième niveau) aux questions et amendements de l'assemblée ;
- préparer le Plan d'Action de la mutuelle pour les prochains mois (formation des membres d'organes, action de sensibilisation, lancement du remboursement des prestations, etc.) ;
- lancer la campagne électorale et permettre aux mutualistes de se forger une opinion sur les candidats ;

L'AGP peut être précédé de minis assemblées au niveau de chaque village. Elles permettent d'informer, de discuter plus intimement avec les habitants, de recueillir leurs avis et d'obtenir leur adhésion. Le contenu des rencontres est ensuite synthétisé au cours d'une réunion organisée au niveau des Centres de Santé fréquentés par les villages. Les résultats sont pris en compte au moment de l'AGP.

Les mutuellistes et le gérant

Les membres des organes de la mutuelle (le Conseil d'Administration et le Comité de Contrôle) sont élus par les mutualistes lors de l'Assemblée Générale Constitutive (AGC) de la mutuelle. Cette assemblée clôture un processus électoral débuté plusieurs mois auparavant et dont l'Assemblée Générale Préparatoire (AGP) est un moment clé.

La gestion quotidienne de la mutuelle est assurée par le Gérant salarié de la mutuelle. Il s'occupe de tous les aspects comptables (enregistrement des cotisations, paiement des soins des mutualistes,...), du secrétariat, etc.

Le gérant rend compte à son Conseil d'Administration (CA), responsable de la gestion de la mutuelle. Le Comité de Contrôle (CC), quant à lui, veille à ce que les actions de la mutuelle respectent les décisions prises par l'ensemble des mutualistes.

Ces organes de la mutuelle, le CA et le CC, sont formés de représentants des mutualistes élus à l'Assemblée Générale Constitutive de la mutuelle. Pour la population et les autorités, ce sont les visages de la mutuelle.

Pour qu'ils puissent jouer leur rôle efficacement, ils sont formés et appuyés.

Les mutualistes doivent élire les représentants qui géreront la mutuelle, en leur nom. Mais ce n'est pas tout! La mutuelle ne pourra fonctionner correctement sans qu'ils s'y investissent au quotidien. Ils constituent aussi l'Organe principal de la mutuelle: l'Assemblée Générale. Elle doit permettre de faire entendre l'avis de tous les mutualistes.

Tous les mois, le CA rencontre le gérant de la mutuelle. Tous les trois mois, la réunion est élargie au Comité de Contrôle qui en profite pour effectuer son contrôle trimestriel.

Le gérant présente le résultat de l'analyse des factures. Au préalable, il les a récoltées auprès des Centres de Santé conventionnés. Il a vérifié à partir de ses listing, que les numéros des mutualistes écrits sur les factures n'étaient pas inventés ou erronés. Il a préparé les documents à faire signer par le CA pour payer les Centres de santé. Il fait le point sur les rentrées (cotisations), sur le nombre d'adhérents, etc.

→ 5. Partenariat(s) avec la santé

La qualité des prestations offertes par la mutuelle, autrement dit, la qualité des soins qu'elle rembourse, repose sur une collaboration étroite entre les prestataires de soins, les autorités sanitaires, les mutualistes et les responsables de la mutuelle.

Le bon fonctionnement de la mutuelle repose donc aussi forcément sur ces personnes et sur leurs capacités à travailler ensemble.

La mutuelle offre un espace de dialogue inédit entre ces personnes. Elles peuvent investir cet espace de dialogue et que chacun s'y retrouve, que chacun tienne compte des contraintes et des attentes des autres. Comme ça, chacun peut y gagner (on appelle ça du «partenariat win-win» !)

Un espace de dialogue

Le promoteur de la mutuelle et le Médecin Conseil sont les moteurs du lancement et de l'entretien de ce processus de concertation. Ils donnent l'envie de s'investir dans la mutuelle en informant spécifiquement les prestataires et les autorités.

Par des formations et des visites d'échanges, le promoteur convainc les gens de s'y investir. Travailler ensemble donne plus de sens au fait d'adresser des requêtes et de mettre en avant certains droits, tant du côté des prestataires de soins que du côté des mutualistes.

