➔ Sommaire

Partager un savoir-faire

- Présentation . . . 2
- Partenaires . . . 4
- La mutuelle en projet . . . 5
- Remerciement . . . 7

Raconte moi ta mutuelle

- Etude de faisabilité . . . 8
  - ◇ Outils . . . 10
  - ◇ Quels services offrir ? . . . 17
  - ◇ Quelle cotisation demander ? . . . 19
  - ◇ Avec quelles formations sanitaires signer des conventions ? . . . 22
  - ◇ Quels mécanismes adopter ? . . . 25
  - ◇ Conclusion . . . 26

- Comités d'Initiative . . . 27
  - ◇ Quels sont leur rôles? . . . 29
  - ◇ Comment sont-ils mis en place? . . . 32
  - ◇ Comment fonctionnent-ils? . . . 36
  - ◇ Conclusion . . . 39
- Sensibilisation et Cotisations . . . 41
  - ◇ Quelles sont les étapes incontournables? . . . 44
  - ◇ Comment s'adapter aux modalités de fonctionnement? . . . 47
  - ◇ Prendre l'argent, ça se passe comment? . . . 50
  - ◇ Quelles sont les alternatives de collecte? . . . 60
  - ◇ Comment soutenir les actions? . . . 62
  - ◇ Conclusion . . . 63

- Gestions communautaire . . . 64
  - ◇ Quand et comment la communauté se fait-elle représenter? . . . 66
  - ◇ Comment orgaliser la gestion de la mutuelle? . . . 72
  - ◇ Quel est le rôle des mutualistes? . . . 76
  - ◇ Conclusion . . . 79

- Partenariats avec la Santé . . . 80
  - ◇ Comment amener les prestataires et les autorités sanitaires à s'investir dans la mutuelle? . . . 82
  - ◇ Comment créer un partenariat mutualiste ? . . . 85
  - ◇ Comment se passe la collaboration au quotidien ? . . . 91
  - ◇ Conclusion . . . 97

- Environnement institutionnel . . . 98
  - ◇ Le partenariat avec les organisations locales . . . 101
  - ◇ Les mutuelles au sein de programmes de développement globaux . . . 102
  - ◇ La participation active aux cadres de concertation, aux rencontres et aux échanges au niveau local, national et international . . . 103
  - ◇ Les synergies avec les institutions locales et internationales . . . 105
  - ◇ Conclusion . . . 106

- Point sur les recherches . . . 107
  - ◇ Les questions de recherche . . . 109

➔ Présentation

En quelques mots...

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.

Aujourd'hui, on peut avoir une idée assez claire de ce qu'est une mutuelle de santé. Ce travail raconte comment nous sommes passés, au quotidien, du savoir au savoir faire, au savoir y faire.

- **Savoir faire partagé**, avec la lectrice, le lecteur qui tente chez lui aussi de développer des mutuelles de santé.
- **Savoir faire partagé** avec les membres des mutuelles, les associations et les ONG du Bénin et Togo avec lesquelles nous vivons l'aventure mutuelliste depuis 2002 !
- **Savoir faire partagé** au sujet des mutuelles à base communautaire ; des organisations de solidarité et de partage de risque qui appartiennent à leurs membres. Un enjeu considérable !

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

Louvain Coopération au Développement exprime ses valeurs et sa vision comme suit :

« Se nourrir et avoir accès aux soins de santé sont des libertés fondamentales auxquelles les populations démunies ne peuvent accéder. Ce constat guide Louvain Coopération au Développement dans la définition de ses missions, de ses objectifs et dans la réalisation de ses actions.

Les populations avec lesquelles nous coopérons sont souvent soumises à des chocs imprévus (éléments naturels, épidémies, …) qui aggravent leur précarité. Ne comptant que sur leurs propres forces, ces familles sont particulièrement vulnérables dans leur environnement, dépourvus de systèmes de protection sociale, surtout en milieu rural.

Notre vision du développement est celle d'un processus de transformation sociale permanent au cœur des populations défavorisées afin de construire, ensemble, une société plus juste dans laquelle chacun peut réaliser ses aspirations. »

Louvain Coopération au Développement place ses valeurs sous les mots d'Amartya Sen :

« Développer, c'est libérer les gens afin qu'ils soient eux-mêmes capables de formuler et de réaliser leurs aspirations »

Accroître la disponibilité alimentaire et garantir l'accès à des soins de santé de qualité sont des fondements du développement humain. Ce sont aussi les priorités de Louvain Coopération au Développement.

Depuis 2002, Louvain Coopération au Développement travaille avec des organisations locales partenaires à la mise en place de mutuelles de santé au Bénin et au Togo, en Afrique de l'ouest.

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

La Fondation BRS est une organisation sans but lucratif, rattachée à la coopérative belge Cera.

Il y a plus de cent ans, F.W. Raiffeisen a lancé en Europe Occidentale un mouve-

ment coopératif afin de résoudre dans sa région le problème de la pauvreté. Son système était basé sur des principes tels que la coopération, la solidarité et le respect de l'individu. Ce sont les mêmes principes que la Fondation BRS utilise pour soutenir les institutions d'épargne, de crédit et d'assurances dans les pays du Sud.

Actuellement, trois milliards d'habitants de notre planète n'ont pas encore accès aux services financiers comme l'épargne, les crédits ou encore les assurances. Les organisations de micro-finance et de micro-assurance dans les pays du Sud tentent d'y remédier en mettant sur pied de tels services pour les populations dites 'non solvables' et 'non assurables'. Il ne s'agit pas de mini établissements financiers, mais d'organisations dont le modèle de fonctionnement est adapté à la situation sur place. Cet octroi de crédits requiert un bon soutien et une bonne formation de la population locale. Tout comme le développement d'une assurance maladie ne se conçoit pas sans des investissements en prévention sanitaire.

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.

➔ Fiche partenaire

Au Nord,

nous avons donc choisi d'alimenter nos réflexions avec des professionnels qui, outre l'appui financier donne un avis technique sur l'évolution des mutuelles de santé avec :

- **La fondation Raiffeisen (BRS),** association sans but lucratif, rattachée à la coopérative belge CERA, active dans le domaine de l'assurance et la micro assurance.

- L'Union des **Mutualités Libres** de Belgique, fédération de sept mutuelles belges totalisant plus d'un million huit cent mille adhérents.

- **Louvain coopération au Développement,** ONG de l'UCL, est active dans 8 pays du Sud. Depuis 30 ans, nous construisons des ponts entre les compétences disponibles au Nord et les besoins du Sud pour lutter contre la faim, la maladie, et la pauvreté

Les projets sont également financés par l'Union Européenne, Plan Hollande, Plan Togo et la Coopération belge

Au Sud,

Louvain Coopération au Développement travaille en partenariat avec des ONG ou association locale chargée de la mise en œuvre des projets. Elles disposent d'une très bonne maîtrise du contexte (connaissances des besoins, de la culture…) tandis que Louvain Coopération au Développement leur apporte un appui technique, financier et institutionnel. La conjugaison de ces compétences au service d'une vision commune du développement apporte une valeur ajoutée aux projets.

Au Togo/Bénin, les ONG partenaires travaillant à la mise en place des mutuelles de santé sont :

- **Groupement pour l'Exploitation des Ressources de l'Environnement (GROPERE)** ONG partenaire depuis 2003 dans le Département du Mono, Bénin.

- **Association d'Appui aux Activités de Santé Communautaire (3ASC)** ONG partenaire depuis 2002 dans la Région des Savanes, Togo.

- **RADAR :** Association pour le Développement Appliqué des Ruraux (RADAR) ONG partenaire depuis 2006 dans la région Centrale, Togo.

- **Appui au Developpement et à la Santé Comunautaire (ADESCO)** ONG partenaire depuis 2006 dans la région Centrale, Togo.

➔ La mutuelle en projet

« 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).

«Les promoteurs de mutuelles de santé disposent des outils méthodologiques précis élaborés et édités par le programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du Bureau International du Travail (BIT) » www.ilo.org

Partager un savoir-faire

Notre savoir faire s'est construit dans nos projets de mutuelles de santé au Bénin et au Togo. Sur ces bases, nous proposons de partager des réponses concrètes aux questions posées par la pratique de mise en place et d'appui au fonctionnement des mutuelles de santé en Afrique:

- Sur le terrain comment faire ?
- Sur le terrain comment ça se passe ?
- Comment adapter les outils aux différents contextes?
- Quelles sont les questions de détails à affiner sur le terrain ?

Cela veut dire raconter comment nous avons procédé, cela veut dire aussi contextualiser, rendre compte d'un vécu réaliste.

Nous ne répétons pas ce qui se trouve dans les guides et les outils existants ; nous racontons comment nous avons procédé en les utilisant.

Le contenu de ce travail est évolutif. Sur la base qui est celle d'aujourd'hui (janvier 2010), nous tiendrons des mises à jour périodiques.

Destiné aux promoteurs de mutuelles de santé

Ce travail est destiné aux acteurs du monde associatif en Afrique francophone. Parmi ceux-ci, nous nous adressons aux personnes de ces organisations locales sans but lucratif qui sont promoteurs de mutuelles de santé.

Comment en parlons-nous ?

Nous vous proposons sept thèmes pour lesquels notre expérience d'adaptation au contexte est la plus significative :

- L'étude de faisabilité
- Les comités d'initiatives
- Les sensibilisations et le recouvrement des cotisations
- La gestion communautaire
- Les partenariats avec le secteur de la santé
- L'Environnement institutionnel

Et un 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).

Nous vous rapportons le travail et l'expérience de Marie et Georges, animateurs à l'association M… Ce sont des animateurs fictifs, bien sûr, mais ils rassemblent à leur niveau toute l'inventivité, les expériences et les énergies que nous avons pu partager durant de nombreuses années avec plusieurs animateurs de différentes ONG et associations partenaires.

Pour chacun des thèmes nous vous présentons :

- notre volonté ; que cherchions-nous à faire, pourquoi ?
- nos contraintes et comment nous les avons vécues,
- nos choix, nos approches, nos méthodes et nos stratégies par rapport à ce thème, face aux contraintes,
- nos actions concrètes, balisées par des questions tout aussi concrètes, comme se les pose un promoteur de mutuelles,
- et finalement ce qu'on peut retenir de la démarche proposée, issue de nos expériences.

Chaque thème est largement illustré par des textes, des photos, des schémas, des fiches techniques, des extraits de films et d'interviews. Des pictogrammes insérés dans les textes de chaque thème vous indiquent l'illustration à laquelle vous avez accès.

Nos projets de support à la mise en place de mutuelles de santé :

Des fiches de projets sont disponibles sous l'onglet outils ou sur le site Internet de Louvain Coopération au Développement

Ou :

- Dans le Département du Mono au Bénin
- Le projet de Lutte Intégrée contre l'Insécurité Alimentaire dans le Département de l'Atakora, au Bénin
- Appui à la consolidation des mutuelles de santé dans la Région des Savanes, au Togo
- Mise en place de systèmes mutuellistes dans deux préfectures de la Région Centrale au Togo

Remerciements

La Fondation BRS et
Louvain Coopération au développement
tiennent à remercier tous les membres des mutuelles, des associations et des organisations qui ont participé à ce travail

- Les membres des mutuelles de santé de Tjaoudjo et Sokodé, en région Centrale de la République du Togo,
- Les membres des mutuelles des Préfecture de Toone, Tandjoaré et Kpendjal de la Région des Savanes, en République du Togo,
- Les membres des mutuelles du Département du Mono, en République du Bénin,
- Les membres des mutuelles du Département de l'Atakora, en République du Bénin,
- Les associations 3ASC, RADAR et ADESCO ainsi que l'Unité de Gestion du Projet Mutuelles de Santé à Sokodé, en République du Togo,
- L'association GROPERE en République du Bénin,
- L'équipe du projet LISA, en République du Bénin,
- L'équipe du Département de Santé Publique, Unité de Politique et de Financement de santé de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, en Belgique.
- L'équipe de la cellule Appui à la Formation et au Développement (AFD) à Louvain-la-Neuve qui a réalisé le DVD et le site Internet consacré au présent travail.
- Et enfin, Graziella Ghesquière, Charlotte Fyon, Vincent Litt et Bert Opdebeeck pour le travail de capitalisation et d'analyse ayant mené à la conception de ce site.

➔ Etude de faisabilité

Introduction

Deux type d'études sont possibles et complémentaires ; l'étude de contexte et l'étude de faisabilité.

- **L'étude de contexte**
  permet de vérifier la pertinence d'une mutuelle de santé dans un contexte donné en réponse aux besoins exprimés par une communauté. Lorsqu'elle est suivie par une étude de faisabilité, elle aborde les questions d'une manière plus globale et dans une zone géographique souvent plus large que celle où les mutuelles de santé seront développées.

- **L'étude de faisabilité**
  permet de recueillir l'information dans une zone géographique plus circonscrite. Elle approfondi les données issues de l'étude de contexte, lorsque celle-ci la précède. Elle vise à identifier les bases d'un modèle pour les futures mutuelles et leur mode de fonctionnement. Les données collectées aideront à la décision et permettront aux communautés de construire une mutuelle répondant à leurs aspirations. Les fondations de la mutuelle sont ancrées dans cette étude.

Nous ne parlerons que de l'étude de faisabilité. L'étude de contexte est d'une part assez lourde et d'autre part, elle sert surtout à prendre la décision de mettre en place des mutuelles de santé ; si vous lisez ce CD-rom ou ce site Internet, c'est que votre décision est prise !
Pour lancer une étude de faisabilité, de nombreux détails sont disponibles dans des guides méthodologiques internationaux. Sous l'onglet « Outils », vous trouverez le très complet « 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.

Sous l'onglet « Outils », vous trouverez également l'étude de faisabilité menée à la fin de 2002 et au début de 2003 avec l'ONG togolaise 3ASC, au début du processus de mise en place des mutuelles de santé dans la Région des Savanes au Togo.

Nous allons partager nos expériences sur les points qui, à notre avis, méritent une attention particulière.

L'étude de faisabilité est un travail préliminaire indispensable avant de se lancer dans une initiative mutuelliste. Les propositions du promoteur engageront les gens dans la couverture du risque maladie, avec leur propre argent ! Il doit donc être sûr de son coup, proposer des scénarios faisables qui peuvent s'ancrer dans le futur.

Le promoteur ne peut pas se tromper !

L'objectif d'une étude de faisabilité est donc de proposer un mode de fonctionnement des mutuelles qui répond aux besoins et aux attentes des populations, en corrélation avec toutes les potentialités locales.

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 ?

Enjeux et contraintes

La mise en place des mutuelles de santé communautaire relève d'un processus assez complexe. Elle nécessite une bonne connaissance du milieu, du potentiel existant, des attentes des populations. Le promoteur va devoir tenir compte d'un certain nombre d'éléments:

- Les données démographiques socio-économiques et sur les services de soins ne sont pas toujours disponibles ou pas suffisamment fiables. Elles ne sont pas toujours récentes et elles peuvent être approximatives.

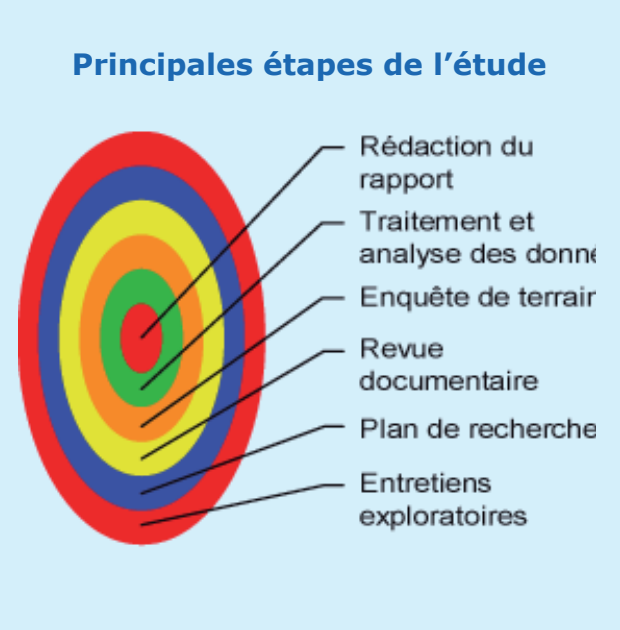
- Volonté de Louvain Coopération au Développement de construite sur une approche participative, remontante et structurante .

  Ainsi, le processus de mise en place d'un système mutualiste à base communautaire fait constamment appel à l'engagement des gens. Nous leur portons un regard qui les place comme des acteurs de leur propre devenir. Pour garder un tel cap, le promoteur doit, à chaque instant, être attentif à LEURS attentes. Conseiller et informer sans être directif n'est pas simple et pourtant, c'est indispensable pour que les forces qui émergeront de la mutuelle soient réellement celles des gens.

- Le concept mutualiste est en général peu connu. Les communautés et les acteurs en présence ne possèdent pas ou peu d'expertise pour proposer un modèle de mise en place et de fonctionnement des mutuelles. Ils en ont parfois de mauvaises expériences par le passé. Le promoteur doit mettre une importante quantité d'énergie en jeu pour convaincre !

- En milieu rural, le français n'est pas vraiment usuel comme langue véhiculaire et dans une zone d'intervention, les dialectes sont parfois nombreux. La traduction de certains termes techniques ou de certains concepts s'avère donc assez difficile. Certains mots français qui font partie du vocabulaire du monde des mutuelles n'ont pas de correspondant en langue locale (pensons au terme «sélection adverse» !).

➔ Les étapes à suivre et les outils que l'on utilise pour réaliser une étude de faisabilité



L'entretien exploratoire

Cette première étape aborde de façon globale l'accessibilité aux soins telle que perçue par les acteurs du niveau central, du niveau régional et par les acteurs locaux. Il s'agit principalement de mener des entretiens avec eux.

On identifie les acteurs

- concernés par le problème d'accessibilité aux soins,
- bénéficiant d'un statut particulier leur procurant une influence certaine dans le milieu où sera menée l'étude de faisabilité,
- qui sont des personnes ressources de par leurs connaissances particulières de la zone, de la problématique, des acteurs impliqués.

De façon pratique on cherche

- des points d'accroche
- des modalités d'approche de ce sujet,
- à se repérer dans le milieu où l'on va enquêter,
- à identifier les questions les plus pertinentes, les thèmes récurrents,
- à récolter des données déjà disponibles,
- à prendre des contacts et agrandir son réseau de relation pour la suite de l'enquête.

Les entretiens exploratoires permettent aussi d'identifier les sources d'informations documentaires et de récolter les documents utiles :

- textes sur la protection sociale,
- documents sur les initiatives mutuellistes dans le pays,
- autres études de faisabilité,
- données démographiques,
- données socio-économiques,
- document national Stratégie de Réduction de la Pauvreté,
- plans de développement sanitaire,
- données sur les services de santé,
- …

On peut les rechercher auprès du/des :

- Autorités administratives et services techniques de l'Etat, là où la mutuelle va naître (la Préfecture, la Commune, la Direction Régionale du PLAN, de la Statistique, …)
- Autorités sanitaires et les prestataires de soins (Directions régionale/départementale et préfectorale de la Santé, équipes cadres de district, point focal mutuelle de santé lorsqu'il existe, Directeurs d'hôpitaux, …).
- Les ONG locales actives dans la zone.
- Ministère de tutelle des mutuelles de santé (au Togo par exemple, le Ministère du Travail) : Ministère de la Santé, Ministère du Plan, Ministère des Affaires Sociale et de la Famille, …
- Ambassades et représentations des coopérations au Développement bilatérales ou multilatérales (AFD, CTB, délégation de l'UE, GTZ, SNV, UNICEF, Banque Mondiale, PNUD, …)
- Représentations des projets de développement et les ONG internationales

Préparer la méthodologie

L'étude faisabilité concerne les domaines suivant :

- la démographie,
- la santé et les soins de santé,
- l'économie générale et familiale,
- le social et les cultures.

Les méthodes d'enquêtes utilisées pour une étude de faisabilité sont :

- le focus groupe
- l'enquête avec les leaders d'opinion
- l'enquête statistique ménages
- l'enquête auprès des prestataires de soins

a. L'enquête par focus groupe.

Pour monter un focus groupe, on choisi un ensemble assez homogène de personnes : femmes, enfants, leader d'opinion, même activité professionnelle, appartenance à un groupe organisé ou une faîtière, ….

Les travaux en focus groupe nous ont permis :

- d'établir la base de l'échantillonnage des ménages,
- d'identifier plus précisément les leaders locaux et les organisations de base,
- de procéder à la révision éventuelle de la liste des variables.

Avantage :

- En focus groupe, se crée une émulation et des interactions. En résulte des idées diversifiées, des témoignages plus vivants.
- Cette enquête permet de procéder à la triangulation de l'information.
- La durée des entretiens peut être plus longue car cela ne demande pas, de la part de chaque personne constituant le groupe, une concentration de tous les instants
- Au terme de l'activité, un consensus se dégage (tandis qu'une enquête statistique a besoin d'être restituée pour sa validation)

Inconvénients :

- Compte tenu de la lourdeur de ce type d'enquête le nombre de villages enquêtés est moindre que pour l'enquête statistique.
- Elle donne des données qualitatives moins précises. Il est aussi plus difficile d'utiliser ces seules données par la suite pour concevoir un argumentaire tant vers les populations que vers les autorités ou les bailleurs. Bien que ceci ne soit pas l'objectif premier de l'enquête, une telle utilisation de ces données se montre particulièrement utile lors de la mise en place de la mutuelle.

Identification des groupes :

L'identification d'un groupe est légèrement différente en milieu rural et en milieu urbain :

- du processus). Dans le premier cas, on répertorie, de façon exhaustive, les groupes organisés les plus fonctionnels. Il est généralement plus aisé de réunir des représentants des associations villageoises.
- du processus). Par contre, en ville, le nombre de groupements ou associations est généralement plus important. Il peut donc s'avérer difficile de connaître et rassembler tous les groupes existants. Afin de toucher les groupes rassemblant un potentiel intéressant, nous passons par les institutions de développement actives auprès des organisations de base dont nous rencontrons ensuite les représentants. L'enquête par focus groupe s'adressera à ceux ayant manifesté leur intérêt lors de cette première rencontre (démarche active de venir demander à faire partie du processus).

SELECTION DES PARTICIPANTS AUX FOCUS GROUP

- Choisir une douzaine de participants
- Parité homme/femme
- Personnes actives
- Pour les hommes, chefs de noyaux (économiquement autonomes)
- Pour les femmes des mères de famille

Remarques:
- Ne pas prendre de couples mariés dans le même focus(pas de lien de parenté directs)
- Ne pas prendre le chef du village, ni les chefs religieux, ni les leaders d'opinions qui feront l'objet d'entretiens individuels
- Répartition en fonction de l'ethnie qui soit suffisamment représentative de la composition du village

b. L'enquête avec les « leaders d'opinion »

Il s'agit d'une enquête avec les leaders d'organisations de base et les personnes ressources des villages. Les personnes et structures pressenties sont :

- Les chefs de canton et/ou de village.
- Les notables du village.
- Les chefs religieux (toutes confessions présentent dans le village)
- Les représentants des organisations de base notamment les organisations d'économie solidaire (caisse villageoise d'épargne et de crédit, groupements de tontinier, groupements des producteurs, …), celles actives dans le domaine de la santé (comité de gestion et comité de santé) sans oublier les groupements des femmes et des jeunes.
- Les associations de parents d'élèves
- Le personnel enseignant
- …

Les questionnaires de l'enquête leader se rapprochent de ceux de l'enquête ménages. Ils visent essentiellement à évaluer la perception qu'ont les leaders du concept mutualiste. Ceci pour rechercher leur soutien dans le processus de mise en place des mutuelles de santé. En milieu rural, il s'agit généralement de personne ayant une influence importante sur la population du village.

c. L'enquête statistique ménage

L'enquête statistique auprès des ménages cherche

- à obtenir des informations sur les sources de revenus et ce qui se passe lorsque l'un des membres de la famille tombe malade,
- à savoir quelle est la perception de l'offre de soin, de la qualité des soins dans les structures de santé,
- à connaitre les types de soins de premier recours qui sont privilégiés ; automédication, chez le guérisseur ou le tradithérapeute, soins modernes, au centre de santé ou à l'hôpital, …
- à savoir s'il existe des mécanismes de prévoyance, si oui lesquels, si non, les stratégies développées pour faire face aux dépenses de soins.

Ces informations permettrons de faire les premières propositions du type de soins que la mutuelle pourrait prendre en charge, tenant compte des montants à payer : c'est ce que nous appelons **le couple « prestation – cotisation »**.

Cette enquête, tout comme celle des leaders d'opinion, permet d'évaluer la portée des sensibilisations réalisées sur le concept de mutuelle et la bonne compréhension qu'en ont les ménages interrogés.

d. L'enquête avec les prestataires de soin

- L'offre de soins en milieu rural est généralement peu diversifiée ; les centres de santé publics y sont prépondérants. Nous y trouvons quelque fois des centres confessionnels, rarement des cabinets privés. L'étude de faisabilité s'adresse à toutes les structures de soins de santé situées dans la zone de couverture des mutuelles. On interviewe le personnel du centre de santé et les membres du comité de gestion.

- Cette enquête est influencée par les résultats de l'enquête ménages et leaders d'opinion. En effet, lors de ces deux enquêtes, certaines questions abordent la perception de la qualité des soins par ces groupes. La notion de qualité abordent les questions liées à l'accueil du malade, la disponibilité en médicaments, celle du personnel, les compétences du personnel et l'infrastructure (bâtiment en état, eau courante disponible, douche et WC entretenus, incinérateur des déchets médicaux opérationnel, etc).

L'enquête ménage et l'enquête auprès des leaders d'opinion précèdent donc l'enquête auprès de prestataires de soins.

Certaines données recueillies auprès des ménages et des leaders, doivent être vérifiées ou approfondies au cours de l'enquête prestataires.

- En plus des aspects cité au point précédent, on cherchera aussi à connaître le taux d'utilisation des services et le coût moyen des soins, données essentielles pour le calcul du couple « prestation – cotisation ».
- L'enquête doit se faire par quelqu'un qui connaît bien le développement des services de santé.
- La phase terrain ou le recueil de l'information
- Le recrutement d'une équipe d'enquêteurs.
- La mise en place d'une équipe de supervision.

Recrutement d'une équipe d'enquêteurs

L'obtention de données fiables et de qualité, passe par le recrutement d'une équipe d'enquêteurs aguerrie au concept mutualiste, aux techniques d'enquête et d'animation. Ces enquêteurs doivent maîtriser les langues locales, la culture du milieu (les coutumes et leurs tabous) et la géographie des zones.
C'est pourquoi les enquêteurs :

- Sont recrutés dans le milieu où l'étude où l'étude sera conduite.
- Reçoivent une formation sur le concept et le fonctionnement des mutuelles de santé.
- Reçoivent une formation sur l'utilisation les fiches d'enquête et les guides d'entretien.

Ces formations sont importantes ; elles vont nous permettre de disposer de données comparables et exploitables.

Pour ce qui concerne les questionnaires, la formation approfondie des enquêteurs permet d'aborder les points suivants :

Le modérateur doit répondre à la problématique de l'étude

Parfaite connaissance des objectifs	Souplesse	Concentration
Ecouter	Changer orientation si nécessaire	Diriger la discussion
Creuser les points intéressants & pertinents	Encourager la discussion de points pertinents même s' ils ne sont pas dans le guide	Eviter de s' éloigner du sujet
Mener la discussion logiquement	S' adapter à la situation	Se concentrer sur les questions clés

- Le concept mutualiste est peu connu. Chacun des enquêteurs risque d'interpréter les questions à sa manière,
- Les termes techniques propres aux mutuelles ne sont pas courants et doivent être très clairement expliqués (… aux enquêteurs, pour qu'eux-mêmes puissent les expliquer aux gens !),
- La finalité de chaque question, sa raison d'être, doit être bien comprise par l'enquêteur afin qu'il puisse relancer les gens pour avoir des réponses valides et que les données soient utilisables,
- Les traductions du français en langues vernaculaires sont minutieusement étudiées afin de s'assurer que chaque enquêteur est « sur la même longueur d'onde » et que les explications aux questions auprès des communautés soient harmonisées.

Les guides et les questionnaires sont testés. Les éléments suivants doivent être respectés pour éviter les biais :

- Les enquêteurs, encadrés par les superviseurs, effectuent les pré-tests.
- Le pré-test se fait hors de la zone d'enquête.
- Une réunion visant à notifier les remarques et à apporter les modifications idoines est programmée à la suite des pré-tests.
- Un document servant de mémo pour les enquêteurs est alors rédigé

George et Marie, malgré une préparation minutieuse, savent que l'administration des questionnaires et les réalités de terrain réservent souvent des surprises et entraînent un lot de questions devant lesquels les enquêteurs se retrouvent démunis. C'est pourquoi, ils assurent l'encadrement de l'enquêteur et se transforment donc en superviseurs. Le nombre de superviseurs dépend de la dimension de l'échantillonnage. Ils sont chargés de :

- L'élaboration d'un planning de suivi des enquêteurs.
- Chaque jour, ils rendent visite à quelques enquêteurs (ceux qui travaillent à proximité « des uns des autres » se rassemblent en un lieu donné) afin de s'assurer du respect des plannings et d'identifier les difficultés opérationnelles.
- Chaque soir, ils vérifient le bon enregistrement des données. Les erreurs éventuelles sont ainsi corrigées au fur et à mesure pour ne pas risquer de se retrouver avec des questionnaires inutilisables pour toute une zone donnée.
- Ils collectent et centralisent les questionnaires.

Il est fortement conseillé d'organiser une séance de restitution des travaux de terrain avec les enquêteurs. Ceci vise à prendre connaissance des problèmes et situations imprévisibles auxquelles ils ont dû faire face au cours de la collecte. Il faut, parfois en prendre compte dans l'analyse des données. En effet, ces informations peuvent influer sur la qualité des données ou le cours de l'analyse. Dans tous les cas il faut exiger des enquêteurs des rapports de terrain qui seront ramassés à la fin de l'enquête. Ces rapports pourront être exploités afin de lever certains doutes ou inquiétudes survenant au cours de l'analyse des données.

A l'issue de la collecte des données George et Marie établissent un répertoire des enquêteurs avec leurs coordonnées et une appréciation individuelle de leur travail. Ceci pourra servir ultérieurement pour d'autres enquêtes ou si l'on devait faire appel à eux lors de la mise en place des mutuelles de santé.

Le traitement de l'information

Deux types de données sont collectés :

Les données qualitatives

- Les informations issues des enquêtes qualitatives (entretiens semi structurés et diagnostics participatifs) seront traitées manuellement et restitués sous forme de rapports d'entretiens. Il ne faut pas oublier de croiser les informations semblables issues des différentes enquêtes.

Les données quantitatives

- Le dépouillement des données quantitatives précède leur enregistrement. Il permet de finaliser la codification et de mieux en préparer la saisie. Il est préférable que le dépouillement soit fait par l'équipe ayant réalisé la collecte. C'est pourquoi il n'est pas toujours bon de commencer l'encodage avant la fin de la collecte.

- L'enregistrement des données peut se faire avec le logiciel Acces, après codification et élaboration d'un masque de saisie. Le traitement est réalisé au moyen du logiciel SPSS. Le tableur Excel sera utilisé pour les illustrations graphiques. La base de données ainsi constituée pourra être exploitée ultérieurement pour le suivi de l'action (constitution des groupes témoins, suivi des indicateurs).
- L'utilisation de ces logiciels n'est pas obligatoire. On peut très bien utiliser d'autres logiciels pour ces tâches. Chaque combinaison de logiciels a ses avantages et ses inconvénients. Il s'agit en fait de rechercher les meilleures combinaisons en termes de qualité des données à analyser
- Les données statistiques seront interprétées à la lumière de la revue documentaire et des rapports d'enquêtes qualitatives.

Il est important de choisir les logiciels de traitement et d'analyse avant ou au cours de la confection du questionnaire afin d'en faciliter le traitement et l'analyse. On s'assure ainsi que les informations recueillies pourront être exploitée par les logiciels choisis.

Et après le recueil des données ?

Validation de l'étude

George a rédigé les différents rapports d'enquête et préparé un résumé à présenter pour la validation des résultats de l'enquête auprès des personnes, groupes de personnes ou institutions interrogées au cours de l'étude. Il est, en effet, important de s'assurer que les résultats font l'unanimité et qu'il n'y a pas de données erronées. Il pourra notamment ainsi élaborer des propositions de scénarii « prestation – cotisation » à restituer ultérieurement.

Restitution de l'étude

La restitution s'effectue sur base des données récoltées, et donc des préférences et priorités des enquêtés et de leur capacité contributive. Après la validation :

- George apporte les modifications et précisions dans les rapports d'enquête, remarques dont il tiendra compte lors de cette restitution.
- Il élabore différents scénarii du couple « prestation - cotisation », c'est-à-dire calcule le montant de la cotisation à payer par les mutualistes au regard des services ou soins pris en charge par la future mutuelle de santé.

La restitution de l'étude :

- s'adresse à un large public. En effet, la présence d'un maximum de personnes est souhaitée (enquêtés, autorités sanitaires, groupes organisés, ménages, sans oublier les membres des Comité d'Initiative de 2° niveau…) car on vise potentiellement tout ceux susceptibles de devenir mutualistes. Cependant, si le nombre de personnes est trop élevé, il est souhaitable de constituer plusieurs groupes pour faciliter le travail d'analyse et de prise de décision.
- permet une large diffusion des résultats de l'étude et s'apparente à une sensibilisation sur les problèmes inhérents au système de soins et à son accessibilité,
- vise, in fine, à prendre des décisions majeures sur base des données de l'enquête. En effet, les participants procéderont aux choix du montant de la cotisation, des services pris en charge, de l'unité d'adhésion, du mode de cotisation …

Il sera nécessaire parfois d'expliquer et réexpliquer plusieurs fois les différents paramètres (et leur mode de calcul éventuel) qui entre dans la construction de la mutuelle de santé. Nous avons constaté que le taux de fréquentation par exemple, le coût moyen des soins, les règles mathématiques qui entre dans le calcul du couple « prestation – cotisation » sont des notions abstraites pour des participants parfois peu scolarisés ou alphabétisés.

Dans le cadre du calcul du couple « prestation – cotisation », un outil d'aide à la décision, conçu par le BIT/STEP, se montre très efficace dans ce contexte.

Calcul du montant de la cotisation et choix du scénario

L'outil cité se présente sous forme de deux feuilles de calcul Excel liées entre elles.

- La première feuille reprend les informations de base sur les différents soins ou pathologies pris en charge par les structures de santé. Ces données sont extraites de l'enquête « prestataire de soins » réalisé lors de l'étude de faisabilité.
- La seconde feuille se présente sous la forme d'un tableau où les soins souhaités par la communauté sont repris, auxquels se rajoutent différentes variantes dont le taux de fréquentation attendu, le ticket modérateur, la part de la cotisation qui servira au remboursement des soins, majoré des frais de fonctionnement et de la constitution de réserves pour la mutuelle,

En fonction des choix opérés par les participants, dès qu'une de ces variantes est modifiée, le calcul de la cotisation se fait automatiquement et le montant à payer par les futurs membres de la mutuelle s'affiche instantanément.

Ainsi, les participants peuvent immédiatement voir l'impact d'une modification, par exemple, du ticket modérateur. Ils visualisent les règles qui régissent l'équilibre entre la cotisation et les services que prendra en charge la future mutuelle.

Conseil : Tout comme dans le domaine de l'assurance commerciale, il est nécessaire d'être très précis dans la définition des « sinistres » ou prestations offertes par les structures de santé et de la compréhension que peut en avoir la communauté, peu habituée au jargon médical. Nous avons par exemple remarqué que pour la communauté, aux accouchements par césarienne sont associés les « Grossesse Extra Utérine ». Or pour les prestataires de soins, il s'agit de pathologie différentes ayant chacune leur coût. Il n'est donc pas futile de s'assurer de l'adéquation entre la compréhension des prestataires de soins, de la mutuelle et des mutualistes. Dans le cas contraire, ce type d'incompréhension pourrait faire une très mauvaise publicité à la mutuelle.

➔ Quels services la mutuelle prendra-t-elle en charge ?

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.

Enquête ménages

Par des questions simples, l'enquête ménage identifie (1) les besoins de soins ressentis comme prioritaires par les ménages (2) et pour lesquels ils seraient prêts à cotiser.

Voici quelques exemples de questions types ou point d'attention :

- Dans quelle structure de (soins de) santé la mutuelle devrait-elle rembourser les soins en priorité ? Au centre de santé, au dispensaire, à l'hôpital ou autre ?
- Quels services souhaiteriez-vous que la mutuelle rembourse au centre de santé ? (mettre des numéros dans l'ordre de priorité). La consultation curative, les accouchements, les médicaments, les examens, les morsures de serpent, la petite chirurgie, la consultation prénatale, autres … ?
- Ceci permettra d'identifier pour une même structure de santé les dépenses de santé dont l'enquêté souhaite la prise en charge.
- Il faudra aussi détailler les souhaits de soins à prendre en charge à l'hôpital ; si le choix se porte sur le service chirurgie, par exemple, de quel type de chirurgie, s'agit-il ? les césariennes, la traumatologie, les urgences abdominales ? S'agit-il des actes chirurgicaux uniquement ou bien aussi de l'hébergement à l'hôpital ? des médicaments, des analyses,… ?
- L'évacuation des malades intéresse également les populations. Une question telle : « Comment déplacez vous vos malades jusqu'au centre de santé ? » démontre si oui ou non un problème lié à l'évacuation se pose. La question de l'organisation des transports urgents donne également des informations sur la solidarité qui existe dans le village.
- Au niveau des ménages, il existe plusieurs questionnaires selon que l'on s'adresse au chef de ménage ou à son épouse. Pour ces dernières, les informations relatives à l'accouchement et la consultation préna-

tale sont particulièrement recherchées. Ainsi plusieurs questions sur ces aspects sont posées comme : Combien de consultations prénatales avez-vous eues lors de votre dernière grossesse ? Où aviez vous consulté ? Quelle appréciation donnez-vous de l'accueil en CPN ? Où avez-vous accouché ? Pourquoi ce choix ? Avez-vous connu des problèmes lors de la grossesse ou de l'accouchement ?

- Ces entretiens doivent se faire en tête à tête. Les questions visent à détecter des problèmes éventuels, à connaître les habitudes et les lieux où préfèrent se rendre les femmes. Le choix du lieu pour l'accouchement n'est pas forcément le même que pour la consultation curative. Beaucoup de femmes accouchent encore à la maison.

- La présence « d'agents de santé communautaire » dans les villages doit être détectée afin que les mutuelles ne déforcent pas leur travail. Elles tiennent éventuellement compte des services qu'ils offrent. Ainsi par exemple, si le coût d'une consultation d'un tel agent est de 300 FCFA, la mutuelle instaure une franchise de 300 FCFA pour ne pas leur retirer leurs patients au profit des centres de santé conventionnés.

Enquête leaders

Compte tenu du niveau d'instruction de ce groupe cible, les questions sont souvent plus directes: « En matière de santé quelles sont les soins et/ou les maladies qui devraient être remboursés par la mutuelle ? Est-ce que cela devrait être la même chose pour les enfants et les adultes ? »

En règle générale, tant dans l'enquête ménage que dans l'enquête leaders, les médicaments viennent en première position. Leur coût constitue la part la plus importante des dépenses de santé et leur montant est imprévisible.

Les populations choisissent également toujours l'accouchement comme prestation remboursée par la mutuelle. Cela peut paraître paradoxal dans la mesure où il s'agit pourtant d'un événement prévisible. Les personnes concernées pourraient donc économiser en vue de cet événement longtemps à l'avance.

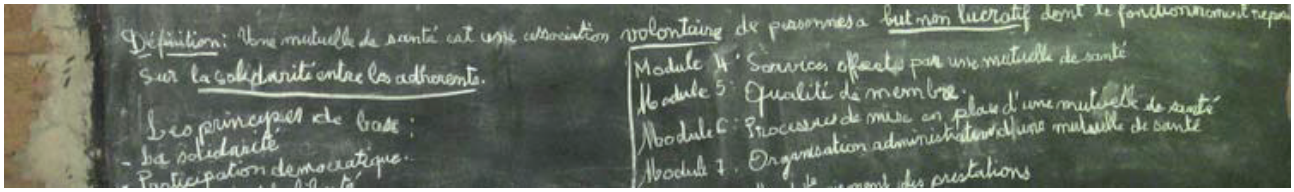
Enquête auprès des prestataires de soins

A l'étape du calcul de la cotisation, on tiendra bien sûr compte des préférences des populations pour les soins à couvrir par la mutuelle et de la capacité contributive que les gens vont exprimer. C'est pourquoi l'enquête auprès des prestataires de soins est menée après celle s'adressant aux ménages et aux leaders d'opinion.

L'enquête commence par préciser les activités offertes dans les structures de santé que fréquentent les gens. Il est évident que la mutuelle ne peut pas prendre en charge des services qui n'existent pas !