Le développement d'une mutuelle est une opportunité de se parler, de dialoguer pour mieux se comprendre. Le montage concret de la contractualisation, par exemple, donne des repères pour collaborer. L'information qui circule entre les acteurs est tout aussi concrète ; il y est question d'outils, de procédures.

Collaborer au quotidien, accompagner la mutuelle au quotidien, tels sont les enjeux. On en débat dans le Cadre de concertation, lieu de dialogue et de l'élaboration en commun d'améliorations du système.

Le Cadre de Concertation

Collaborer au quotidien, accompagner la mutuelle au quotidien, tels sont les enjeux. On en débat

dans le Cadre de Concertation, lieu de dialogue et de l'élaboration en commun d'améliorations du système. Une unité de pensée et d'action locale permet de rechercher des appuis au niveau national, de s'inscrire dans les dynamiques de protection sociale qui se construisent partout dans le monde, bref, de contribuer à une dynamique large et passionnante

Informer et convaincre

La mutuelle ne pourra fonctionner convenablement qu'en collaborant étroitement avec les prestataires de soins et les autorités sanitaires.

Or, ils ne s'y investiront que s'ils ont une vision claire des avantages qu'ils ont à intégrer : augmentation du nombre de patients au Centre de santé, rentrées financières plus élevées et plus régulières, etc.

Les promoteurs de la mutuelle vont:

- Informer les acteurs du monde sanitaire des fondements du système mutualiste, des avantages de s'y investir ;
- Démentir, compléter ou confirmer les « informations-toutes-faites » véhiculées par le bouche à oreille. Les personnels de santé croient par exemple souvent que ce sont les promoteurs des mutuelles qui paient les factures aux structures de santé ... non, bien sûr, ce sont les mutuelles elles-mêmes, avec les cotisations de leurs membres !
- Mettre l'accent sur la faisabilité du système – elle se construit, elle n'est pas donnée au départ ! - et le rôle que les acteurs du secteur santé ont à y jouer.
- Organiser des visites d'échange : avec les prestataires de soins, l'équipe du promoteur se rend dans des régions dans lesquelles des mutuelles sont fonctionnelles ; ils parlent avec les mutualistes et avec les prestataires de soins de cette région-là.



Atelier de contractualisation

Le partenariat recherché – autorités-prestataires-mutualistes – est inédit. Pour se lancer dans l’aventure avec plus d’assurance, les parties prenantes formalisent leurs droits et leurs obligations dans une convention conclue lors d’un atelier organisé spécifiquement dans ce sens : **l’Atelier de contractualisation**.

Avant le démarrage concret des activités de la mutuelle, il faudra encore **préparer le terrain**, coté mutualiste et coté prestataires : dire aux gens comment ça va se passer, ce qu’ils ne doivent pas oublier et distribuer les outils de la mutuelle (carnet de mutualiste, listing des affiliés, etc.)

Suivi des prestations et Cadre de Concertation

Lorsque les prestations de soins pour les mutualistes commencent, leurs efforts et ceux de leurs partenaires ne faiblissent pas.

Le personnel de la mutuelle – gérant et élus - suit de près les prestataires de soins. Ils analysent les factures qu’ils produisent, s’assurent qu’ils ont bien compris le système mutualiste et respectent leurs engagements.

Le dialogue instauré à l’Atelier de contractualisation est maintenu et intensifié. L’expérience du système mutualiste pose de nouvelles questions pratiques. Les prestataires de soins, les mutualistes et les promoteurs se concertent et imaginent des réponses : augmentation du matériel des centres, information ou formation complémentaire des prestataires de soins, appui de la part des autorités sanitaires, etc.

Le Cadre de Concertation est un lieu d’intensification de la collaboration. Chacun y découvre le point de vue de l’autre. Les Elus de la mutuelle apprennent à jouer leur rôle de représentant de la base. Les autorités sanitaires se tiennent au courant des préoccupations concrètes des mutua-

listes et des prestataires de soins. Ils découvrent leurs complémentarités dans le projet mutualiste. Ils réfléchissent ensemble aux adaptations à apporter au système et à la convention qui les unit.

Le Médecin Conseil de la mutuelle est un acteur clé de la collaboration quotidienne entre les prestataires de soin et les mutualistes.