L'enquête auprès des prestataires de soins permet aussi de faire une analyse de la qualité des soins fournis dans la zone de couverture des futures mutuelles. Chacun des différents niveaux de la pyramide sanitaire est étudié. Les informations recherchées concernent la qualité de l'accueil, les compétences du personnel soignant, le plateau technique, l'état des infrastructures sanitaires, …

➔ Quelle cotisation demander ?



Partir d'un montant possible où le déduire ?

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 payement 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 dollars US par jour et par personne).

Enquête auprès des ménages

Voici des exemples de question à poser:

Combien avez-vous dépensé lors de votre dernière visite au centre de santé ou à l'hôpital?

La réponse fait appel au souvenir de l'enquêté et repose donc sur une estimation sommaire de ses dépenses de santé. C'est pourquoi l'épisode maladie auquel l'enquêté fait référence ne doit pas dépasser trois mois.

Pour minimiser les incertitudes on peut:

- poser cette question à la sortie des structures de soins
- vérifier et faire préciser les informations sur la base du carnet de santé, généralement disponible de nos jours.

L'information ainsi recueillie auprès des gens qui ont été malades donne des ordres de grandeur encore trop peu précis pour servir de base à une décision sur les montants de cotisation. On met donc les informations recueillies auprès des gens qui ont été malades en corrélation avec le coût moyen calculé à partir des données recueillies dans les centres de santé et/ou les services hospitaliers. Un écart important entre les données issues de ces deux sources peut être interprété comme suit:

- Les données issues du centre de santé où de l'hôpital sont peu précises ou partielles.
- Les estimations fournies par les enquêtés sont trop vagues (lire plus) L'épisode maladie remonte trop loin, les dépenses réalisées ont été segmentées, une partie seulement des dépenses est intégrée au montant cité comme par exemple celle liée

à l'automédication avant la visite au centre, certaines dépenses ne sont pas comptabilisées.
- Un écart important entre les données collectées dans les structures de santé et les estimations des patients peut indiquer une éventuelle pratique de vente parallèle de médicaments par un personnel soignant.

Astuces : La réponse à la question sur les dépenses faites lors du dernier épisode de maladie doit être mise en corrélation avec celle relative au montant que la personne pense pouvoir cotiser dans la future mutuelle. Il doit y avoir une cohérence entre les deux réponses. Dans le cas contraire, il faut explorer plus en détail la relation mathématique entre la cotisation et les services pris en charge !

Quel montant pourriez-vous cotiser et combien de personnes pourriez-vous prendre en charge?

- En règle générale les réponses fournies sont peu fiables, tant sur le montant de la cotisation que sur le nombre de personnes exprimant leur volonté de devenir membre de la future mutuelle. On le remarque en confrontant les résultats de l'enquête avec le montant finalement retenu pour la cotisation et le nombre d'adhérents ou de bénéficiaires inscrits dans les mutuelles à leur création. Leur nombre est bien en deçà de ce qui est exprimé lors des enquêtes.

Afin de contourner ces difficultés :
- Lorsque les sommes proposées pour la cotisation sont beaucoup trop faibles au regard des services demandés, l'enquêteur doit faire référence au montant payé par l'enquêté lors de sa dernière visite au centre de santé. Ce rappel d'une réalité vécue permet souvent de « recadrer » ou d'objectiver les choix opérés par les enquêtés.
- Quant au nombre de personne à prendre en charge, l'enquêteur doit multiplier le montant proposé comme cotisation par chacune d'elle afin que l'interviewé se rende compte de la somme totale qu'il devra débourser pour inscrire toute sa famille. Ces « aller et retour » permettent finalement à l'enquêté de faire un choix raisonnable quant au montant qu'il aura à payer. Il faut néanmoins mettre cette information en perspective avec les autres.
- Les choix sont inlassablement renvoyés aux gens eux-mêmes. Il s'agit de leur mutuelle, pas de celle du promoteur. In fine, les données recueillies lors des enquêtes seront discutées tout au long du processus de création de la mutuelle ; dans les Comités d'Initiatives et in fine, à l'Assemblée Générale Constitutive. Les enquêtes de la période de l'étude de faisabilité ne donnent pas des absolus ; les données produites servent à objectiver les choses et amener les débats dans des sphères réalistes.

Enquête auprès des prestataires

Différentes méthodes sont proposées pour calculer le coût moyen d'un service, d'un ensemble de services ou d'une pathologie. Elles sont différentes en fonction qu'elles s'appliquent aux centres de santé ou à l'hôpital. Les coûts moyens des soins à l'hôpital sont calculés sur base de leur tarification et avec l'aide d'un médecin qui en évalue les montants. Certains services, plus spécifiques comme l'évacuation, nécessitent la recherche de données qui ne se trouvent pas dans les structures de santé.

Ici nous n'aborderons que les informations relatives à la prise en charge des dépenses de santé dans les centres de santé. Les mutuelles prennent généralement en charge non pas l'une ou l'autre pathologie mais plutôt un paquet de service comme par exemple la consultation curative, incluant donc tous les soins rentrant dans ce paquet.

Des maladies très graves, coûteuses et rares sont souvent calculées à part, comme un risque spécifique à couvrir par la mutuelle : les morsures de chiens enragés ou de serpents. Ce n'est heureusement pas très fréquent, mais quand cela arrive, le coût des vaccins et des sérums est prohibitif !

Pour les soins à l'hôpital, on calcule en général le coût de chaque pathologie, pour une prise en charge spécifique et bien identifiée. C'est l'approche le plus souvent choisie dans le contexte des mutuelles communautaires (la micro-assurance santé).

Pour ce calcul, plusieurs alternatives sont possibles :

- Calculer le coût moyen à partir des coûts individuels, selon les registres de consultation. Dans ce cas il faut s'assurer que le personnel soignant remplit l'outil de façon rigoureuse (enquête rétrospective).
- Distribuer des fiches dans les centres de santé et demander à l'infirmier de remplir une fiche chaque fois que se présente un patient (enquête prospective).
- Se baser sur le coût moyen calculé par les services statistiques de la zone sanitaire.
- Se fier au normatif c'est-à-dire au coût moyen annoncé ou généralement admis pour un service donné.

On est en fait appelé à adapter la méthodologie:

- Dans un registre de consultations ou de soins, une analyse rétrospective sur deux ou trois mois ne suffit pas toujours. En saison des pluies le nombre de consultations et souvent le coût moyen sont plus élevés. L'idéal serait donc d'effectuer l'analyse sur un an, ce qui est peu réaliste vu le temps à y consacrer. Six mois semble un bon compromis si on y intègre trois mois de saison sèche et trois de saison des pluies.
- Lorsque l'on donne des fiches à remplir par les personnels de santé (analyse prospective), on fait l'étude plutôt sur 3 mois. C'est un compromis entre le temps que se donne la mutuelle pour se créer et la patience des personnels de santé pour remplir les fiches ! Il y a des promoteurs qui disposent de ressources pour accorder des primes aux personnels de santé pour cette contribution (un montant fixe par fiche, chacune étant vérifiée et comparée avec les registres).
- On constate que le coût moyen annoncé est souvent bien en deçà de la réalité surtout en présence de mutuelle de santé ; on ne le prend donc pas à la lettre.
- Tous les coûts sont calculés en présence de la barrière financière ; celle-ci sera levée dès la mise en place des mutuelles de santé. Il faut pouvoir en tenir compte.

➔ Avec quelles formations sanitaires signer des conventions ?

Se faire une idée de la qualité des soins

Fluctuations

Chacun connaît l'importance de la qualité des soins pour qu'une mutuelle de santé vaille la peine d'être créée et qu'elle puisse se développer. Dans beaucoup de contextes, nous avons vu que les mutuelles sont fortement tributaires des services publics de santé. Ces systèmes de santé sont en fait beaucoup moins stables qu'on le croit.

- La stabilité du personnel est souvent une question mal résolue.
- L'attrait pour les grandes villes provoque la « fuite des cerveaux » des médecins et des paramédicaux.
- L'approvisionnement en médicaments essentiels, une véritable révolution dans beaucoup de pays, reste soumis à des ruptures de stocks.
- Les formations, séminaires et conférences éloignent fréquemment les responsables et les cadres de leur lieu de travail pendant de longues périodes.

Les changements fréquents provoquent de grandes fluctuations de la qualité des soins. C'est pourquoi les informations recueillies au cours de l'enquête auprès des prestataires ont une durée de vie limitée. Le processus de mise en place des mutuelles de santé ne doit donc pas se faire trop longtemps après l'étude et les données doivent être réactualisées périodiquement. Ces deux points sont cruciaux pour que le montant de la cotisation reste en équilibre avec le coût des prestations prises en charge.

Perception et satisfaction des gens

L'étude de faisabilité permet d'évaluer la qualité des soins sous l'angle technique et normatif ; interviews semi structurés du personnel soignant et des membres des comités de gestion, observation et analyse des outils de gestion disponibles.

Mais quels sont les points de vues des utilisateurs ? Nous étudions donc :

- La perception de l'offre de soins par la population.
- Les questions d'accessibilité financière, culturelle, cognitive et géographique.
- Le niveau de satisfaction quant aux services existants, les sujets de mécontentement et les structures de santé qui sont de véritables pôles d'attraction pour les gens.
- La perception des gens sur les offres de services dans le domaine dit de « la santé de la reproduction » ; un indice sensible.

Comme promoteur ; aller plus loin

Avec les données sur la qualité des soins, le promoteur va aussi:

- faire du lobbying auprès des autorités sanitaires afin de corriger les lacunes relevées dans les structures de santé.
- anticiper un certain nombre de problèmes lorsque la mutuelle va commencer à rembourser les soins.
- Préparer les sensibilisations de manière plus précise et plus contextualisée.

Contribution de l'enquête auprès des prestataires

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-elle la structure de soins ?

Les taux d'utilisation des services : Cette information entre dans le calcul de la cotisation mais permet également de vérifier quels sont les centres de santé et hôpitaux les plus fréquentés. Ces taux doivent être croisés avec l'enquête auprès des ménages. En effet, un taux élevé de fréquentation laisse à penser que les habitants de la zone apprécient de se faire soigner dans cette formation sanitaire.

Mais il arrive qu'une formation sanitaire reçoive des patients provenant de villages situés en dehors de leur zone de responsabilité.

L'offre de soins en milieu rural se réduit souvent au système public, laissant peu de choix aux populations qui les fréquente à défaut d'autre choix.

- 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 ?

On obtient ces informations en utilisant :

- un questionnaire semi structuré
- la liste du matériel requis par la politique nationale ; l'enquêteur coche des cases « disponible » et « état acceptable ».
- la liste du personnel et de leurs qualifications.
- l'observation directe du centre de santé ou du service hospitalier à l'aide d'une grille d'observation
  - l'hygiène dans et autour du centre ou de l'hôpital,
  - la présence et origine de l'eau courante (puits, forage, etc)
  - la disponibilité du matériel et des médicaments,
  - les méthodes de stérilisation du matériel,
  - la présence du personnel et la propreté de leur tenue,
  - l'existence d'un incinérateur et son emploi,
  - l'existence de latrines et de douches; leur propreté.
- un questionnaire spécifique destiné au représentant du comité de gestion.

L'enquête auprès des ménages

Le but ici est essentiellement de comprendre comment la qualité des soins est perçue par la population. Quels sont les facteurs qui l'amènent à fréquenter ou non tel ou tel centre de santé, tel ou tel service de l'hôpital. On pose deux séries de questions:

- Des questions pour identifier les barrières à l'accès aux soins, plus particulièrement les barrières socio culturelles.
- Des questions pour estimer le niveau de satisfaction par rapport aux soins offerts au centre de santé et/ou à l'hôpital ?

Les dires des ménages doivent être comparés à ceux des prestataires de soins afin d'identifier s'il existe des divergences de point de vue. Ces divergences sont mises en débat lors des restitutions/validations de l'étude de faisabilité.

➔ 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.

Contribution des enquêtes auprès des ménages, des leaders et des prestataires

Les mêmes questions (exemples non exhaustifs) peuvent être posées à ces trois groupes distincts:

- **Avez-vous déjà entendu parler des mutuelles de santé ?**
  - La question permet de savoir si la personne pourra répondre de façon éclairée aux questions suivantes ou s'il faut d'abord lui donner quelques explications sur le concept et le fonctionnement des mutuelles.
  - Cette question permet également d'évaluer la portée des activités de sensibilisation menées avant l'étude. Ainsi, les plannings et les stratégies peuvent être réadaptés en fonction de la qualité des réponses (on peut par exemple se rendre compte que dans tel ou tel village les réponses sont peu précises ou erronées et, reprogrammer des sensibilisations avec d'autres animateurs…).
- **Etes vous intéressé d'adhérer aux mutuelles de santé ? Combien de personnes prendriez-vous en charge ?**
  - L'expérience montre que cette question n'apporte pas d'informations réellement exploitables. Elle fournit néanmoins une tendance et marque aussi l'intérêt pour un système mutualiste.
- **Quelles sont les personnes qui peuvent influencer positivement et négativement l'émergence des mutuelles de santé ?**
  L'expérience montre les avantages à identifier le plus tôt possible ces personnes. Il faut cependant être seul avec l'enquêté pour poser cette question. Toutefois, elle peut aussi révéler des rancœurs personnelles, non intéressantes pour le fonctionnement des mutuelles. Il est important de pouvoir les détecter.
- On pose aussi des questions sur les canaux potentiels de collecte des cotisations dans la région ; on peut ainsi identifier des opportunités de récolte entraînant un minimum de frais de gestion.
- Dans des contextes de communautés vivant essentiellement des revenus de l'agriculture, l'étude de faisabilité est un moment clé pour établir le calendrier saisonnier de la région. Ce calendrier permettra d'identifier la période la plus appropriée pour la collecte des cotisations.

➔ Conclusions

Rappel des contrainte

- Données non disponibles.
- Approche structurante, remontante et participative de Louvain coopération au Développement.
- Le concept mutualiste est en général peu connu.
- En milieu rural, parler le français n'est pas vraiment usuel.

Conclusions

La pertinence de l'étude de faisabilité fait l'objet de débats au sein des promoteurs d'autant que les contraintes énumérées (dans l'introduction) constituent des freins non négligeables. Une mauvaise appréhension de ces freins jette le doute sur la fiabilité des données et leur pertinence comme outil d'aide à la décision en ce qui concerne le fonctionnement de la future mutuelle. Pour ces raisons, par manque de budget ou de temps, la tentation est forte, pour certaines organisations, de ne pas mener d'étude. Pourtant, on peut contourner ces obstacles au travers d'une bonne préparation des activités de collecte et de traitement de l'information.

Une attention toute particulière aux éléments suivants assure des données fiables et exploitables :

- Une grande rigueur dans l'élaboration des questionnaires, leur traduction en langue vernaculaire et la formation des enquêteurs. Il est nécessaire de tout passer en revue, avec son équipe, et ce de façon approfondie. Un test du questionnaire hors zone d'enquête peut aider à affiner celui-ci (mais engendre des coûts supplémentaires) et détecter des erreurs
- Une bonne proactivité des enquêteurs lors de l'administration des questionnaires. Le suivi de proximité des enquêteurs par la structure d'appui s'avère indispensable afin de détecter rapidement les difficultés, même si, avant leur déploiement sur le terrain, un pré-test a eu lieu.
- Une bonne chronologie dans l'organisation des activités en commençant par une première sensibilisation sur le concept mutualiste, suivi de l'étude dont les données sont collectées et traitées à des temps différenciés. En effet, le séquençage s'applique également aux sources (unité d'observation) car l'analyse des données obtenues auprès des ménages influencera l'enquête « prestataires de soins.
- La participation de partenaires locaux bien au courant des réalités locales.

Mener l'étude de faisabilité revient à un investissement sur l'avenir qui fera gagner pas mal de temps et d'énergie.

On note en effet que :

- Le paquet de service déterminé lors de l'enquête reste, la plupart du temps, inchangé durant plusieurs années, phénomène confirmé par des sondages périodiques montrant une satisfaction des membres. Ceci évite de procéder à des changements trop rapidement ce qui brouille la compréhension des membres de la mutuelle. Cette stabilité renforce la confiance des populations.
- Les données recueillies lors de l'étude constituent un référentiel sur lequel se base le suivi ultérieur. Tout dérapage peut ainsi facilement être détecté.
- Ces données peuvent être exploitées lors des négociations avec les prestataires ou les bénéficiaires.

Les promoteurs ont tendance à vouloir récolter trop d'informations, qui finalement n'influencent que peu le fonctionnement des mutuelles. En comparaison des guides existants, et pour une meilleure compréhension par les bénéficiaires, Louvain coopération au Développement a simplifié les méthodes/questionnaires proposés pour ne retenir que les informations que, de part notre expérience, nous jugeons indispensables.

➔ Les Comités d'Initiative

Volontés

Le promoteur est l'acteur central de la création d'une mutuelle communautaire qui répond aux besoins de ses bénéficiaires.

Une mutuelle dont les membres ont intégré les valeurs et les principes.

Elle est modelée par les décisions de la communauté. Elle est viable institutionnellement et financièrement.

Contraintes

Pour atteindre ce but, le promoteur et les futurs membres de la mutuelle sont confrontés aux contraintes suivantes :

- **La nouveauté du concept mutualiste**
  - Un système de prévoyance basé sur le paiement d'une cotisation sans avoir la certitude de bénéficier un jour des services couverts;
  - je paye un peu, je peux gagner beaucoup, ou rien;
  - la solidarité entre tous plutôt que l'entraide au coup par coup;
  - etc.

  Comment est-ce possible ?

- **Les expériences malheureuses de détournement**
  - Un système de cotisation communautaire dont l'un des membres fuit avec l'argent;
  - un projet de micro crédit lancé par des promoteurs qui disparaissent avec l'épargne du village;
  - etc.

  Ces expériences malheureuses engendrent la méfiance pour de nouvelles actions incluant un prépaiement.

- **La taille de la zone couverte**

  Toute la population de la zone est concernée par les mutuelles de santé.

  L'information, l'expression, l'écoute des souhaits de tout le monde sont des tâches qui semblent énormes.

  Rassembler des milliers de personnes pour une prise de décision collective est d'une rare complexité.

Comment s'y prendre ?

Comment inspirer confiance et impliquer les citoyens dans la création de la mutuelle ? Comment recueillir leur avis et leur transmettre les informations nécessaires pour qu'ils choisissent les services, le montant de la cotisation, l'unité d'adhésion, etc. ? Qui prendra quelles décisions ?

Les Comités d'Initiative

L'expérience de LD et de ses partenaires :
Les délégués villageois au sein des Comités d'Initiative (CI)

- Les CI sont issus de la communauté.
- Ils préparent la mise en place de la mutuelle.

  Ils 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.

- **Leurs membres sont élus démocratiquement.**

  Chaque village (chaque quartier) élit son CI. Les membres de tous les CI des villages élisent parmi eux les membres du CI de l'aire de santé (le territoire de chaque centre de santé). Et les membres des CI des aires de santé élisent ceux du CI du district de santé. Les CI existent donc à plusieurs niveaux.

- **Les activités des comités et leur dynamique de restitution ont deux objectifs.**

  Dans un premier temps, l'appropriation du concept mutualiste par la population. Dans un deuxième temps, le choix populaire des caractéristiques de la mutuelle (les soins qui sont remboursés, ses modalités de cotisation et fonctionnement, ses textes fondateurs, etc.), bref ce qui sera leur mutuelle.

Raconte moi ta mutuelle

Trois questions articulent l'expérience qui va vous être présentée :

- Quels sont les rôles des Comités d'Initiatives ?
  Répartition des rôles par niveau de délégation.
  Qui fait quoi?

- Comment les Comités d'Initiatives sont-ils mis en place ?
  Par où a-t-on commencé? Comment choisir les membres des CIs? Comment attribuer les tâches? Á quoi faut il être attentif?

- Comment les Comités d'Initiatives fonctionnent-ils ?
  Comment les CI sont-ils formés au concept mutualiste? Comment prennent-ils les décisions fondamentales pour la mutuelle? Comment s'organise la circulation des informations entre le village et le promoteur de la mutuelle?

➔ Quels sont les rôles des Comités d'Initiative?

Les Comités d'Initiative représentent la communauté. Ils lui permettent de participer à toutes les prises de décisions. Elles seront validées lors de l'Assemblée Générale Constitutive de la mutuelle.

En général, ils sont structurés en trois niveaux de représentation. Chacun d'eux a un rôle et une composition propre.

Comment déterminer les niveaux de représentation?

Taille de la population cible

Le nombre de niveaux de représentation est principalement fonction de la taille de la population cible.

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.

Il cherche à instaurer un système de délégation efficient à la fois

- pour avoir une réelle représentation populaire;
- pour pouvoir mener à bien toutes les tâches préalables à l'Assemblée Générale Constitutive.

Ainsi,

- 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

Une population cible de 160.000 habitants (répartis dans 173 villages) dispersés sur 6.000 kilomètres carrés, est représentée par trois niveaux constitués de la manière suivante :

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

Qui fait quoi?

Canevas de l'organisation sanitaire

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

A chaque contexte sa structure de délégation.
Dans nos expériences, structurer les niveaux des Comités d'Initiative selon l'organisation sanitaire répond aux résultats de l'étude de faisabilité et aux caractéristiques de la population cible, dans ce contexte. Chaque contexte de mutuelle génère ainsi un modèle spécifique de Comité d'Initiative.

A chaque niveau, son rôle et ses membres

- **Le premier niveau, « Village »**

  Le premier niveau de délégation/représentation est celui du village. Chaque village de la zone de la mutuelle est représenté par un Comité d'Initiative. L'ensemble de ces CI forme le niveau village.

  Rôle des membres du CI du village :

  - 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.

Un membre du CI d'un village peut s'appeler « Relais Communautaire », un(e) volontaire issu(e) du milieu, en contact avec l'ensemble ou une partie de la population. Il/Elle a une certaine « aura » et la confiance des gens. A travers lui/elle, il est possible d'atteindre la population, de l'informer et de la consulter.

- **Le second niveau, « Aire de Santé »**

Les membres des CI des villages situés dans l'aire de responsabilité d'un Centre de Santé élisent les membres du Comité d'initiative de ce niveau. Pourquoi ce choix?

L'administration sanitaire défini une aire de responsabilité et des activités de soins spécifique à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Ainsi, dans une Aire de Santé, la mutuelle prendra en charge les soins de base donnés par les Centres de Santé. Ceux-ci vont passer un contrat avec la mutuelle et devenir des partenaires.

Rôle des membres du CI de deuxième niveau :

- Assurer la circulation des informations. 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 accompagnement 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.
  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.

- **Le troisième niveau, « District Sanitaire »**

Les membres des CI des aires de santé élisent les membres du Comité d'Initiative du niveau District. Mais encore ?

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.

Résultats:

- Les activités menées dans l'aire s'harmonisent ;
- Un partenariat s'instaure ;
- Les apports des ces personnes expérimentées renforcent les Comités d'Initiative, en particulier lorsque le niveau d'instruction des membres des niveaux « Village » et « Aire de Santé » est trop faible pour réaliser l'important travail préparatoire.

L'existence de ce troisième niveau de représentation est fonction de/du

- la taille de la population ;

- la présence d'acteurs rompus au travail de développement et d'animation ;
- niveau d'instruction des Comités d'Initiatives des niveaux inférieurs.

Lorsque le troisième niveau n'est pas mis en place, ses fonctions reviennent au second.

Exemple de la mutuelle de la ville de Dapaong
(Chef lieu de la Région des savanes, au Nord du Togo):

dans ce milieu urbain, seul deux niveaux de CI ont été institués car le niveau d'instruction des membres était suffisant pour mener les tâches à bien. Dans cette ville, le CI de premier niveau a parmi ses membres des groupes professionnels (enseignants, couturières, …) et a donc, dès ce niveau, des personnes-ressources d'emblée proactives.

➔ Comment les CI sont-ils mis en place ?

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.

Dans la région Centrale au Togo, les équipes des ONG partenaires de LD (six équipes de deux personnes) se sont rendues dans cent-septante-trois villages pour y organiser la mobilisation.

Par où commencer?

Introduire l'idée d'une délégation villageoise

Lors d'une première séance de travail, le chef du village rassemble la population et l'équipe du promoteur assure l'animation.

Georges, l'animateur, procède par questions-réponses avec l'assemblée:

- Il amène les gens à exprimer les problèmes qu'ils rencontrent pour se faire soigner;
- Il présente ensuite ce qu'est une mutuelle de santé et son processus de mise en place.

Au cours des débats, il apparaît assez rapidement qu'il faut identifier des personnes avec lesquelles travailler concrètement sur ce processus (les Relais Communautaires).

Choisir les critères de sélection

Georges explique

- quelles seront les responsabilités des futurs membres du Comité d'Initiative au village;
- qu'un CI de deuxième niveau (Aire de Santé) va regrouper des délégués des CI de premier niveau (Village).

Sur cette base, l'assemblée établit des critères de sélection des membres de ces CI. Par exemple:

- La stabilité (être marié, résider et travailler dans le village,…) et la disponibilité pour s'investir à relativement long terme dans la mutuelle
- Le dynamisme, l'expérience de participation aux initiatives communautaire
- La pratique d'une activité génératrice de revenu et la possibilité de s'investir bénévolement dans les activités de la mutuelle
- La confiance de la population car on parle de leur argent
- Le niveau d'instruction (mais c'est un critère relatif … un jeune lettré n'a que peu d'autorité !)
- La capacité de mobiliser les gens, de communiquer dans leur langue
- …

Etablir le nombre de délégués par Comité

Les populations estiment le nombre de personnes qui formeront le Comité. Il est fonction des entités du village à représenter.

Par exemple:

- Les groupes organisés de la communauté (par professions, etc.)
- Les hameaux
- Les ethnies
- …

Comment choisir les délégués?

Adapter le nombre de membres à choisir

L'assemblée villageoise possède dorénavant toutes les informations (critères de sélection et nombre de délégués) pour identifier l'équipe la plus à même de remplir les rôles attribués aux délégués. Cela sera chose faite pour la prochaine séance de travail. La date est choisie avant le départ de Georges.

Maintenir la dynamique.
Georges conseille d'espacer les réunions tout au plus de deux semaines et de préférence de seulement quelques jours afin de ne pas briser la dynamique naissante.

A la date prévue, c'est le retour de Georges ! Le village présente ses candidats délégués. A sa grande stupéfaction, le nombre de candidats proposé est supérieur à celui fixé précédemment. On discute. Plusieurs alternatives s'offrent à l'assemblée:

- un des candidats s'élimine spontanément;
- le chef ou un leader négocie le retrait d'un des postulants;
- sur base d'un argumentaire convainquant et pour une représentativité optimale, les délégués en surnombre sont maintenus.

Ainsi, le nombre de membre du CI n'est pas figé. La fourchette se situe généralement entre quatre et dix-neuf personnes selon :

- La dynamique locale
- La représentation des femmes dans les CI.

En effet,

- La population concernée par les problèmes de santé est majoritairement féminine.
- Les femmes sont pratiquement toujours responsables de la santé des enfants.
- Certaines séquelles des accouchements et les problèmes de fertilité entraînent régulièrement le rejet de la part du mari et de l'environnement direct ; les femmes désirent se trouver des solutions.

La présence des femmes dans le Comité d'Initiative et plus tard, dans la mutuelle se justifie amplement :

- Le comité sera représentatif.
- Les services de la mutuelle seront adaptés aux besoins de la population puisque les femmes et les enfants, dont elles s'occupent, en représentent septante cinq pour cent! Les soins au centre de santé couvrent un grand nombre de ces besoins : maladies courantes soignées à la consultation curative, accouchements, consultations prénatales, etc.
- Pour une femme, l'amélioration de sa santé lui permet de tenir son rôle dans sa famille et dans la société.
- La mutuelle est un lieu d'expression dans lequel certaines femmes peuvent réaliser leur aspiration : participer à l'amélioration des conditions de vie de la communauté.

Georges porte une attention particulière à la présence de femmes dans le CI.

Sa tâche n'est pas aisée ; les arguments contraires fusent :

- Les tâches domestiques et champêtres occupent une large part de la journée des femmes; où vont-elles trouver le temps de s'investir dans la mutuelle de santé ?
- Certains maris refusent que leur épouse bénéficie du statut social privilégié octroyé aux membres CI ou qu'elle consacre du temps à la mutuelle. Peut-être pour éviter les conflits inutiles, les femmes ne se présentent pas volontiers à des postes qui les pousseraient trop sur le devant de la scène.

Nuancer les critères de sélection

Georges vérifie avec l'assemblée si les candidats délégués répondent bien aux critères. Les gens portent une attention particulière aux critères suivants :

- La stabilité
- La confiance
- Le dynamisme

Le critère de dynamisme est fortement mis en avant pour la constitution des comités de second niveau (CI Aire de Santé). Venant d'un Comité d'Initiative de village, les futurs membres d'un Comité de deuxième niveau qui ont une expérience dans le monde associatif sont particulièrement les bienvenus.

Le niveau d'instruction de la population villageoise peut être relativement faible. Georges évite donc d'y accorder une grande importance lors de la sélection des délégués du premier niveau des CI afin de ne pas démotiver la participation de la communauté. Par contre, il y accorde une attention particulière au moment de choisir les délégués qui seront membres du CI du second niveau de la structure.

Le comportement de Georges tend à éviter que les délégués ne se sentent démunis face au rôle qu'ils ont à jouer.

Comment répartir les tâches entre les membres des CI ?

Spontanément

Dans certains cas, les candidats délégués se répartissent les rôles (président, secrétaire,…) sans difficulté. L'acclamation de la communauté valide alors la constitution du Comité.

Par scrutin

Lorsque plusieurs candidats convoitent le même rôle, le travail de Georges est moins simple. Les candidats battent alors campagne et l'assemblée distribue les rôles au travers d'élection. Pour ce faire, plusieurs possibilités s'offrent à elle :

- « A, à, à la queue leu leu… »
  Les électeurs se répartissent derrière le candidat de leur choix. Georges et son équipe comptent, le nombre de personnes dans chacune des files et identifient l'élu.

  Inspirée des procédures de vote communautaire (chef de village, de canton,…), la technique est connue et appréciée pour sa transparence.

  Pour l'avoir vécu, Georges déconseille de procéder de la sorte lorsque l'assistance est très nombreuse (au-delà de cent personnes) car les déplacements sur le lieu de l'assemblée sont malaisés.

- « Tu n'as pas le droit de lever les deux mains!»
  Dos à la foule, le candidat est élu au nombre de mains levées.

  Ce procédé évite les déplacements de la foule. Cependant, si l'on a deux mains, ce n'est pas pour rien : la tentation de multiplier les voix est grande! Heureusement, l'œil vif du voisinage la contient et rassure l'opposition.

- Compter à haute et double voix.
- Pour éviter les contestations lors de l'élection, Marie et l'un de ses collègues comptent les préférences à haute voix.

Il ne faudrait pas oublier de…

Veillez au processus démocratique

Le choix des délégués villageois est l'affaire de la communauté et du promoteur :

- La communauté se connaît et possède l'information qui lui permet de bien choisir ses délégués ;
- Le promoteur veille au bon déroulement des activités et s'assure du respect des principes démocratiques :

Georges détecte les jeux d'influences au travers des questions et des réactions potentielles du public. Dans ce cas, sa collègue, Marie, circule dans la foule et tente de comprendre l'origine du problème en vue de le solutionner. En effet, il y des choses qui sont plus faciles à dire en petit qu'en grand comité.

Reconnaître officiellement les élus

Installer officiellement les Comités d'Initiative en présence des autorités locales, confirme la légitimité des délégués. Les photos publiques, les poignées de mains reconnaissent solennellement l'importance des Comités d'Initiative et constituent une source de motivation pour accomplir leur mission.

➔ Comment les Comités d'Initiative fonctionnent-ils ?

Georges et Marie sont satisfaits: les CI sont sur pied, la représentativité est assurée et chacun connaît son rôle.

Dorénavant, ils pourront compter sur les délégués pour propager les informations à l'intérieur des plus petits villages.

Quelles informations donner aux CI ?

Le concept mutualiste

Le concept mutualiste est neuf. Les Comités d'Initiative doivent pourtant modeler la mutuelle à leur contexte et choisir des modalités de son fonctionnement. Il faut aussi convaincre la population d'y adhérer, pour en assurer la viabilité.

Une formation est donc organisée en deux volets : l'un théorique et l'autre pratique, à l'occasion d'une visite d'échange.

Les modalités de fonctionnement

Des décisions capitales pour la mutuelle doivent être prises avant sa constitution officielle (période de cotisation, unité d'adhésion,…).

Parmi celles-ci, l'identification du montant de la cotisation et des services pris en charge par la mutuelle: le couple cotisation-prestation ou le scénario !

Il est l'objet d'un atelier qui rassemble les Comités d'Initiative et les promoteurs de la mutuelle.

Les formations théorique et pratique des Comités, de quoi s'agit-il ?

Formations en cascade

Georges et Marie y invitent les Comités du second niveau (Aire de Santé) car il serait fastidieux de former au même moment, les deux niveaux de CI.

Par exemple, en Région Centrale au Togo il y avait environ mille cent personnes dans les CI de premier niveau pour près de deux cents au second niveau.

Ils restitueront leur savoir nouvellement acquis au CI du premier niveau (Village). Ainsi, tous disposeront des armes nécessaires pour jouer leur rôle d'interfaces et de catalyseur.

Formation théorique

Cinq jours, dix modules. Sur une période de cinq jours les participants découvrent le monde des mutuelles au travers de dix modules :

- L'état des lieux du financement des soins de santé
- Les systèmes de prépaiement
- Les fondements et caractéristiques
- Les services offerts par une mutuelle de santé
- La qualité de membre
- L'organisation administrative d'une mutuelle de santé
- Les modes de paiement des prestations

- Les risques majeurs d'une mutuelle de santé
- Le processus de mise en place
- La communication dans les communautés

Trois points d'attention :

- **Une mutualité en langue locale**
  Le monde des mutuelles a des concepts et un vocabulaire spécifiques ne figurant pas dans les langues locales. Ainsi, Georges amène les participants à construire un langage clair.

  Georges devient un villageois et les participants, les animateurs. Ils simulent une séance de sensibilisation au village durant laquelle le participant s'exerce à transmettre un message convainquant. Chaque simulation est analysée par le groupe et l'on retient les meilleures attitudes et expressions.

  Le but est de minimiser les risques de diffusion d'informations erronées lors des sensibilisations menées par les membres du CI second niveau au village.

- **Un suivi personnalisé**
  Un pré-test identifie les participants dont les connaissances sont les plus faibles afin d'y prêter une attention particulière au cours de la formation.

  Un post-test cible les participants que le promoteur et son équipe accompagneront prioritairement au cours des sensibilisations.

  La comparaison entre les résultats du pré et du post test de tous les participants évalue l'efficacité de la formation.

- **Des technologies simples et appropriées**
  Pour le travail de terrain (réunion villageoise,…) les grandes feuilles de papier sont préférées au vidéo projecteur comme support d'information.

  De cette façon, la formation n'est pas dépendante de l'électricité. Les coupures de courant ne vont pas interrompre les séances, ni forcer les participants à revenir d'autres jours.

Restitution de la formation

Une fois formé, les membres des CI de second niveau organisent chacun dans leur village, la restitution des idées clés de la formation.

Ils ont élaboré un planning de ces restitutions avec les animateurs de la formation théorique.

Georges et Marie accompagnent le plus possible les séances de restitution dans les villages. La présence des promoteurs est précieuse

confère une densité, du crédit à l'initiative;
favorise la mobilisation des villageois;
motive et appuie les membres du CI de second niveau dans leurs nouvelles activités:
Ils interviennent délicatement pour corriger une réponse erronée aux questions de l'assistance.

Au cours d'un débriefing, ils reviennent sur les réactions et attitudes inadéquates observées durant l'activité et évaluent également la pertinence de leurs présences lors de la prochaine sensibilisation.

Formation pratique ou visite d'échange

Nous sommes tous des Saint Thomas! Rien de tel qu'une visite d'échange pour donner vie aux notions acquises lors de la formation théorique.

Les membres des CI du second niveau partent à la rencontre des membres et des responsables d'une mutuelle qui existe depuis quelques années.

Quatre objectifs sont poursuivis :

- apprendre de leurs expériences, bonnes ou mauvaises ;
- se rendre compte de la faisabilité de l'initiative, dans un contexte similaire au leur ;
- prendre conscience de l'ampleur de la tâche qui les attend, pour anticiper sur les découragements ;
- découvrir que la mutualité dépasse les limites de leur localité et s'inscrit dans un mouvement social de portée nationale et internationale.

Atelier «couple cotisation/ prestation», de quoi s'agit-il ?

Travailler en cascade et outillé

Le promoteur et son équipe élaborent des propositions de scénarii qu'ils soumettent aux Comités de second niveau, qui eux même les exposeront à la communauté.

Les propositions tiennent comptes de plusieurs éléments

Les propositions sont faites à partir des résultats de l'étude de faisabilité validés par la population.

Le montant de la cotisation est influencé par les caractéristiques des services pris en charge (Leur nature: soins curatifs, préventifs, …; leur nombre; la proportion de prise en charge: Cent pourcent? Quatre-vingt pourcent? Cinquante pourcent? etc.)

Plus le paquet de services est grand, plus la cotisation est élevée. Les corrélations entre services offerts et cotisations et les règles mathématiques qui permettent de les calculer doivent être explicites et comprises par les gens.

Georges a trois armes secrètes pour accomplir cette mission :

- Un outil conçu par le B.I.T.
- Un ordinateur portable
- Un vidéoprojecteur

Sa méthode est la suivante :

- Georges projette le tableau reprenant les propositions de scénarii et l'explique aux participants.
  On y retrouve les services désirés, les données liées au coût et à la fréquence d'utilisation, le taux de prise en charge de ceux-ci et la taille moyenne des ménages.
- Automatiquement, la cotisation annuelle par personne et par ménage est calculée;
- Ses explications suscitent un débat qui amène les participants à proposer des modifications aux scénarii.
  Elles concernent le plus souvent les services couverts et leur taux de prises en charge.

Il permet à l'assemblée de visualiser les liens mathématiques et donc la conséquence d'un changement dans les modalités de prise en charge sur la cotisation.

En l'absence du vidéoprojecteur:

- le canevas de l'outil est reproduit sur un tableau ;
- les modifications désirées par la population sont introduites dans la matrice numérique;
- les résultats sont recopiés pour l'assemblée.

Restitution des scénarii dans les villages

Les Comités de second niveau retournent dans les villages pour présenter les scénarii réalistes identifiés avec les promoteurs.

L'objectif est de permettre à la population de

- montrer sa préférence pour l'un des scénarii ;
- d'en suggérer un neuf ;
- de valider une proposition.

Le canevas de l'outil numérique est reproduit sur des affiches.

La présence d'un membre de l'équipe du promoteur (un animateur) est, une nouvelle fois, précieuse.

Aborder le choix du couple cotisation-prestation c'est aborder le cœur du fonctionnement et de la viabilité de la mutuelle. Cette démarche engendre des questions multiples et parfois trop complexes pour que le CI de second niveau puisse y répondre correctement. L'animateur peut l'y aider et canaliser le débat autour du thème de la rencontre.

Synthétiser les préférences.

La mutuelle va regrouper un nombre important de villages; il faut parvenir à un consensus sur le couple cotisation-prestation de la mutuelle. Une synthèse des préférences dégage la tendance majoritaire pour l'élaboration du scénario final à restituer aux populations et à valider lors de l'Assemblée Générale Constitutive.

➔ Conclusions

Rappel des contraintes

- La nouveauté du système mutualiste.
- Les expériences « malheureuses » vécues par la communauté (abus de confiance, détournement de fonds, etc.).
- La taille de la zone couverte.

Conclusions

La stratégie des comités d'initiative pose un certain nombre de points d'attention auquel il faut réfléchir avant de se « lancer ». Les membres des comités d'initiatives (CI) sont élus par la population, car ce comité se veut représentatif des dynamiques villageoises. Le but essentiel est d'obtenir la confiance des populations afin qu'elles adhèrent à la mutuelle et de favoriser « l'empowerment » pour en garantir la durabilité. Dans un contexte de pauvreté, de vulnérabilité et de méfiance (voir contraintes), verser de l'argent anticipativement en échange d'un service visant à couvrir un risque aléatoire n'est pas aisé.

La mise en place des comités d'initiative se montre très efficace pour deux aspects particuliers :

- En termes d'appropriation, d'empowerment, ils contribuent très largement à la viabilité institutionnelle et sociale de leur future organisation, car la communauté n'associe pas la mutuelle à une « chose » appartenant aux institutions d'appui technique et financier. Les mutualistes parlent de leur mutuelle, le taux de participation aux réunions est très bon et les femmes y jouent un rôle important (un tiers des postes dans les organes de la mutuelle est occupé par des femmes).
- À obtenir la confiance de la population. Dans la mesure où les mutuelles se composent de personnes issues de plusieurs villages, il est important d'accorder une attention particulière dans les critères de choix des membres du comité. Ils doivent bénéficier de la confiance de leurs pairs et rassembler les qualités requises pour conduire et porter l'initiative jusqu'à l'assemblée générale constitutive. La représentation des différents villages doit faire l'objet d'attention. Les différents partenaires locaux de Louvain coopération au Développement considèrent à l'unanimité que la mise en place des comités d'initiatives permet d'obtenir cette confiance (en particulier en milieu rural), condition incontournable de leur adhésion à la mutuelle.