→ 6. Environnement institutionnel et social

Contribution des mutuelles

Les mutuelles de santé ont un but social. Elles se basent sur la solidarité, la responsabilité, et l'épanouissement de la personne. Les promoteurs de mutuelles de santé promeuvent l'équité dans l'accès aux soins, pour que ceux-ci soient accessibles au plus grand nombre. Les ménages qui vivent sous le seuil de pauvreté font l'objet d'une attention particulière de la part des promoteurs de mutuelles de santé.

Le promoteur de la mutuelle doit faire face à des difficultés de taille, surtout en milieu rural. Pour les mutuellistes, tout est neuf, la gestion demande de développer des compétences auxquelles ils ne sont pas du tout habitués dans leur quotidien d'agriculteur ou de travailleur du secteur informel. Il faut mobiliser les ressources des gens pour l'approche quasi inconnue du prépaiement. Puis, les mutuellistes sont confrontés à la contractualisation avec les structures de santé, aux négociations sur leurs attentes, avec leur vision de la qualité des soins.

Lorsqu'on met en place des mutuelles de santé, on se rend compte combien celles-ci ne peuvent pas, seules, apporter une réponse à l'accès aux soins. Laisser à elles-mêmes, les mutuelles risquent bien de rester « confidentielles » et « sur la corde raide » du point de vue de leur viabilité.

En fait, les mutuelles forment la base sociale et communautaire d'un système plus large de protection sociale. C'est une bonne chose que ces systèmes se construisent au départ de la sorte, par les gens, sur la base de leurs propres forces et de la mise en avant de leur besoin en santé, mais comment, au départ de l'initiative mutuelliste, aller vers un système de protection sociale ? Comment inscrire les actions communautaires d'aujourd'hui dans un environnement plus large ? Comment rejoindre les acteurs – de la santé, du social, du monde du travail, ... - qui, à une plus large échelle, œuvrent à la construction d'une protection sociale durable ?

Pour la promotion et la professionnalisation des jeunes mutualités, les promoteurs et les leaders des mutuelles de santé sont, par la force des choses, amenés à contribuer à la création ou au

renforcement d'un environnement social et institutionnel favorable. Cette contribution est amenée à se développer aussi bien au niveau local, qu'au niveau national et international.

Actions possibles

Le partenariat avec les organisations locales

Pour le développement des mutuelles de santé, LD travaille avec des ONG et/ou des associations locales. Des relations de partenariat se sont ainsi construites.

Elles valorisent l'expérience de chacun et l'apprentissage réciproque dans un but commun : **le bien être des populations.**

Les mutuelles au sein de programmes de développement globaux

Une manière d'affronter les contraintes – ou du moins de les partager – est d'inscrire le développement des mutuelles de santé dans des projets de développement plus larges, agricoles, de microcrédits, de santé, de sécurité alimentaire et économique.

Au Nord du Bénin et au Nord du Togo, LD et ses partenaires participent à des programmes plus globaux, de façon intégrée. Ainsi, les promoteurs et les acteurs des mutuelles ont « sous la main » des recours plus faciles auprès d'associations paysannes, auprès des services de santé, des filières d'approvisionnement en engrais ou en semences, des acteurs de l'alphabétisation, du microcrédit,

La participation active aux cadres de concertation, aux rencontres et aux échanges au niveau local, national et international

Au Bénin comme au Togo, en 1999, il n'existait pas de cadre d'échange et de travail au sujet des mutuelles de santé. Les acteurs des différents pays impliqués dans ces initiatives ont identifié un

ensemble de besoins :

- Collaboration, synergie et échanges,
- Diffusion et promotion des meilleures pratiques,
- Accès à l'information,
- Suivi du mouvement mutualiste,
- Mise en réseau.

En réponse à ces besoins, plusieurs partenaires internationaux dont le BIT et l'ANMC ont créé un réseau de partage d'information et d'expérience : « La Concertation ». Parmi ses activités, le réseau organise dans chaque pays la mise en place d'un cadre national de concertation doté d'un point focal. LD et ses partenaires en furent des membres fondateurs au Bénin et au Togo. Les cadres de concertation nationaux ont comme rôles :

- La formulation de stratégies nationales pour la promotion des mutuelles,
- L'organisation d'actions conjointes de promotion du mouvement mutualiste,
- Le partage des expériences,
- La réalisation d'études en vue de faire l'inventaire des mutuelles de santé,
- Le relais pour diffuser les informations et connaissances sur la thématique des mutuelles.