Mais aussi :

- La proximité des comités avec les populations cibles entraîne également une réduction des coûts pour les activités de sensibilisation, d'information et de collecte. L'information peut être diffusée jusque dans les plus petits hameaux.
- La stratégie permet de renforcer les capacités d'une population généralement peu alphabétisée et scolarisée, ce qui constitue une voie de passage pour l'apprentissage de la négociation, du lobbying et du processus démocratique.
- Toutes les décisions (leurs tenants et les aboutissants) pour la création et le fonctionnement de la mutuelle sont connus. Une mémoire collective se construit sur ce qui s'est fait, le pourquoi et le comment, quelles sont les réflexions ayant mené à ces choix...

La stratégie des comités d'initiatives présente également un certain nombre d'inconvénients dont il faut être conscient et qu'il faut anticiper :

- L'Assemblée Générale Constitutive de la mutuelle marque le terme du mandat des comités d'initiative. S'il arrive qu'un de leur membre soit élu au sein des organes de la nouvelle mutuelle (conseil d'administration et comité de contrôle), ce n'est pas systématique. Dans ce cas, les personnes non réélues ne comprennent pas toujours que leur rôle se termine. Ceci peut générer certaines frustrations voire amener l'ancien membre du comité d'initiative à discréditer la mutuelle. La délivrance d'une attestation ou d'un certificat reconnaissant le rôle qu'ils ont joué pour la création de la mutuelle minimise les frustrations. Parfois même, ces personnes maintiennent leur motivation et engagement vis-à-vis de la mutuelle et continuent à en faire la promotion avec le soutient des membres des organes.

  On peut se poser la question de l'engagement réel des membres des comités d'initiatives situés au niveau des villages. Par exemple, dans la mutuelle de Tchaoudjo (La mutuelle de Tchaoudjo se situe au Togo dans la Région Centrale. Elle a été mise en place en 2008 avec l'appui de Louvain Coopération au Développement avec la collaboration de Plan Togo et l'Association d'Appui aux développement et à la Santé Communautaire (ADESCO).), leur taux d'adhésion s'élève à 30% (72% au niveau USP et 100% au niveau district). Certaines initiatives ont instauré une adhésion obligatoire pour ces personnes. Elles doivent, en effet, montrer l'exemple et ne pas faire la promotion d'un service que lui-même n'achète pas. Dans certains projets, l'adhésion des membres CI à la mutuelle est obligatoire, dans d'autres pas. Le contexte social et culturel joue beaucoup à ce niveau : La décision se prend au cas par cas, suite aux discussions qui se tiennent localement et après en avoir évalué l'acceptabilité.

- On demande à des personnes vivant en milieu rural et peu scolarisées (voire parfois non alphabétisées) de s'approprier un nouveau concept, d'absorber un grand nombre d'informations, de restituer cette information dans les villages et d'être capables de répondre aux questions qui en découlent. Tout cela dans le but de convaincre leur voisinage d'adhérer à la mutuelle. On s'expose alors à un déficit, une déformation ou mauvaise interprétation de l'information transmise aux villageois. Les mises au point ou corrections, nécessaires par la suite, diminuent la confiance ou créent des situations d'incompréhension.

- Outre, les lacunes concernant la compréhension du concept mutualiste, ces personnes ne disposent d'aucune formation ou compétence en marketing et communication pour coopter de nouveaux membres, c'est-à-dire vendre des contrats d'assurance maladie. Or les caractéristiques de ce type de produit (il ne s'agit pas d'un bien de consommation direct) associé au contexte nous amènent à penser qu'il est trop ambitieux d'en donner l'entière responsabilité aux comités d'initiatives.

Enfin et pour compenser les problèmes liés au point 3 et 4 (c'est-à-dire le fait de demander à des personnes peu scolarisées d'effectuer un travail d'information), Louvain coopération au Développement et ses partenaires pensent utiliser et intégrer beaucoup plus le marketing social en faisant appel a des institutions spécialisées dans ce domaine. Ces institutions auront à charge de développer et diffuser les messages visant à promouvoir la mutuelle, tout en renforçant les capacités des ressources locales. Comme, par exemple, les comités d'initiatives, qui deviendraient ensuite des personnes ressources pour les activités de sensibilisation (résolution de l'inconvénient 1)

➔ Sensibilisation et cotisations

Objectif

Inlassablement, 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 ;
- etc.

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.

Contraintes

Le peu de moyen dont les familles disposent est le frein le plus souvent évoqué à l'adhésion spontanée et généralisée. Mais, il existe malgré tout des possibilités de mobilisation financière. Quand le père ou la mère de famille ne s'engage pas systématiquement dans la mutuelle (ou ne renouvèlent pas leurs adhésions), d'autres arguments interviennent aussi souvent dans leur choix pour l'allocation de leurs ressources :

- **« Parler de la maladie c'est l'attirer »**

  Adhérer à un système de prévoyance, payer anticipativement ses dépenses de santé revient à provoquer la maladie. D'autant plus si elle trouve son sens aussi bien dans l'environnement social ou spirituel que dans une perturbation uniquement biologique.

- **« Il y a toujours une bonne raison pour utiliser l'argent que l'on a en poche »**

  L'adhésion est facultative et les opportunités de paiement automatiques peu fréquentes. Le versement de la cotisation dépend donc du bon vouloir des chefs de ménages. Or, les moyens sont rares et les postes de dépenses nombreux. De plus, le « produit-mutuelle » offert n'est pas un bien de consommation dont l'avantage perçu est immédiat. C'est plutôt de l'ordre de la tranquillité d'esprit par rapport à un risque potentiel.

- **« On ne me trompera pas deux fois »**

  Un système de cotisation communautaire dont l'un des participants fuit avec l'argent, un projet de micro crédit lancé par des promoteurs qui disparaissent avec les économies du village,… : ces expériences de détournement vécues ou entendues provoquent la méfiance envers toutes actions incluant un prépaiement. Ce sentiment est exprimé par le chef du village et/ou la population envers un promoteur extérieur.

- **« Je ne suis pas tombé malade et je dois encore payer… »**

  Après avoir cotisé plusieurs années sans bénéficier des services de la mutuelle, certains membres se questionnent sur la pertinence de leur adhésion…

- Etc.

Dès lors, comment s'y prendre ?

Comment convaincre la population d'adhérer à la mutuelle? Quelle stratégie mettre en place pour créer un climat de confiance, faire valoir la plus value de l'investissement pour la famille ? Quels canaux utiliser pour récolter les cotisations ?

L'expérience de Louvain Coopération au Développement et de ses partenaires : sensibilisations et collectes ; multiplicité des acteurs et des stratégies.

En bref

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.

La stratégie est articulée en deux étapes:

- **La première, une phase d'information**

  obtenir l'appui des autorités au développement de la mutuelle (quand il est question d'argent, il faut que les autorités soient au courant) et son appropriation par les villageois.

- **La seconde, la collecte des cotisations des ménages**

  la grande majorité des ménages de la zone n'ont pas de compte bancaire! En général, le montant de la cotisation passe donc de la main du chef de famille à celle du collecteur de la mutuelle.

« Prendre l'argent » n'est pas chose facile! Des alternatives existent!

La collecte des cotisations s'accompagne toujours d'actions de sensibilisation. Avant d'être effectivement prêt à payer leur cotisation, les ménages ont généralement besoin d'écouter plusieurs fois les messages de la mutuelle. La collecte est aussi l'occasion pour le promoteur, de répondre aux questions des villageois, de prévenir l'utilisation excessive des services, d'inciter au versement régulier des cotisations, etc.

Les émissions de radios et les fiches d'informations placardées dans les lieux publics soutiennent ces activités.

Raconte moi ta mutuelle

Cinq questions pour vous présenter l'expérience de LD et de ses partenaires :

- Quelles sont les étapes incontournables?
  Rencontrer les autorités villageoises et les villageois.
- Pour sensibiliser, comment s'adapter aux modalités de fonctionnement choisies pour la mutuelle par le Comité d'Initiative?
  Période—périodicité ; couple cotisation prestation ; unité d'adhésion.
- Collecte des cotisations: Prendre l'argent, ça se passe comment?
  Collecte collective ; collecte individuelle ; collecte événementielle.
- Collecte des cotisations : Quelles sont les alternatives de collecte?
  Lien au crédit ; paiement par engagement ; paiement en nature ; paiement par la diaspora.
- Comment soutenir les actions de sensibilisation et de collecte?
  Radio ; affiches.

➔ Quelles sont les étapes incontournables?

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.

Dialoguer avec les autorités

Portes d'entrées

Georges part à la rencontre des autorités locales : le préfet, le directeur de la santé de la région, l'imam, l'évêque, le chef de Canton, le chef de village, le chef de quartier….

Personnages influents, portes d'entrées sur la communauté, ils sont potentiellement de précieux alliés de la mutuelle. Georges leur présente le projet avec l'intention de/d'

- recueillir leur appui de principe qui donnera du crédit au projet aux yeux de la population ;
- initier la création d'un environnement favorable au développement de la mutuelle : diffusion d'un message positif vis-à-vis de la mutuelle, suivi de l'application des accords signés par les prestataires de soins, etc. ;
- obtenir leur aval quant aux programmes des activités futures (voir thème 4, gestion communautaire) : sensibilisation, élections des délégués villageois aux Comités d'Initiative, Assemblée Générale Constitutive, etc.

Collaboration au long cours

Georges n'est pas en terre inconnue. Par le passé, les autorités ont été impliquées dans d'autres initiatives menées par l'organisation à laquelle il appartient. L'organisation, et lui-même, sont aussi reconnus pour le sérieux de leurs actions. Ces atouts sont essentiels pour lancer une mutuelle. Au départ, c'est une question de confiance réciproque !

La communication et la collaboration avec les autorités ne s'arrêtent pas aux premiers contacts, juste pour avoir l'autorisation ! Le promoteur va aussi les informer et les impliquer comme partenaires à part entière à toutes les étapes de la vie de la mutuelle : travail des Comités d'Initiative, Assemblée Générale Constitutive, contractualisation avec les prestataires de soins,….

Mission Diplomatique.
Lorsque Georges sent que le chef de village n'est pas réceptif à ses propos, il organise une rencontre de médiation. Il rassemble des personnes influentes, d'autres promoteurs de mutuelles, des personnes externes, l'un ou l'autre « expert » qui nous donne des appuis techniques. Ainsi le promoteur rassure les gens, les motive à s'impliquer dans le projet et à réaliser les activités qui leur incombes (rassembler les villageois, suivre les formations,..). Il montre que la mutuelle n'est pas une initiative qu'il est le seul à proposer. Il montre qu'il n'agit pas pour lui-même.

Rencontrer les villageois

Première rencontre

Au début, pour lancer la mutuelle, Georges et son équipe parcourent les villages de la zone à la rencontre des habitants. Il organise une première réunion. Les familles entendent parler de la mutuelle pour la première fois et font connaissance avec le promoteur du projet. Georges

- présente les principes de base et le fonctionnement de la mutuelle : la gestion communautaire, le tiers payant, le carnet mutualiste, etc. ;
  met en évidence les avantages de l'adhé• sion et du modèle proposé : réduction des coûts des soins de santé, adéquation aux besoins, etc. ;
- Il répond aux questions, démonte les incompréhensions du système mutualiste : « Payer peu pour gagner bien plus, ce n'est pas net ! ». Il laisse venir les interprétations erronées sur l'initiative : « On fait comme ça en Europe ! Il y a des européens derrière ça ! Et bien, qu'ils payent tout ça ! Nous, on ne doit rien payer ! » Il parle de l'avenir, de solidarité, de partage de risques, de la meilleure utilisation des sommes considérables que les gens dépensent pour leurs soins ;
- Il invite les villageois à élire les représentants qui s'exprimeront en leur nom pour construire une mutuelle qui répond à leurs attentes.

Expériences de Georges

Lorsqu'il part à la rencontre des villageois, Georges veille à

- **Respecter la hiérarchie communautaire**

  Préalablement à toute activité, il discute, planifie et obtient l'accord du chef de village. Cette étape construit la relation de confiance et de partenariat entre le promoteur, les autorités et les habitants.

- **Tenir compte des dynamiques internes aux villages**

  Les leaders communautaires constituent des portes d'entrée potentielles vers la communauté et leur implication dans les activités est, nous l'avons dit, un plus pour notre initiative. Cependant, les problèmes de chefferie (expériences négatives avec le chef), les revendications indépendantistes d'un hameau,…, enclavent des sous groupes villageois et les excluent (volontairement ou non) du circuit traditionnel de l'information et donc du message et des actions mutualistes (invitation, explication,…). Cela peut provoquer une frustration néfaste au processus de mise en place de la mutuelle.

  Georges, conscient de ce risque, observe et interroge la communauté afin de déceler ces dynamiques internes. Il agit en conséquence: par exemple, il démultiplie les réunions de sensibilisation en des lieux différents d'un même village. Ainsi, il touche toute la population sans provoquer la confrontation de groupes antagonistes.

- **S'annoncer**

  Les canaux de communication choisis pour convier la population aux assemblées font appel aux manières habituelles de faire dans le milieu et utilisent toutes les potentialités:

  Georges, conscient de ce risque, observe et interroge la communauté afin de déceler ces dynamiques internes. Il agit en conséquence: par exemple, il démultiplie les réunions de sensibilisation en des lieux différents d'un même village. Ainsi, il touche toute la population sans provoquer la confrontation de groupes antagonistes.

  - **La lettre d'invitation.** Le chef de village, de quartier est invité par courrier à rassembler ses concitoyens. La lettre mentionne le nom de Groupes Organisés identifiés dans le village et susceptibles de drainer des villageois dynamiques et potentiellement intéressés par la mutuelle.
  - **Le « Gongoneur »**, crieur public sous l'autorité du chef de village. A l'heure du repos, il circule, joue du gong et annonce la prochaine rencontre.
  - **Les communiqués radiophoniques.** Le calendrier des rencontres est diffusé à la radio (une semaine à l'avance et le jour-même). Le canal des ondes évite les filtres sociaux et individuels de la communication interpersonnelle (conflit de tout ordre, négligences ou

oublis des messagers, contraintes logistiques pour acheminer les invitations,…).

- **Les villageois impliqués/motivés**. Lorsque la mutuelle a pris son envol, les membres des comités d'initiatives, les membres des organes de la mutuelle et les personnes ressources identifiées lors des activités villageoises assistent les animateurs dans l'organisation des assemblées villageoises : ils expliquent et expliquent encore comment la mutuelle va fonctionner et rassemblent la population au moment des séances de sensibilisation.

- **Etablir un planning réaliste**

Il tient compte :

- des distances à parcourir entre les villages,
- du temps nécessaire pour répondre aux nombreuses questions,
- des retards fréquents. Ils sont causés par exemple, par de fortes pluies qui freinent l'avancée des villageois vers le lieu de réunion, un rapport différent au temps ou encore les nombreuses tâches quotidiennes qui n'attendent pas (travaux champêtres,…).

Ces attentions à la programmation permettent de/d'

- réaliser effectivement les activités de sensibilisation et de collecte prévues.
- arriver dans le village à l'heure convenue, signe de respect, composante essentielle de la relation de confiance en construction.

- **Choisir un lieu public**

Il est aisé d'attribuer des intentions erronées à une assemblée tenue à l'abri des regards. Surtout quand on y parle d'argent ! Au contraire, un lieu public, ouvert à tous, permet aux contenus des discussions d'atteindre les oreilles de tous: des passants fortuits aux villageois septiques restés en marge de la foule. Ainsi Georges transmet, dans sa manière de faire, le principe de transparence du système mutualiste.

Emulation inter-villages.
Les villages situés le long de la route nationale ont la réputation d'être plus difficiles à convaincre. Une hypothèse tente d'expliquer le phénomène: la proximité de la route facilite le développement d'activités génératrices de revenus et entraîne au sein des communautés une attitude plus individualiste. Elle a des conséquences négatives sur la cohésion sociale et les actions de développement communautaires. Dans ce cas, tous les arguments sont bons pour s'opposer à l'initiative. Là, le promoteur ne s'enlise pas dans des discussions sans fin. Il travaille dans les zones où l'engagement est relativement spontané en misant sur une émulation inter-villages (l'effet boule de neige).

Se partager le travail.
Le territoire couvert par la mutuelle est divisé en zones. Un animateur est attaché à l'une d'elle. Il est responsable d'y suivre toutes les étapes de développement de la mutuelle (information, sensibilisation, collecte, etc.). L'attribution de la zone est aléatoire ou fonction des relations que l'animateur entretient avec ses habitants. Elle permet de ne pas oublier un village ou de le planifier doublement et de limiter le nombre de kilomètres parcourus par l'animateur. Elle encourage les liens de familiarité et l'adaptation du débit et du contenu des messages. Elle permet enfin de suivre de près l'activité mutualiste qui s'y déroule.

➔ Pour sensibiliser, comment s'adapter aux modalités d'adhésion choisies pour la mutuelle par le Comité d'Initiative ?

Les Comités d'Initiatives ont choisi les modalités de fonctionnement de la mutuelle (montant et périodicité des cotisations, services pris en charge,…). Voir dans «outils» les pages 10 à 13 (chapitre 2 sur les adhesions, en particulier le paragraphe 2.4 page 12 «Les modes d'adhésion» et le chapitre 3 «Les risques liés à l'assurance santé «, page 13) du «Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé, Tome 1» BIT-STEP, 2001.. Ces choix sont le fruit d'arbitrages et tiennent compte du contexte.

> 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 le faisions auparavant parce que au fil des années, les communautés se rendent compte qu'ils peuvent inscrire les personnes les plus malades. De plus, le contrôle et le travail de sensibilisation sur les conséquences de la sélection adverse deviennent de plus en plus difficiles au fur et à mesure que le nombre de mutualistes augmente.

Dans la pratique, les stratégies de sensibilisation et de collecte basées sur ces accords, sont adaptées aux réalités quotidiennes des gens.

En voici trois exemples:

Période et périodicité de la collecte

Périodicité annuelle et période fermée

Dans notre expérience, les ménages libèrent donc leur cotisation une fois par an. Pour cela, ils disposent de trois à quatre mois, à une période donnée. De la sorte, la mutuelle se prémunit contre la remise à plus tard du paiement et simplifie ainsi sa gestion ; le mutualiste prend l'habitude du paiement et peut s'organiser en fonction.

> Par le passé, nous avions proposé des périodes de cotisation « ouvertes ». Les gens payaient quand ils avaient de l'argent. Mais beaucoup de familles remettaient sans cesse leur paiement à plus tard. Nous avions de gros problèmes pour récolter les cotisations et la gestion de ces retards devenait un vrai casse-tête (qui

est en fait un ayant-droit et qui ne l'est pas ?). L'équilibre financier des mutuelles était très fréquemment en danger !

S'adapter au calendrier saisonnier et aux opportunités locales

En milieu rural sahélien, la période de collecte s'étend du mois de janvier au mois d'avril. Dans ces régions, les villageois sont principalement des agriculteurs ; le calendrier saisonnier et la période de récolte déterminent le moment où les ressources financières sont les plus abondantes, où les paiements des cotisations est, à priori, plus aisé.

Mais bien qu'officiellement délimitée dans le temps, la collecte s'adapte aux réalités du contexte.

Par exemple

Elle est prolongée d'un mois pour permettre aux nombreux retardataires de s'affilier
Elle débute avant que la mutuelle ne soit officiellement créée.
Pour quelles raisons ?
Les premiers adhérents sont les membres fondateurs de la mutuelle. Plus leur nombre est élevé plus les décisions prises à l'Assemblée Générale Constitutive (AGC, voir thème 4 Gestion communautaire) exprimeront les préférences des ménages, moins elles seront sujettes à de rapides remises en question par de nouveaux affiliés.
La récolte précoce permet de saisir les cotisations au moment où les ménages disposent de liquidités; s'ils devaient attendre, leur conviction pourrait s'amenuiser et d'autres postes de dépenses rafler la mise…
Les cotisations libérées en dehors de la période officielle de collecte couvrent le mutualiste au prochain exercice. Juste avant les récoltes, dès le mois d'octobre, les promoteurs incitent les adhérents à renouveler leur cotisation en prévision de la campagne.

Choix du montant de la cotisation et des services couverts

Adapter les explications : un couple cotisation-prestation attrayant et viable

Pour répondre aux besoins de la population et aussi assurer un développement sain de la mutuelle, le couple cotisation-prestation doit être attrayant pour les ménages et viable pour la mutuelle.

Le montant de la cotisation doit donc

- être ajusté aux revenus relativement faibles et irréguliers des ménages ;
- couvrir les frais des soins de santé des mutualistes ;
- couvrir les frais de fonctionnement de la mutuelle, les risques encourus, les réserves, etc.

Expliquer « le cercle vertueux »

Pour une structure autofinancée, un grand nombre d'adhérents sur lesquels répartir les charges de la mutuelle favorise ce couple cotisation – prestation attrayant. Mais, pour convaincre les chefs de ménage de s'affilier à la mutuelle, un couple cotisation – prestation attrayant serait aussi une aide précieuse ! Un cercle vertueux ! Qu'il faut pouvoir expliquer en fonction des différentes compréhensions des gens.

Préciser les avantages et les risques de certaines options

Il existe aussi des montages particuliers qu'il faut aussi pouvoir expliquer. Dans notre expérience, l'option a parfois été prise de financer les frais de fonctionnement de la mutuelle au cours des premières années de sa vie. De manière dégressive. L'objectif est de diminuer les contraintes à la hausse sur le montant de la cotisation. Ainsi au début de la mutuelle, quand le nombre d'adhérents est encore faible, tout ce que les gens paient va à leurs

soins. Combinée à une sélection judicieuse de services, cette option tend à rendre la mutuelle plus attrayante ; un argument de plus à l'adhésion.

Cotisation par noyau familial

Principe de base

La cotisation par noyau familial s'oppose à la cotisation individuelle. Dans notre expérience, c'est la cotisation par noyau familial qui est proposée. Elle a le grand avantage de limiter le risque de sélection adverse, c'est-à-dire une mutuelle qui très rapidement attire préférentiellement les personnes plus fragiles. (Le stage d'attente est une autre modalité pour limiter la sélection adverse.)

Le noyau familial est le sous-ensemble de personnes ayant des liens familiaux et prenant leurs repas ensemble.

Pour bénéficier des services de la mutuelle, le chef de famille inscrit et paye la cotisation de l'ensemble des personnes de son noyau.

Cotisation annuelle du noyau = nombre de membres du noyau x montant de la cotisation individuelle

Le chef de famille reçoit un carnet mutualiste dans lequel les membres du noyau sont identifiés

Conséquences sur les actions de sensibilisation

Lors des sensibilisations, les Comités d'Initiative et l'équipe du promoteur doivent amener les gens à anticiper les conséquences de ce choix :

- **Prévenir les fausses déclarations**

  Plus la famille est grande, plus le montant à payer est élevé. Certains ménages ne l'acceptent pas, réagissent vivement et/ou ne déclarent qu'une partie des membres de leur noyau. Le contrôle social, ne dissuade pas systématiquement les mutualistes de « cacher » une partie de son noyau; mais, il permet de savoir qui le fait et de choisir avec soin les arguments pour convaincre.

- **Inciter à rendre le carnet disponible**

  L'unique carnet mutualiste du noyau garantit l'accès aux soins de santé à prix réduits pour toute la famille. En son absence, le tiers payant n'est pas appliqué. Or, le mode de vie des familles implique des déplacements fréquents (métayage, champs éloignés, …), des difficultés de transports. Les membres du noyau familial sont régulièrement dispersés et certains d'entres eux n'ont donc pas accès en continu au carnet. Les conséquences en termes de santé et d'image de la mutuelle sont importantes .

- **Proposer des alternatives concrètes pour soulager les familles et argumenter en faveur du noyau familial.**

  Ensemble, on est plus forts ! Dans certaines mutuelles, les épouses soutiennent le père de famille et payent une partie de la cotisation du noyau.
  Big bang ! Une famille peut être répartie en plusieurs noyaux. Par exemple, dans un ménage polygame, chaque femme et ses enfants peuvent être considérés comme un noyau et posséder leur propre carnet.
  Utiliser la force de l'exemple : « Une famille de vingt-six personnes, c'est cela qui fait problème car les tailles des familles d'ici c'est autres chose. Pour payer il faut vendre un bœuf ! Il faut leur montrer que cela est mieux de vendre un bœuf pour l'assurance toute l'année et pour tout le monde, que vendre un bœuf juste pour la césarienne à l'hôpital ! Et puis vendre un bœuf dans la précipitation ce n'est pas bon pour le prix de vente. Si quelqu'un bénéficie [de la mutuelle] ou voit son voisin vivre la chose une fois alors on va chercher l'argent sans trop de problème.»

➔ Collecte des cotisations: Prendre l'argent, ça se passe comment?

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

- Des assemblées y sont entièrement consacrées ;
- Elle s'immisce de plus en plus dans les rapports personnels et individuels ;
- Elle crée une émulation lors des événements mutualistes.

Collecte collective : de quoi s'agit-il ? Comment s'y prendre ?

Assemblée collective : une dynamique et un gain de temps

Au début, la première fois, elle est organisée avec l'aide des Comités d'Initiative. Les années suivantes, par les membres d'organes de la mutuelle, une fois élus. On organise l'assemblée au centre du village ou au Centre de Santé fréquenté par les familles d'un ensemble de villages.

Ces réunions représentent un gain de temps considérable pour le promoteur. En quelques heures, il peut rencontrer un grand nombre de personnes intéressées et répondre encore une fois aux questions, il peut collecter massivement les cotisations.

On aimerait pouvoir organiser plusieurs assemblées dans chaque village. Pour être sûr de toucher tout le monde. Mais en pratique, c'est très difficile à organiser car le nombre de villages est très important (… puisqu'on essaye d'avoir une population relativement importante, pour être sûr d'arriver à un réel partage de risques).

Comment ça se passe ?

Le chef de famille se présente avec le montant de l'adhésion et des cotisations de son noyau. Georges lui délivre un reçu et si c'est la première cotisation, il enregistre les coordonnées de la personne sur sa fiche d'adhérent. Les autres années, Georges va les actualiser (nombre de membres du noyau, …).

Les cotisations rassemblées, Georges part vers la ville avec un membre du Comité d'Initiative/ membre d'Organes sur sa moto. Ensemble, ils versent la somme sur le compte bancaire de la mutuelle. Le reçu du dépôt est photocopié et remis au mutualiste pour qu'il puisse le présenter à ses concitoyens lorsque Georges le raccompagnera au village.

La collation lors des assemblées collectives ; une arme à double tranchant. Le repas et/ou boissons offerts lors des séances de collecte et de sensibilisation sont pour les villageois un incitant supplémentaire à y participer. Les promoteurs le savent et saisissent l'opportunité de convaincre des familles à priori non intéressées par la mutuelle. Mais lorsque la collation devient un but en soi, le message de la réunion ne passe plus.

Le casse-tête des noms et des prénoms. Préciser ce que l'on cherche pour éviter des heures de recherche. La carte d'identité est peu répandue. Lors du versement de la cotisation, en l'absence du carnet, le mutualiste décline son nom. « La difficulté est qu'il y a autant d'identités que de versements effectués par le mutualiste! ». La personne se présente sous son nom traditionnel, lors du premier versement, sous son nom officiel au second,... Une femme, sous son nom de jeune fille et/ou celui d'épouse,… Retrouver la fiche du mutualiste pour l'actualiser

nécessite alors des heures de recherche. De cette façon, des dossiers mentionnant le paiement de cotisations partielles sont attribués à différentes personnes alors que ces dernières ne sont, en réalité, qu'une seule et même. Les reçus détenus par le mutualiste, mentionnent le nom d'adhérent et permettraient de faciliter ces recherches. Mais, tous les mutualistes ne le conservent pas. Ainsi, préciser l'information recherchée, par exemple: « nous voudrions connaître votre nom de jeune fille ou le nom de votre père », s'avère une solution simple à ce problème.

Collecte individuelle : différents scénarios

Méthode personnalisée

Les représentants de la mutuelle, rencontrent individuellement les villageois ou un sous-groupe de villageois. Le choix du lieu, du moment et de la méthode est personnel aux représentants et adapté à l'interlocuteur. Ces collecteurs, généralement issus du milieu, créent ou profitent d'une relation étroite avec la population pour l'atteindre, la convaincre et collecter les cotisations.

Proximité, source de confiance et de connaissance

Les ménages se laissent plus facilement convaincre par une personne vivant dans des conditions socio-économiques similaires, capable de comprendre leurs contraintes et d'identifier les arguments qui les amèneront à payer leur cotisation.

Souvent, elle habite le même village qu'eux, en connaît les habitudes, sait quand, où et comment aborder le voisin pour obtenir son attention: le rejoint le soir, sous le manguier ; le rattrape lorsqu'il part au champ et le fait rire ; etc.

Alternative aux essoufflements des assemblées collectives

La collecte individuelle, de proximité, personnalisée

- **compense la baisse de fréquentation aux assemblées villageoises.**

Comment expliquer la baisse de fréquentation ?

- La curiosité s'amenuise. L'affluence aux premières assemblées relève plus de la curiosité pour la nouveauté que d'un attrait particulier pour les mutuelles de santé. Une fois cette curiosité satisfaite, une partie de l'assistance ne se déplace plus.

- Les attentes sont déçues. Une mutuelle communautaire requiert la forte implication de ses membres. Bien que son fonctionnement et ses avantages soient clairement exposés, les retours de cette implication, en termes financiers, sont fort attendus. Ces attentes, fortement subjectives, sont vite déçues et entraînent parfois la démobilisation et la diminution du nombre de participants aux assemblées.

- La nécessité d'assister aux assemblées ne se fait plus sentir. La couverture offerte par la mutuelle peut satisfaire l'affilié sans qu'il ne ressente le besoin de s'y impliquer d'avantage ou de participer aux assemblées.

- **permet de compléter les cotisations payées par fraction.**

Qu'est ce que le paiement fractionné ? Une nouvelle modalité institutionnelle?

Malgré une forte volonté d'adhérer rapidement à la mutuelle, peu de ménages libèrent l'entièreté de la somme en une seule fois. Ils fractionnent le paiement en fonction de leurs rentrées financières.

Le paiement fractionné de la cotisation est une acceptation de fait. Ce type de paiement est le résultat des difficultés de paiement exprimées par les mutualistes. De son côté, le promoteur fait la course aux bénéficiaires et voit dans une cotisation partielle, une grande chance de cotisation totale !

Le promoteur fait la course aux bénéficiaires parce que

- essentiellement, la viabilité de la mutuelle est conditionnée par l'importance de son effectif ;
- dans le cas où l'initiative est lancée dans le cadre d'un projet de développement, l'organisation qui est derrière est soucieuse d'atteindre des résultats chiffrés significatifs ; la croissance du nombre de bénéficiaires est un indicateur suivi de près !

Le promoteur et son équipe, ses animateurs, concentrent donc leurs efforts pour obtenir toujours plus de mutualistes.

Pratique bien rodée

Le collecteur détient un carnet dans lequel il inscrit la composition du noyau familial, le montant versé et le solde. Lorsque la cotisation d'un membre du noyau est complète, un reçu est remis à l'adhérent.

A quelles occasions ? Dans quels lieux ?

- **Là où les gens habitent : le porte à porte**

« Je vais dans sa maison, je cause avec lui et je lui parle du bien fondé de la mutuelle. Je lui propose des idées, certains me disent qu'ils n'ont pas d'argent et qu'ils vont chercher. Dès fois, ils cherchent l'argent et ils le donnent, des fois non, alors je continue toujours à leur expliquer. Il faut insister et multiplier les avantages de la mutuelle pour leur montrer combien il est bon d'être mutualiste : Il vaut mieux vendre le peu que l'on a pour payer sa cotisation que d'attendre d'être malade et de devoir aller chercher des produits ; je dis combien de personnes j'ai dans ma famille, combien de personnes j' ai inscrites et ce que j'ai gagné à la mutuelle. Il faut toujours trouver les arguments pour que les sept mille qu'il aura sous l'oreiller il nous les donne. Je travaille à tout moment de la journée, même le soir, je vais chez mes frères. Je reviens, j'insiste et c'est comme ça que les gens comprennent. Ceux qui n'ont pas encore payé à la clôture de l'exercice, je les prépare pour l'année prochaine et je leur dit déjà : l'année passée tu n'as pas pu payer mais cette année, il faut faire l'effort pour honorer et voir ce que c'est ; bientôt c'est la récolte et donc après la récolte il faut faire un effort pour payer et voir aussi comment le truc marche. » (Ladbiebo, président de lamutuelle de Tamongue, Région des Savanes, Togo)

- **Là où les gens génèrent de l'argent : les rendez-vous « à la source »**

  - **Au marché, là où les femmes vendent leurs produits ;**
    « Les femmes ont remarqué que quand leurs maris adhèrent, ils cotisent pour leur dernière femme et ses enfants. Mais les vieilles et les enfants, elles se débrouillent. Alors pour leur permettre à elles aussi de cotiser pour leurs enfants, elles proposent que chaque jour de marché, je passe et elles donnent ce qu'elles trouvent, que ce soit huit cents ou trois cents jusqu'à ce que cela atteigne la cotisation et cela fait une cotisation et on donne le reçu. Et comme ça, sur le temps de la campagne, elle peuvent cotiser pour leur famille. » (Charlotte, présidente de la mutuelle de Tidonti, Région des Savanes, Togo)

  - **Dans les jardins, quand le commerçant vient avec son camion acheter les légumes ;**
    « Lors de la vente de tomates, les agents de distribution vont sur le site.

Ils sensibilisent les gens d'avance et ils promettent de venir sur le site. L'agent de distribution est sur la place du marché, le véhicule vient, il transporte la tomate, dès que la bonne femme reçoit l'argent de la tomate, elle paye automatiquement la mutuelle. C'est à la suite de sensibilisation que ces rendez-vous là sont pris. Ce sont les mutualistes eux-mêmes qui proposent cela. Aussi venir le jour du marché. Cela demande une gestion car il faut garder l'argent et il faut noter dans un carnet et quand tout est là on va voir la gérante de la mutuelle. » (Julienne, animatrice promotrice, Dapaong, Région des Savanes, Togo)

- **Là où les gens se rassemblent : les promenades au quotidien**

  - **Au groupe d'entraide**
    « Notre président, est dans plusieurs choses en même temps ; au cours des travaux qu'il a, il parle de la mutuelle »

  - **Au cours du marché**
    « On cible un marché et on sait que certaines personnes y seront et on les suit, on fait la cour. Chacun connaît des gens de son village et les poursuit » (Kombetto, gérant de la mutuelle de Cobli, Département de l'Atacora, Benin)

  - **Au resto de Jeanne**
    « Quand les gens viennent manger au restaurant, je parle de la cotisation et de la mutuelle, je dis qu'il ne faudrait pas trainer pour payer,…, et les gens disent qu'ils vont payer, qu'ils vont venir à la maison » (Jeanne, trésorière de la mutuelle de Cobli, Département de l'Atacora, Bénin)

  - **A la mosquée, à la sortie de l'église**

  - **Au Centre de Santé**
    Rien de tel qu'un prestataire de soins pour parler Santé. Sa fonction renforce aux yeux des patients, la crédibilité de la mutuelle. A l'occasion des journées de vaccination, des consultations prénatales, il diffuse le message mutualiste (en se basant, par exemple sur la comparaison des coûts des soins entre un mutualiste et un non mutualiste): Il récolte aussi les cotisations des mutualistes qui lui font confiance.

  - **A l'occasion d'activités d'une autre ONG**
    D'autres ONG actives dans la zone de la mutuelle, sont en contact régulier avec la population cible de la mutuelle et ont leur confiance. Les villageois viennent vers leurs animateurs pour obtenir des informations au sujet de la mutuelle. Aussi, lors des activités, qu'elles organisent (journée action Sida, …), quelques instants sont consacrés à la présentation de la mutualité et de ses conditions d'accès.

  - **Au passage de l'Agent de Santé Communautaire**
    Son rôle est d'aller de village en village à la rencontre des habitants pour prévenir les comportements à risques et la maladie. C'est aussi l'occasion de libérer le message mutualiste et de collecter les cotisations de ceux qui leur font confiance.

En douceur ! Un agent de santé communautaire nous raconte : « Il ne faut pas être nerveux. Il faut être doux dans son intervention pour ne pas mettre la personne sous pression. Si la personne dit qu'elle n'a pas d'argent à te donner, il faut lui demander quand est ce qu'elle pense qu'elle pourra te donner l'argent. Alors, il faut tout faire pour respecter cette date. Lorsque tu retournes à la date prévue et qu'elle dit toujours qu'elle n'a rien alors prends ton temps, garde ton sang froid pour ne pas l'offenser. Demande encore quand est ce que tu vas pouvoir revenir. Si à plusieurs reprises elle te dit de revenir, vas-y et ne te fâche pas, ne t'énerve pas. Toi, c'est ton travail ! Tout cela il faut le faire en souriant sans vouloir montrer une attitude supérieure, de chef. »

Méthode exigeante

Les acteurs de proximité partent à la rencontre des mutualistes là où ils se trouvent, aux moments le plus opportuns, pour récolter morceau par morceau leurs cotisations.

Cette méthode mobilise

- **(a)un grand nombre de personnes**

  Renée, Georges et leurs collègues ne peuvent accomplir seuls un travail d'une telle ampleur. D'autres acteurs se joignent à eux, des personnes plus formellement engagées dans le processus, et toutes les bonnes volontés.

  - **Les membres des Comités d'Initiative et d'Organes de la mutuelle**
    - Ils mènent des actions de sensibilisation (diffusion des renseignements concernant les modalités d'adhésion, de fonctionnement de la mutuelle,…), chacun dans son milieu.
    - Ils réunissent les informations pour faciliter la récolte des cotisations par les collecteurs officiels de la mutuelle (gérant, animateur, agent de diffusion).

  - **Les mutualistes motivés**
    Particulièrement convaincus par le système mutualiste et motivés pour le dynamiser, ils réalisent des activités de sensibilisation durant leurs activités professionnelles et au travers de leurs réseaux sociaux,…. Ce sont par exemples,

    - Des infirmiers de Centres de Santé
    - Des Agents de Santé Communautaire
    - Des mutualistes ayant profité des services de la mutuelle
    - …

  - **Les mutualistes de confiance**
    Membres d'un Comité d'Initiative, d'Organes de la mutuelle ou « mutualistes motivés », la population leur accorde son crédit et leur confie le montant de leur cotisation.
    Ce sont de très bons collecteurs de proximité.

  - **Les agents de distribution**
    Il peut s'agir d'un commerçant qui dans ses activités quotidiennes et professionnelles est en contact avec un large réseau de personnes.

    Il s'identifie spontanément et son statut est validé officiellement par la population.

    Ainsi reconnus, ce sont bien des collecteurs officiels de la mutuelle.

    A concevoir comme une activité complémentaire. La collecte est pour lui une activité complémentaire réalisée dans le cadre de la principale. Il n'a donc pas à négliger son activité professionnelle pour collecter des cotisations mais profite de celle-ci pour vendre des contrats d'assurance contre le risque maladie. Par conséquent, cette activité ne nécessite pas le paiement de frais de déplacement. L'agent perçoit une prime (pourcentage du montant collecté) pour chaque bénéficiaire coopté. Il s'agit d'une motivation complémentaire et non d'un revenu principal. Parce que le temps et les moyens que le collecteur utiliserait pour vendre les contrats d'assurance sont trop élevés au regard des gains rapportés. Il ne pourrait pas en vivre.

  - **Le gérant de la mutuelle**
    Le gérant est un pilier dans l'organisation de la collecte des cotisations.

    Il fait de nombreuses tournées dans la région pour rassembler les attestations de soins et les factures des centres de santé. Lors de son passage, les mutualistes et les acteurs de la collecte lui remettent les cotisations qu'ils détiennent. Et il peut lui-même, dans son propre réseau, proposer des adhésions et collecter des cotisations.

    Il a tout intérêt à être efficace car une part de sa rémunération est fonction de l'effectif de la mutuelle.

Il est bien évidemment un collecteur officiel et reconnu de la mutuelle.

Le gérant, les membres des Comités d'Initiative et des Organes, ont été formés par le promoteur au concept et au fonctionnement des mutuelles. Le personnel des Centres de Santé et les Agents de Santé Communautaire également. Les autres acteurs de la sensibilisation et de la collecte ont sur la mutuelle les connaissances acquises durant les assemblées villageoises.

- **(b)leur courage et leurs moyens.**

Parcourir les villages sous un soleil de plomb, se faire rabrouer et continuer malgré tout… nécessite une sacré dose de bonne volonté et de détermination !