En général, 3 à 4 rencontres par an réunissent les acteurs composant ces cadres: les promoteurs nationaux et internationaux soutenant les initiatives mutualistes, des représentants des mutuelles de santé, des représentants du Ministère de tutelle et des Ministères dont les attributions recoupent certaines préoccupations du mouvement mutualiste (Ministère de la Santé, Ministère de la Famille, Ministère du Travail et de la Protection sociale, ...).

Vis-à-vis de ces différents Ministères, le cadre de concertation propose :

- La transmission des attentes concernant le rôle de l'État sur l'élargissement de la protection sociale et le potentiel des mutuelles dans ce domaine,
- La participation des acteurs du mouvement mutualiste à l'élaboration de la stratégie nationale de promotion du mouvement,
- La participation des acteurs du mouvement mutualiste à la rédaction de la loi-cadre régissant les mutuelles de santé dans les huit pays membres de l'UEMOA,
- Le dialogue sur les préoccupations des mutua-

listes vis-à-vis des soins de santé (accessibilité et qualité) ;

- Des discussions sur le rôle des mutuelles de santé vis-à-vis de l'accès aux soins pour les indigents en lien avec les fonds d'indigence mis à disposition des structures de santé,
- Au Togo, la participation des acteurs du mouvement mutualiste au comité interministériel en charge de l'élaboration de la Stratégie Nationale de Protection Sociale Elargie.

Les synergies avec les institutions locales et internationales

Il s'agit essentiellement de rechercher des acteurs susceptibles d'aider les mutuelles en travaillant dans des secteurs connexes ayant une influence sur leur développement et leur consolidation. Dans les zones dans lesquelles ont émergé des mutuelles, nous avons recherché et facilité l'intervention d'autres ONG internationales pour l'amélioration de/du :

• **La qualité des soins :**

Nous avons collaboré avec Unidéa au Nord Bénin et son programme d'appui à la zone sanitaire en vue d'améliorer la qualité des soins. Les centres de santé ayant signé des conventions avec les mutuelles furent prioritaires dans l'exécution du programme. Dans deux communes de cette région mutualiste, les anciennes structures de santé ont été entièrement remplacées par la construction de deux centres de santé et d'une maternité.

• **L'approvisionnement en eau, l'hygiène et l'assainissement :**

L'ONG Protos dans le Sud Bénin a construit des puits et des latrines dans les zones de couvertures des mutuelles limitant ainsi les risques liés à la consommation d'eau impropre ou au « péril fécal ». Ceci favorise le maintien d'un bon état de santé des familles bénéficiant de ces infrastructures.

• **« Couplage micro finance / mutuelles de santé »**

en développant des synergies entre ces deux structures d'économie solidaire. Pour l'institution de micro finance, ceci réduit le risque que l'argent destiné au remboursement des crédits soit utilisé pour les dépenses liées à l'apparition de la maladie. Pour la mutuelle de santé, ceci facilite l'adhésion à la mutuelle de santé au travers du micro crédit (expérience des mutuelles de santé et des Caisse Mutuelles d'Épargne et de Crédit au Nord Togo, dans la Région des Savanes).

→ 7. Le point sur les questions de recherche

Préambule

La mise en place des mutuelles de santé dans les pays du Sud a une histoire assez courte, d'une vingtaine d'années. Les acteurs de cette mise en place utilisent des approches et des méthodes qui sont encore partiellement soumises à des hypothèses sous-jacentes.

L'impact sanitaire et social des mutuelles de santé est surtout une question de conviction sur les capacités de ces approches à contribuer à une transformation sociale. L'entraide et le partage des risques sont des réalités présentes dans toutes les sociétés. Les promoteurs des mutuelles de santé agissent de façon solidaire pour que ce mouvement apporte des changements significatifs des manières de développer les soins de santé et contribue à une protection sociale citoyenne.

Aujourd'hui, la recherche s'inscrit dans cette préoccupation solidaire.