D'autant plus pour les mutuellistes qui agissent par conviction et bonne volonté ! Leur implication dans la mutuelle n'est pas vraiment prévue à leur programme et s'ajoute à leur quotidien parfois bien chargé. Ca dépend des saisons, mais en tout cas, dans les premiers temps de la vie de la mutuelle, on improvise, on est surpris, on fait plus appel encore à son courage !

Quand nous avons interrogé ces personnes, nous avons été surpris de voir parfois jusqu'à quel point elles s'engageaient. Nous les avons vues mettre leurs biens en gage de satisfaction ! Prêter le montant de la cotisation ! Offrir la boisson ! Compléter la monnaie !

Ci-après nous rapportons quelques exemples de ces actes solidaires :

Mettre ses propres biens en gage. « Il fallait prendre l'engagement avec les familles proches et dire paye, et si tu n'es pas content, je te rembourse. Si tu ne vois pas du concret, tu peux prendre un de mes biens. Alors, ils voyaient que c'était sérieux et ils acceptaient. Il n'y a pas eu de réclamation. » (Boniface, mutuelle de Cobli, Région de l'Atacora, Bénin).

Prêter le montant de la cotisation. « J'ai invité mes camarades chez moi pour convaincre. Et un an après, j'avais certains fonds chez moi et il y avait un vieux qui n'avait pas d'argent. Et je lui ai dit « papa, si je te prêtais l'argent et que tu me le restitues plus tard, tu vas devenir mutualiste ? ». Plus tard, le vieux a remboursé tout. Lui, il a même envie de me donner de l'argent. Il a dit : « souvent je passais là, aux réunions, mais comme je n'étais pas mutualiste je ne pouvais rien dire, maintenant je suis content ». J'ai pris son exemple et je continue à prêter à d'autres. J'avais peur mais je me disais : « si ça ne marche pas, au moins j'aurai fait cela » mais ils m'ont tout restitué. J'ai donc découvert que la pauvreté était à un certain niveau. (Pagna, président de la mutuelle de Sotouboua, Région Centrale, Togo)

Le stimulus. « Au village plus loin, je ne les connaissais pas bien, alors je suis monté dans leur village et il fallait faire quelque chose avant qu'ils ne sortent, un stimulus. Alors j'ai fait la boisson. J'ai convaincu les deux devant la boisson et maintenant ils ont tous les deux cotisé. J'ai expliqué les choses et je leur ai demandé pourquoi ils ne payaient pas, pourquoi ils n'allaient pas chercher les autres…A partir de ce jour ils ont compris et derrière eux les gens ont commencé à cotiser. (….,….)

- **(c)Les promoteurs de la mutuelle les soutiennent**

Les actions de proximité sont exigeantes et non rémunérées ; la motivation de leurs acteurs n'est pas sans faille.

Georges et Marie soutiennent les mutualistes et ne lésinent pas sur les coups de mains et les attentions. Il y a des appuis planifiés mais la majorité l'est beaucoup moins. On est dans le contact, l'entraide entre personnes qui œuvrent pour un même but.

- **Renforcer**
  Des cahiers ont été fournis aux membres des Comités d'Initiative

(CI). Ainsi, lors de son passage aux villages, Georges consulte les cahiers et opère un sondage discret auprès de la communauté pour voir s'il n'y a pas eu de problèmes ou d'incompréhensions, pour la réalisation des activités mentionnées. Ce croisement d'informations, lui permet de relever les points forts et les faiblesses des CI.

Pour les renforcer

- Georges vient plus régulièrement au village pour travailler avec eux;
- des CI plus performants sont invités à rencontrer et partager leurs expériences avec les CI du village en difficulté ;
- des membres CI originaires d'autres villages viennent tenter de convaincre les habitants (nul n'est prophète en son pays !). Ces échanges peuvent être initiés par les chefs de village eux même.

- **Planifier**
  - A la suite de leur formation, les Comités d'Initiative planifient leurs actions de sensibilisation, de collecte des cotisations,…
  - Le plan d'action annuelle de la mutuelle établi par les Membres d'Organes est l'agenda de la mutuelle. On y retrouve: ses assemblées villageoises, ses fêtes mutualistes,…
  - En période de collecte Georges et les membres d'Organes se fixent des objectifs à atteindre en termes de cotisation récoltée. Tous les mois, ils se rassemblent pour évaluer si le chiffre progresse.

  Ce sont autant de repères qui structurent et motivent les collecteurs officiels de la mutuelle.

- **Créer la proximité et la confiance**
  Lorsque Georges arrive au village, ce n'est pas juste pour diffuser son message et s'en retourner. Il prend le temps de répondre à toutes leurs questions, de discuter, de s'intéresser aux gens qu'il rencontre. Petit à petit se construit la confiance, nous travaillons ensemble pour une bonne cause et tout le monde est capable de faire du bon travail pour la mutuelle.

  D'autres attentions encouragent les mutualistes :

  Marie rentre chez elle avec un portable à recharger ; Georges prend sa moto et accompagne des villageois vers la ville pour effectuer quelques achats ; il postpose la réunion prévue pour se rendre avec les villageois à des funérailles ; il parle des mutualistes actifs à d'autres organisations à la recherche de relais dans les villages ; etc.

- **(d)les encadrent**

Les collecteurs sont donc multiples et pas toujours identifiés comme tel, puisqu'il y a une grande partie de bénévolat de proximité. L'équipe du promoteur encadre au mieux ces bénévoles pour harmoniser les inscriptions, l'information des gens et la collecte des cotisations :

- **Informations sur les adhérents et les bénéficiaires**
  Les informations nécessaires à l'inscription d'un mutualiste (L'identité de l'adhérent, la composition de son noyau familial, etc.), recueillies par les acteurs de proximité et transmises aux collecteurs ne sont pas toujours exactes et complètes.

  Marie a regroupé la population et parcouru les villages de maison en maison pour les corriger ou les compléter. Ces alternatives sont couteuses en temps et en énergie.

  Elle tente de mieux identifier les informateurs bénévoles et leur apprend comment recueillir des informations plus précises et plus justes sur les adhérents et les bénéficiaires.

- **Rassembler les cotisations à temps et éviter les pertes**
  Le bureau de la mutuelle se trouve parfois à plusieurs kilomètres du village. Un délai relativement long peut s'écouler entre le moment où le mutualiste confie sa cotisation à un collecteur et celui où elle est enregistrée par le gérant. Or, le mutualiste compte trois mois après avoir payé le montant de son affiliation pour se présenter au centre de santé et bénéficier du tiers payant. C'est la période d'observation qui évite une « sélection adverse ». Mais s'il n'est pas enregistré dans le registre du gérant au jour de son paiement : le gérant, non informé, considère tout naturellement que la période d'observation de l'affilié n'est pas terminée ! La personne ne bénéficie donc pas de la prise en charge promise par la mutuelle et cela mine la confiance ! La gestion de la mutuelle est mise en cause et mine également la confiance !

  Marie et Georges expliquent donc bien cela aux bénévoles et aux Comités d'Initiative. Ils les préviennent de la nécessité de transmettre au plus vite le nom et la date de paiement de l'affiliation des nouveaux membres.

- **Une information correcte**

  Les arguments pour convaincre, les réponses aux questions des villageois sont celles des collecteurs, bénévoles ou « mandatés ».

  Leurs arguments et réponses dépendent de la/du

  - qualité de la formation et/ou de l'information qu'il a reçue ;
  - degré de compréhension qu'il en a ;
  - la conscience de la responsabilité que lui a confiée la population, dans le cas d'un élu ;
  - la foi, la motivation (financière ou sociale) et la détermination qui en découle pour exploiter leur propre intelligence émotionnelle et sociale: trouver l'image, le cas, le truc qui fera frémir un non mutualiste et renforcer un mutualiste qui pourrait commencer à hésiter!

  L'équipe du promoteur travaille cela ensemble, pour pouvoir anticiper ces difficultés sur le terrain, aller au devant des compréhensions partielles (…. Comment avez-vous compris ? … Pour vous, la mutuelle, c'est quoi ? …)

Collecte événementielle : Les fêtes mutualistes, ça vaut la peine ?

Esprit festif

Les assemblées inter villages - Assemblée Générale Constitutive, Journée Promotionnelle - ponctuent la vie de la mutuelle et sont de nouvelles occasions de sensibiliser les gens et de récolter des cotisations.

Ces rassemblements offrent une vision concrète du groupe mutualiste, développe le sentiment d'appartenance, stimule l'adhésion et l'émulation autours de la mutuelle.

Assemblée Générale Constitutive (AGC)

Elle est organisée par les promoteurs et le Comité d'Initiative du troisième niveau (voir thème 2, les différents « niveaux » des Comités d'Initiative). Elle officialise la création de la mutuelle, l'élection des membres d'Organes et le choix de ses règles de fonctionnement.

L'Assemblée Générale Constitutive (AGC) est aussi un moment propice pour récolter les cotisations des mutualistes et observateurs hésitants.

Georges et Marie ont utilisé des badges ! Ils joignent un badge à l'invitation distribuée aux mutualistes en ordre de cotisation. Les badges distinguent un mutualiste d'un non mutualiste. Celui qui le porte trouve une place assise, participe aux prises de décision et montre à

tous son appartenance à la mutuelle ! Epingler sur soi le badge est une fierté, un privilège qui pousse les villageois à retourner à la maison chercher le montant de la cotisation dans l'espoir de le porter.

Des brassards de couleurs différentes peuvent aussi distinguer le public : rouge pour les mutualistes en ordre de cotisation, vert pour les mutualistes n'ayant pas libéré l'entièreté de leur cotisation, blanc pour les non mutualistes.

Journée promotionnelle (JP)

La Journée Promotionnelle est un événement festif organisé par la mutuelle de santé et ses promoteurs, pour la population des villages de la zone.

Par le divertissement, elle entend faire connaître la mutuelle, valoriser ceux qui la font vivre et inciter à l'affiliation.

Une méthode en six clés :

- **Attirer**

  Le choix du village qui accueille la journée promotionnelle est fonction de sa puissance d'attraction, dont son marché, sur les populations environnantes.

  La journée se déroule tout près du marché bien connu de tous pour être ouverte à tous les passants.

  La journée a lieu durant la période de collecte et le jour choisi tient compte des activités du village afin de ne pas entrer en concurrence avec elles.

- **Distinguer**

  Un grand quizz est lancé sur le thème de la mutuelle. Les réponses correctes sont primées et rappellent à tous les modalités et les principes de la mutuelle.

  La course de sac, le tir au but, le lancer de la pièce, le concours de danse, la chaise musicale, le meilleur mangeur de bananes,…, sont aussi organisés.

  Pour y participer, le public achète des tickets de 50, 100, 150 FCFA (1euros=655FCFA).

  Les prix reçus par les gagnants dépendent du montant du ticket acheté et de l'affiliation ou non à la mutuelle : un mutualiste gagne de plus beaux cadeaux qu'un non mutualiste !

- **Informer**

  Les femmes mutualistes et le groupe folklorique de la communauté proposent des spectacles de danse, des chants en l'honneur de la mutuelle ou des sketches qui relatent des scènes de la vie quotidienne dans lesquelles les avantages de l'affiliation sont palpables.

  Avant le jour fixé, Georges et Marie suivent la conception des chants et des sketches pour s'assurer que les messages sont bien en phase avec l'esprit, le fonctionnement de la mutuelle, qu'ils ne communiqueront pas d'informations erronées.

- **Récompenser**

  Les mutualistes les plus fidèles, les plus courageux, les plus investis dans la mutuelle sont récompensés.

  Ils sont amenés devant l'assemblée pour être félicités, applaudis et recevoir des cadeaux.

  A cette occasion, ils racontent leurs expériences de la mutuelle : comment parviennent-ils à payer les cotisations de dix personnes à charges ? Comment sont-ils parvenus à convaincre leurs voisins d'adhérer ? Qu'est-ce qui encourage ce membre d'organe à participer sans faille au bon fonctionnement de la mutuelle ?

Les prix distribués sont marqués du nom de la mutuelle, de son slogan et de ses partenaires. Ce sont par exemple : des calendriers, des stylos, des t-shirts, des casquettes,… Le mode d'attribution des prix, comme les règles des jeux sont clairement établies (par exemple, pour un noyau égal à cinq ou plus, l'adhérent recevra un t-shirt) et communiquées à l'assemblée pour éviter les contestations et les suspicions d'attribution par affinité.

- **Valoriser**

  Les Autorités locales prononcent des discours qui honorent les participants et crédibilisent l'initiative

- **Donner l'exemple**

  En marge de ces activités, un stand est réservé au paiement des cotisations. Il permet de rendre publique l'affiliation. Particularité de la Journée Promotionnelle, toute personne qui adhère ou paye sa cotisation à la mutuelle reçoit un cadeau.

Une attention particulière est donnée au / à la

- **Choix de l'animateur principal de la Journée.**

  Il impulse la dynamique de la journée, canalise l'attention du public, il veille au respect des règles du jeu,… Il est le garant de l'esprit festif de la journée.

  C'est une grande responsabilité que Georges confie de préférence, à un professionnel ; par exemple, l'animateur de la radio locale qui bénéficie d'une aura particulière dans la population.

- **Sécurité**

  Marie avertit le poste de gendarmerie de l'occurrence de l'événement rassembleur.

  Les scouts sont aussi invités à assurer le service d'ordre. En effet, la fête prend place un jour de marché où la boisson locale est traditionnellement consommée. Les fêtards du marché se joignent volontiers à la Journée Promotionnelle. Les scouts le savent et anticipent les débordements qu'ils pourraient occasionner.

- **Musique**

  La musique attire les gens, adoucit les mœurs,…

  Le système de sonorisation la diffuse dès le levé du soleil. Au cours de la journée, la sono porte la voix de l'animateur, les discours des autorités, les expériences des mutualistes.

  Georges choisit une sonorisation d'une puissance suffisante et l'accompagne d'un générateur d'électricité et de carburant. Il teste le système avant la Journée.

- **Pluies**

  En saison des pluies, Renée visite le maître des pluies en prélude à la fête, afin de la prémunir contre les averses qui disperseraient l'assemblée.

- **Espace**

  Georges délimite l'espace des festivités avec des petits piquets reliés entre eux par une corde.

  Cette disposition instaure un « en dedans » et un « en dehors » de l'événement qui permet de gérer la foule et d'éviter un attroupement qui compromettraient le déroulement des activités.

Existe-t-il encore d'autres stratégies de collecte des cotisations ?

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

- Des assemblées y sont entièrement consacrées ;
- Elle s'immisce de plus en plus dans les rapports personnels et individuels ;
- Elle crée une émulation lors des événements mutualistes.

Cotisation liée au crédit

Déduction automatique

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.

Tout le monde y gagne

- Si le débiteur tombe malade, et qu'il n'est pas affilié à la mutuelle, il est probable qu'il utilise la somme octroyée pour couvrir les frais de soins de santé. Il risque donc de ne pas les investir, de ne pas générer un revenu et de ne pas rembourser son crédit.
- Par contre, s'il est affilié, les soins seront pris en charge par la mutuelle (selon les modalités prévues). Il est alors probable qu'il investisse comme prévu dans une activité qui engrange des revenus et que l'organe de crédit retrouve la somme prêtée, augmentée des intérêts.

Tout le monde y gagne: le créditeur qui retrouve son argent, le débiteur qui guérit et s'enrichit et la mutuelle qui augmente le nombre de ses affiliés et diminue le risque de sélection adverse.

En pratique

Le gérant de la mutuelle et/ou un membre de ses organes sont/est présent(s) lors de la signature du contrat du prêt. Il vérifie dans la liste des affiliés que la ou les personnes sont/est mutualiste(s). Dans le cas contraire, il recueille les informations nécessaires à l'adhésion.

L'information en continu !

Le succès de cette entreprise réside dans la compréhension par tous de l'intérêt du couplage crédit-cotisation. L'employé qui octroie le crédit doit pouvoir convaincre le villageois qui refuserait de s'affilier (sous prétexte d'une charge supplémentaire à son crédit ou du principe d'affiliation volontaire à la mutuelle et avec la menace de prendre crédit ailleurs) et de signer le contrat. Il doit aussi avertir les représentants de la mutuelle de la signature des contrats afin d'enregistrer le nouveau mutualiste. S'il n'est pas convaincu du bénéfice du couplage crédit-mutuelle, découragé par les réticences, il risque d'abandonner. Georges et Marie l'ont compris et rencontrent les acteurs de cette association (les gestionnaires de la mutuelle, les employés de l'organe de prêt,…) pour les informer et les soutenir. Ces séances doivent suivre les départs et les nouvelles affectations des agents de l'organisme de crédit. Lorsqu'un agent convaincu quitte le bureau local de cet organisme pour être affecté dans un autre, il laisse la place à un nouvel agent, souvent peu informé de la connexion qui existe avec la mutuelle. Il faut l'informer et le convaincre dès son arrivée pour ne pas mettre en péril le fonctionnement du système.

Cotisation par engagement

Profiter du contexte

Dans la région, une filière agricole fonctionne de la manière suivante: les producteurs produisent leurs denrées ; une centrale d'achat rassemble leurs productions et lorsque la vente de l'ensemble est réalisée, elle paye les producteurs.

Accord

Sur cette base, la mutuelle et les producteurs ont conclu 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.

Prudence. Dans le système de cotisation par engagement, le paiement ne conditionne pas l'usage des services ; le paiement de la cotisation arrivera par après, lors du paiement des paysans pour leur dernière récolte. C'est donc bien un engagement à payer, plus tard, et l'engagement est sécurisé par l'organisme qui achète la récolte en gros. Ce délai de paiement raisonnable et programmé est rendu possible par le système de solidarité de la mutuelle. En effet, ce n'est pas précisément ma cotisation propre qui couvre mes soins ; donc, si elle n'est pas dans la caisse de la mutuelle au moment de payer la facture envoyée par le centre de santé ou l'hôpital, mais qu'il est sûr qu'elle va être payée, la viabilité financière de la mutuelle n'est pas menacée. Ceci dit, même avec un engagement solide et certain d'être payée à la récolte, la mutuelle doit faire attention à sa trésorerie ! L'élément déterminant est la proportion de mutualistes et de personnes à charge qui choisissent cette filière par rapport à l'ensemble des mutualistes.

Et aussi ... Quelle est la fiabilité de la centrale d'achat de la production agricole ? Quelles garanties offre-t-elle ? Quelle est sa solidité financière ? La question est d'autant plus importante que le nombre de producteurs liés à la même centrale d'achat et qui s'engagent dans la mutuelle par ce canal est grand. C'est un risque lié au principe de non diversification du portefeuille d'assurance.

Cotisation en nature

Profiter du contexte

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 connu d'avance.

Ne pas rester seul. Le stockage des vivres requiert des compétences techniques, des moyens logistiques (grenier,...) et l'instauration d'un système de suivi (contrôle des pertes,..). La vente sans perte des produits stockés nécessite du temps et du flair. Georges a décidé de ne pas mener seul cette entreprise et de collaborer avec une filière de distribution afin d'obtenir les recettes espérées. Mais le risque zéro n'existe pas : le prix fixé par la filière de distribution, s'il est trop bas ou trop haut peut compromettre ce canal de cotisation. Un prix trop haut risque de freiner la vente des biens et d'aboutir à leur perte .

Cotisation payée par la famille établie en ville

Profiter du contexte

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.

Trouver des alliés. Dans les agglomérations, le concept de l'assurance commerciale est répandu et connu. Lorsque quelqu'un de l'arrière pays vient parler de mutuelle communautaire, de ses modalités, de son fonctionnement, l'assemblée est souvent résistante : Quel sérieux donner à ces initiatives communautaires, alors qu'en ville, elles sont dans des mains de professionnels. L'idée est de trouver dans l'assemblée des personnes plus posées, attentives et ouvertes à l'idée de la mutuelle pour, une fois la mission du promoteur passée, continuer à convaincre le public du bien fondé de la proposition et de l'adéquation de ce modèle d'assurance avec le mode de vie de la communauté.

➔ Comment soutenir les activités de collecte et de sensibilisation ?

Sensibiliser et collecter les cotisations ne vont pas l'un sans l'autre. Multiplier les canaux de communication c'est multiplier les chances d'être entendu.

Radio

Faire entrer la mutuelle dans les foyers

La radio locale est un des canaux de communication privilégiés de la mutuelle. Les ondes permettent d'entrer dans tous les foyers (pas seulement ceux des mutualistes) et renforcent la crédibilité du message mutualiste : « si la radio le dit, sans doute que c'est vrai ! ».