Sur le terrain, les promoteurs des mutuelles de santé ont beaucoup à faire. Plongés dans l'opérationnel, ils ont besoin de méthodes, d'outils et de théories qui les aident au quotidien. Mais les aspects opérationnels ne sont pas tous « prouvés » définitivement. Certains principes de mise en œuvre des mutuelles ont besoin de s'adapter à leur contexte. De par le monde, l'expérience sur les mutuelles s'étoffe. Elle nécessite avant tout une documentation des approches locales qui, mise en perspectives, permettront de dégager des « invariants », des principes à valeur progressivement universelle.

« Pour discuter des mutuelles de santé en tant que stratégie, nous avons besoin de plus de dispositifs mis en œuvre qui se basent sur des connaissances suffisantes pour en permettre la mise en œuvre. » (Maria-Pia Waelkens, Communication à Genève, 2008).

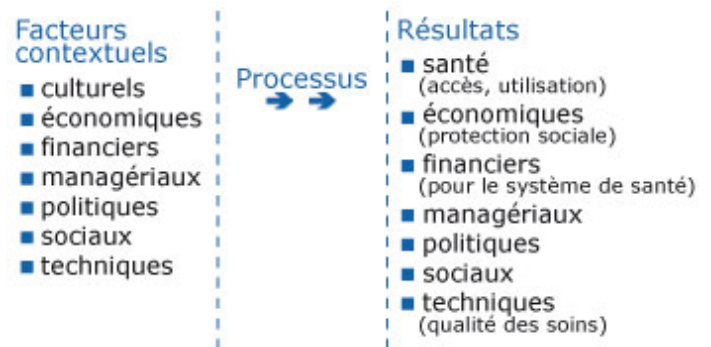
Le présent chapitre a été conçu en collaboration avec l'Unité de Politique et de Financement de Santé du Département de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (www.itg.be).

Un schéma global d'analyse

(D'après Maria-Pia Waelkens, IMT Anvers, 2005).

Dans le domaine des mutuelles de santé, on peut définir trois champs différents qui aussi sont trois champs de recherche :

(i) Les facteurs contextuels, (ii) le processus de mise en place des mutuelles et (iii) les résultats.



Développer ensemble tous les facteurs de succès

Les facteurs de succès les plus importants sont ceux qui influencent l'adhésion aux mutuelles de santé. Les déterminants de l'adhésion sont :

1. La compréhension des concepts sous-jacents de l'assurance santé et du fonctionnement du système ;
2. Un niveau de qualité des soins qui soit acceptable pour la population ;
3. La confiance dans la gestion du système proposé ; au delà de la confiance dans les personnes qui gèrent le système, il y a aussi le besoin de preuves tangibles que la gestion est adéquate ;
4. Un minimum de cohésion sociale entre les membres et de confiance entre eux ;
5. La capacité de payer ; elle vient en fin de cette classification parce qu'il a été partout observé

que lorsque les quatre premières conditions sont remplies, les personnes convaincues par les bénéfices d'une assurance santé rejoignent le système même dans les régions où une grande majorité de la population vit avec moins d'un \$ par jour.

Ces cinq principaux déterminants d'adhésion sont connus depuis un certain temps, mais pas toujours pris en compte. Il faut garder à l'esprit que dans la plupart des cas, l'adhésion à ce système est volontaire, par nécessité, vu que l'on s'adresse au secteur informel, là où le choix d'une contribution se fait dans un contexte de (très) faibles ressources.

Les cinq principaux déterminants d'adhésions doivent être analysés dans tous les systèmes de mutuelles de santé pour trouver ce qui devrait être fait pour motiver l'adhésion des membres.

La qualité des soins

- Est-ce qu'une meilleure organisation de la demande – en fait, un système d'assurance – contribue-t-elle à une meilleure qualité des soins ? Et si oui, comment ? Via quels mécanismes ?
- Quel équilibre optimal des actions sur la demande et l'offre de soins contribue le mieux à l'amélioration de la qualité des soins? Est-ce que des interventions concomitantes au niveau de l'offre et au niveau de la demande ne peuvent pas mener à des effets synergétiques ?
- Comment les approches guidées par la demande interagissent-elles avec celles guidées par l'offre?
- Est-ce que l'augmentation de l'utilisation des services de santé concerne des problèmes qui requièrent l'intervention de professionnels de santé ? Est-ce que les augmentations d'utilisation concernent les prestations du 1er échelon ou de l'hôpital ? Ou les deux ? Est-ce que les augmentations de l'utilisation n'affaiblissent pas le caractère intégré du système de santé local (ex. fonction de gate-keeping de la première ligne, c'est-à-dire qu'un premier échelon performant rend inutile bien des actes hospitaliers) ?

- Comment les mutuelles de santé influencent-elles la balance entre soins de premier échelon et soins hospitaliers?

Les dynamiques sociales des mutuelles de santé

- Les mutuelles de santé promeuvent-elles les prises de décisions par la société civile ? Promeuvent-elles l'empowerment de leurs membres?
- Quelle est la marge de manœuvre pour les prises de décisions du bas vers le haut, en fonction des besoins des acteurs de la demande de soins ?
- Comment cela se passe-t-il? Quelles sont les structures de prises de décision ? A quels niveaux se situent-elles ?
- Quelles sont les conséquences de cette manière de décider, au niveau social et politique ?

Couverture universelle

- Les systèmes nationaux de sécurité sociale touchent la minorité des travailleurs du secteur formel. Les mutuelles de santé sont-elles une option réaliste pour le passage à l'échelle d'une protection sociale qui touche le secteur informel, dans lequel travaille la majorité de la population ?
- Comment articuler les différents sous-systèmes de protection sociale existant dans un même pays et mis en place pour des groupes populationnels différents ?
- Quelle place pour les mutuelles de santé –cà des systèmes contributifs – dans un environnement où la « gratuité » des soins, le plus souvent pour des groupes de population sélectifs (ex. enfants de > 5 ans ou femmes enceintes), fait son bout de chemin ? Comment marier ces différentes approches ?
- Qu'est ce qui marche et pourquoi cela marche-t-il ? Quelle documentation d'initiatives de tels passages à l'échelle est possible ?

Augmenter les adhésions aux dispositifs qui s'adressent aux membres d'une collectivité.

- Explorer les raisons d'adhésion et de non-adhésions aux mutuelles de santé.
- Comme bien souvent les obstacles sont connus, quels sont les montages de systèmes mutualistes qui parviennent à lever ces obstacles.

et

- Partant de ces analyses, tester des stratégies pour augmenter les adhésions.

Le ticket modérateur et autres « freins » à la demande de soins

La question du ticket modérateur est à l'avant plan car on (re)parle beaucoup aujourd'hui de la gratuité des soins. En fait, les tickets modérateurs ne se justifient que s'il y a des éléments objectifs qui portent à croire qu'il faut effectivement «modérer» la demande et l'utilisation. Les contextes sont souvent ceux d'une sous-utilisation de soins assez dramatique.

- Dans quelles conditions faut-il commencer d'emblée à freiner l'utilisation ?
- Comment pouvons nous mesurer qu'une utilisation des services de santé serait non justifiée?
- Dans quelles conditions est-ce qu'il est justifié de freiner/modérer la demande?

Utilisation de subsides

- Comment utiliser judicieusement les fonds extérieurs pour soutenir le développement des mutuelles de santé sans en couper les dynamiques internes ?
- Les subventions créent-elles des tensions parmi les ménages dans une communauté, entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires

des subsides ?

Trois stratégies possibles permettent de préciser ces questions :

1. Utiliser les fonds externes pour la phase initiale (sensibilisation et mise en place de la gestion du système) pour que les contributions des membres soient utilisées entièrement au paiement des prestations de soins
2. Sur la base d'une évaluation des capacités de paiement des membres, fixer une prime réaliste et le financer le reliquat des prestations souhaitées par un financement de l'offre ou de la demande.
3. Cibler les financements externes sur les plus pauvres (voir ci-après).

Faire le lien entre les mutuelles de santé et l'assistance sociale

- Fonds ciblés sur les plus pauvres : un fond qui paie les primes et l'ensemble des frais de soins des plus pauvres (« fonds d'équité », « fonds d'indigence », assistance sociale) ?
- L'assistance financière améliore-t-elle à elle seule l'utilisation des services par les plus pauvres ?
- Si tel n'est pas le cas, quelles sont les autres barrières, et comment les lever ? Comment alors envisager une évolution vers un système d'assistance sociale plus polyvalente, au-delà du seul secteur santé.