Accompagner les étapes de mise sur pied de la mutuelle

Les émissions hebdomadaires et les communiqués ponctuels accompagnent toutes les étapes de la vie de la mutuelle :

- Les premières séances d'information et de sensibilisation
- La mise en place et les travaux des CI
- La réalisation de l'étude de faisabilité
- les collectes des cotisations
- Les Assemblées Générale Préparatoire et l'Assemblée Constitutive de la mutuelle
- La distribution des carnets de membres
- Le recrutement du gérant
- Le démarrage des prestations
- Les journées portes ouvertes
- Les visites de terrain réalisées par des visiteurs extérieurs à la région ou au pays
- Les assemblées générales ordinaires
- etc.

Pratiquement, les émissions à la radio ...

- annoncent l'agenda des activités (collecte, distribution des carnets,...) ;
- relayent les informations cruciales (modalité d'accès à la mutuelle, services offerts,...);
- recueillent les témoignages et les questions des mutualistes et de non mutualistes;
- créent l'émulation : « Parfois quand certains villages entendent le nom d'un autre village à la radio, on sort en masse pour passer à la radio. »

Quelques conseils

- Les émissions radiophoniques sont réalisées dans les langues locales ;
- Un animateur attitré devient l'ambassadeur de la mutuelle ;

Formé au concept de la mutuelle par Georges, il suit la mutuelle depuis ses début, elle n'a donc plus de secrets pour lui.
Il crée une relation de confiance avec les auditeurs qu'il rencontre aussi lors de ses reportages dans les villages,...

- Les membres de la structure d'appui, les mutualistes, les élus, les auditeurs participent activement aux émissions.
- Initiative pour le bien commun, la mutuelle obtient idéalement un contrat pour une durée relativement longue et à des conditions financières qui lui sont favorables. Elle s'assure de la sorte l'accès à un canal clé de son rayonnement.

Campagnes d'affichage

Résumer les informations

Elles donnent les informations essentielles sur ce qu'est une mutuelle de santé, les services qu'elle offre, les modalités d'entrée dans la mutuelle,...

Les animateurs, les membres des CI, les mutualistes, acheminent affiches et affichettes vers le village. Elles sont ainsi offertes aux regards dans les lieux publics (les Centres de Santé, les Etablissements Scolaires, la place du marché) le vestibule du chef ou dans les bureaux du promoteur.

➔ Conclusions

Rappel des contraintes

- « Parler de la maladie c'est l'attirer »
- « Il y a toujours une bonne raison pour utiliser l'argent que l'on a en poche »
- « On ne me trompera pas deux fois »
- « Je ne suis pas tombé malade et je dois encore payer… »

Les agents collecteurs

La question de la confiance revient toujours : que celle-ci soit liée à la croyance, aux mauvaises expériences ou à l'utilisation de l'argent. Susciter la confiance n'est pas aisé, cela fait appel à différentes stratégies. Les projets appuyés par Louvain coopération au Développement, comptent souvent un grand nombre de personnes impliquées dans la sensibilisation et la collecte des cotisations. Ceci résulte du fait que la mutuelle ne veut pas se priver des services de personnes qui « apportent » des bénéficiaires. Se pose alors la question de savoir si un grand nombre de personnes autorisées à collecter les cotisations ne déforce pas plus la confiance qu'elle ne la renforce. En effet, le risque d'erreur ou de détournement est plus élevé.

L'idée de la collecte des cotisations par un nombre restreint « d'agents » qui recevraient un pourcentage de la cotisation pour chaque bénéficiaire coopté est en cours d'expérimentation. Les agents sont autonomes et la mutuelle ne doit pas se soucier de leurs frais (moyen de transport, carburant…). Bien que mandatés par la mutuelle, ils ne sont pas contractuels et ne reçoivent donc pas de salaire ou d'indemnités. Ceci simplifie la gestion et ne coûte rien à la mutuelle si l'agent ne fait pas son travail. A terme, la mutuelle renouvellera le mandat des meilleurs agents. Dans cet ordre d'idée, les membres d'organes, fortement investis dans la mutuelle pourraient devenir des agents. En effet, actuellement la plupart d'entre eux collectent des cotisations, parfois en grand nombre. Ils trouveraient, ainsi une motivation pour ce travail. Cependant, se pose la question du cumul des mandats et, n'y aurait il pas à terme un conflit d'intérêts ?

Le gérant

En regard des taux de pénétration des mutuelles qui restent trop faibles, on peut se demander si les ménages ne cotiseraient pas en plus grand nombre auprès d'un gérant reconnu pour son professionnalisme, endossant le rôle d'un « entrepreneur », bien qu'il ne soit pas nécessairement issu de la communauté (milieu rural en particulier). L'expérience du BIT/STEP en appui à la mutuelle de Sécurité Sociale de Cotonou montre une forte augmentation du nombre de bénéficiaires à partir du moment où la gestion a été professionnalisée. Toutefois, ceci se passe en milieu urbain et n'est donc pas transposable tel quel en milieu rural.

Ainsi, au Togo, dans la région Centrale, nous avons fait l'option d'engager un gérant répondant d'un bon niveau de scolarisation et payé au barème de la fonction publique. Nous diminuons ainsi, le risque de voir une ressource formée partir travailler dans une autre institution pour gagner plus. Toutefois l'employeur est la mutuelle dont les membres du CA sont en général d'un niveau de scolarisation plus bas que le gestionnaire. Dans ce cas, le CA risque de ne pas maîtriser son gestionnaire ou que ce dernier ne respecte pas son employeur. Cette situation doit faire l'objet d'une attention particulière.

➔ Gestion communautaire

Objectif

Le promoteur soutient le développement d'une mutuelle gérée de manière autonome par la communauté: Les mutualistes s'approprient la mutuelle et en sont responsables à long terme. En pratique, ils

- contrôlent l'utilisation des services;
- payent les factures aux centres de santé;
- adaptent la couverture des soins aux besoins;
- ajustent le montant de la cotisation;
- entretiennent les relations avec les prestataires de soins, …
- etc.

Contraintes

Pour impulser cette dynamique, le promoteur doit tenir compte des éléments suivants :

- **Le nombre potentiellement élevé de mutualistes**

  Le nombre de mutualistes est potentiellement trop important pour qu'ils interviennent directement dans la gestion et la représentation de la mutuelle.

- **La nouveauté du concept mutualiste**

  Le fonctionnement de la mutuelle, l'utilisation de ses outils de gestion, etc., sont neufs et conceptuellement éloignés des expériences de la majorité des mutualistes ;

- **Les habitudes**

  Dans une société villageoise, fortement hiérarchisée, les gens entrent difficilement en dialogue avec leurs autorités; on écoute, on acquiesce, mais va-t-on tenir tête et exprimer un avis contraire face aux responsables ou à un aîné, pour défendre les intérêts de la mutuelle ?

Dès lors, comment s'y prendre ?

Comment poser la mutuelle dans les mains de la communauté ? Comment convaincre les pères et mères de familles d'accorder une part de leur précieux temps à la mutuelle? Quel partage des responsabilités leur proposer ? Quelles compétences transmettre à la communauté?

L'Expérience de Louvain développement et de ses partenaires: La communautarisation de la gestion

En bref

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.

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. Son succès repose sur l'Assemblée Générale Préparatoire (AGP).

Les élus prennent place au Conseil d'Administration (CA) et au Comité de Contrôle (CC) de la mutuelle. Ils représentent la mutuelle, collaborent et contrôlent le travail du Gérant – salarié de la mutuelle. Progressivement, ils s'approprient leur nouvelle mission mutualiste. Le promoteur soutient ce trio de tête.

La destinée de la mutuelle appartient à l'ensemble des mutualistes. La communauté ne choisit pas seulement ses délégués, elle veille sur la mutuelle au quotidien. L'Assemblée Générale des mutualistes se fait aussi entendre annuellement à l'Assemblée Générale Ordinaire (AGO) de la mutuelle : haut lieu du dialogue mutualiste qui voit l'adaptation de la mutuelle aux besoins de la communauté.

Raconte moi ta mutuelle

Le récit de cette expérience est articulé à l'aide de trois questions

- Quand et comment la communauté se fait-elle représenter à la tête de la mutuelle ?
  L'Assemblée Générale Préparatoire; l'Assemblée Générale Constitutive; les élections
- Comment la gestion de la mutuelle s'organise-t-elle au quotidien ?
  Rôles du Conseil d'Administration et du Comité de Contrôle; Rôles des promoteurs
- Quel est le rôle de l'ensemble des mutualistes ?
  Rôles au quotidien; Assemblée Générale Ordinaire

➔ Quand et comment la communauté se fait-elle représenter à la tête de la mutuelle ?

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. L'Assemblée Générale Préparatoire (AGP) en est un moment clé.

Quelle est l'utilité de l'Assemblée Générale Préparatoire ?

Bien commencer

L'Assemblée Générale Constitutive de la mutuelle est l'évènement fondateur de la mutuelle. Les promoteurs de la mutuelle créent l'AG Préparatoire pour que cette naissance soit bien organisée et réfléchie, à l'image de son développement futur. Les textes doivent être compris et avalisés par tous, les élections transparentes, les esprits paisibles,…

Voir document 1|2

Faciliter l'AGC

Georges et Marie rassemblent tous les mutualistes chefs d'un noyau en ordre de cotisations (les membres fondateurs).

Leur objectif est de faciliter les travaux qui prendront place à l'AG Constitutive, c'est-à-dire de/d'

- **faciliter la prise de décision.**

  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. Par exemple :

  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 ;
  Mini AGP. 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 Centre de Santé fréquentés par les villages. Les résultats sont pris en compte au moment de l'AGP.

- **favoriser l'implication des mutualistes.**

  Pour en faire un moment agréable, un Comité d'Organisation se forme et se charge, entre autres, de/d'

  - choisir le lieu des festivités, accessible, suffisamment grand et ombragé;
  - envoyer les lettres d'invitation aux membres fondateurs, aux autorités,

etc.;
- avertir les villageois de l'occurrence de l'événement;
- convoquer les médias (Télévision et Radio);
- rassembler le matériel nécessaire (sono, chaise, réservoir d'eau, groupe électrogène…);
- proposer des intermèdes appréciés des villageois : inviter des danseurs et des chanteurs;
- fabriquer les badges (petit carton blanc porteur d'un signe officiel avec le nom de la personne) qui seront joints aux invitations pour identifier les membres fondateurs autorisés à s'assoir sur les chaises et à participer aux décisions ;

Laisser le moins possible au hasard. Georges déconseille de se dire : « on verra bien » lorsque l'on prépare l'AGC. Les imprévus se chargeront de pimenter les festivités. Ce qui peut paraître un détail, ne l'est peut-être pas. Par exemple : Plan d'installation du public. Avant d'attribuer aux autorités une place assise, Georges s'informe de l'état de leurs relations pour éviter les incidents diplomatiques. Aussi, il se renseigne et tient compte de l'orientation du soleil pour éviter qu'à treize heures tout le monde ne soit cuit !

Lancer la campagne

A cette étape, Georges désire lancer la campagne électorale et

- motiver les mutualistes à devenir membre d'Organe ;
- inciter la foule à proposer des candidats à qui ils feront confiance ;
- rendre publiques les responsabilités inhérentes à l'engagement ;
- opérer une première sélection parmi les différents candidats

Pour débuter,

- **il décrit l'organisation de la mutuelle**

  Il explique quelle est la place de l'Assemblée Générale, du Conseil d'Administration, du Comité de Contrôle et celle du Gérant de la mutuelle.

- **il annonce les postes à pourvoir et leurs attributions.**

  Dans notre expérience, nous recherchons pour le Conseil d'Administration de la mutuelle: un président, un vice président, un secrétaire, un secrétaire adjoint, un trésorier ; pour son Comité de Contrôle : un président, un vice président et un secrétaire.

Ensuite,

- **il propose de choisir des critères de sélection des candidats.**

  Georges invite l'assemblée à reprendre de manière plus rigoureuse les critères d'éligibilité utilisés lors de l'élection des membres des Comités d'Initiative : la stabilité, l'usage des langues locales, la disponibilité, le niveau d'instruction, la réalisation d'une activité génératrice de revenus, etc.

  Des critères propres aux futurs membres des organes de la mutuelle y sont additionnés :

  - L'expérience d'une collaboration avec une ONG locale;
  - La possession d'un moyen de déplacement pour se rendre aux réunions;
  - La résidence située à moins de quinze kilomètres du siège de la mutuelle, en tout cas pour le président;
  - L'affiliation d'un noyau d'un minimum de cinq personnes pour devenir un exemple et disposer d'une certaine légitimité lors des sensibilisations;
  - La participation à tout le processus de mise en place de la mutuelle via les formations des membres des Comités d'Initiative et leurs restitutions ou les assemblées de sensibilisation.

Enfin,

- **Georges liste les candidats aux futures élections.**

  Pour faciliter les choses, un nombre de candidats maximal par poste peut être fixé. Dans ce cas, les postulants au même poste (s'ils sont plus de deux !), se réunissent à l'écart et discutent pour réduire leur nombre.

La campagne officielle est lancée. Parfois, bien avant, des membres des Comités d'Initiative ont annoncé qu'ils brigueraient un poste dans les Organes de la mutuelle. Les candidats parcourent les villages à la recherche de supporter, négocient des alliances, se répartissent les postes et se soutiennent mutuellement pour les obtenir.

L'avis de Georges. Il est arrivé que Georges incite, implicitement ou non, un mutualiste à se présenter ou au contraire l'en dissuade; bien qu'en fin de compte, l'élection démocratique ait le dernier mot. Pourquoi agit-il ainsi ? Il connait les exigences des postes ; il a observé les mutualistes au cours des sensibilisations et des travaux menés avec les Comités d'Initiative ; il en déduit une adéquation ou non, de l'un à l'autre.

Est-ce une bonne idée de pousser un membre des Comités d'Initiative à devenir membre des Organes de la mutuelle ? Certains pensent que oui: les Comités d'Initiatives ont suivi les formations ; participent à la mutuelle depuis le début ; sont connus de tous ; sont souvent actifs dans d'autres associations, etc. D'autres pensent que non : certaines personnes, non identifiées au départ, se révèlent précieuses pour la mutuelle ; être membre de Comités d'Initiatives ne signifie pas forcément être investi ;… En pratique, les membres des organes de la mutuelle sont quand même le plus souvent d'anciens membres de Comités d'Initiatives.

L'Assemblée Générale Constitutive, un moment crucial

Moment de consensus

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.

Deux phases

L'AG Constitutive s'articule en deux temps :

- **Le travail**

  Un temps pour élire les membres des Organes de la mutuelle et valider par acclamation toutes les décisions prises lors de l'AG préparatoire (l'AGP) : Plan d'Action, Budget Prévisionnel, Textes Fondateurs,…);

  Recentrer les débats. Ce temps de travail est animé par le Comité d'Animation dont l'acteur principal, choisi avec soin, a toutes les qualités du bon animateur ; il est surtout capable de synthétiser les arguments et recentrer les débats lorsque le public discute, s'égare et tourne en rond (comme c'est très souvent le cas en zone urbaine). Cela, pour que l'AGC soit la validation des décisions prises à l'AGP et non leur remise en question.

- **La fête**

  L'autre, pour officialiser et fêter la création de la mutuelle en présence des autorités sanitaires, religieuses, locales et régionales.

Deux phases, deux jours ?

Une AGC organisée en deux jours permet de procéder posément, le premier jour, à l'adoption des textes, élections des membres d'organes,…. Et de faire du lendemain, un jour de fête : rire, détente et discours officiels !

Voir document 1|2

Deux courtes journées, simples à organiser sans craintes des travaux qui s'éternisent et font attendre les officiels.

Et si l'AG Préparatoire est un succès, le temps de la validation lors de l'AGC est encore réduit : une seule journée peut suffire à créer officiellement la mutuelle. Les participants vaquent ensuite à leurs occupations.

Encourager la participation

Le promoteur de la mutuelle et le Comité d'Organisation ont à cœur de rassembler un large public pour

- **diffuser le message mutualiste**

  Plus il est répété, plus il sera entendu. Son contenu devient de plus en plus concret : principes de fonctionnement, montant de la cotisation, soins remboursés,…

- **inciter à l'adhésion**

  Ils veulent aussi regrouper le plus possible de mutualistes et maintenir leur attention au cours de la journée pour que

  - les décisions prises soient les leurs et incitent le respect ;
  - les Membres d'Organes aient la confiance de la majorité des mutualistes et se sentent responsables aux yeux de tous de leurs intérêts et de ceux de la mutuelle ;
  - la naissance de leur mutuelle soit un événement inoubliable, point de départ d'une aventure, la leur.

Pour attirer tout ce monde, Georges et les mutualistes misent sur les outils phares de leur action de communication (sensibilisation, action de collecte…) :

- **La radio**
  Spots publicitaires annonçant l'assemblée ; retransmission en direct de l'AGC permettant à l'ensemble de la population de participer;

- **La télévision**
  Locale ou nationale, elle couvre l'événement. Le lendemain, on se cherche sur le petit écran : « J'y étais et la télé aussi ! » ;

  Triple emploi. En accord avec les producteurs de télévision, les films tournés à ces occasions pourront être utilisés pour créer des outils de sensibilisation, illustrer un rapport d'activités, capitaliser l'expérience de la mutuelle,…

- **Les banderoles**
  Suspendues aux endroits fréquentés (marché, carrefour principal, voie centrale), elles annoncent l'événement. Le jour même, elles souhaitent la bienvenue aux participants et proclament à tous les passants la teneur du rassemblement.

Ils y additionnent des nouveautés :

- **La présence des autorités**
  La présence et les discours des autorités des villages, de la ville, de la région, contribuent à la crédibilité de l'initiative, à la fierté des participants, à la reconnaissance officielle de la mutuelle et de ses Membres d'Organes (ce qui facilitera aussi les contacts ultérieurs), etc. « J'y étais et le directeur du district aussi » !

- **L'accueil**
  A la fin de l'assemblée, un repas de fête est servi à chacun des participants…les festivités se prolongent jusqu'à la nuit tombante.

- **L'éventuel remboursement des frais de déplacement**

  Pour le paiement, Georges et ses confrères veillent à préparer la liste avec le montant à attribuer selon le lieu de provenance, à prévoir la monnaie et suffisamment de postes de paiements pour ne pas que celui-ci s'éternise jusqu'à la nuit ! Remarque importante : les mutualistes doivent savoir qu'il en est éventuellement ainsi à l'AGC mais pas à toutes les Assemblées Générales de la mutuelle.

Et les élections, pratiquement, ça se passe comment ?

Constituer le bureau électoral

Arrive l'élection des Membres d'Organes. Elle est organisée par une équipe formée de trois ou quatre mutualistes qui ne briguent aucun poste. Cette équipe se constitue au moment même (les personnes se portent volontaires) ou précédemment, lors de l'Assemblée Générale Préparatoire.

Battre une dernière fois campagne

Lorsque le président du bureau annonce le poste à pourvoir, les candidats au poste s'avancent, un à un. Après avoir écrit leurs noms sur le tableau posté devant la foule, ils battent une dernière fois campagne. Lorsque l'ensemble des candidats s'est avancé, le vote peut avoir lieu !

Voter à...

Lors de l'AGP, les mutualistes ont décidé du mode de scrutin. Deux possibilités étaient identiques à celles des élections des membres des Comités d'Initiative. Le vote à bulletin secret est une troisième alternative.

- **A mains levées**

  Dos à la foule, le candidat est élu au nombre de mains levées.

  Ce procédé évite les déplacements de la foule. Cependant, si l'on a deux mains, ce n'est pas pour rien : la tentation de multiplier les voix est grande! Heureusement, l'œil vif du voisinage la contient et rassure l'opposition.

  Etant donné le grand nombre d'électeurs, la comptabilisation des votes demande un peu d'organisation: la superficie du lieu de rencontre est divisée en zone et chacune d'elle a son compteur attitré.

- **La file indienne**

  Les électeurs se répartissent derrière le candidat de leur choix. Georges et son équipe comptent le nombre de personnes dans chacune des files et identifient l'élu.

  Inspirée des procédures de vote communautaire (chef de village, de canton, etc.), la technique est connue et appréciée pour sa transparence.

  Pour l'avoir vécu, Georges déconseille de procéder de la sorte lorsque l'assistance est très nombreuse (au-delà de cent personnes) car les déplacements sur le lieu de l'assemblée sont malaisés.

- **A bulletin secret**

  Cette technique est réalisable si la liste des candidats pour chaque poste est fermée et reprise sur un bulletin de vote. Le dépouillement n'en est pas moins fastidieux. Elle nécessite aussi du matériel : urnes, bulletin, crayon,...

A cette étape et étant donné la foule, les badges distribués aux mutualistes en ordre de cotisation sont précieux. Ils permettent de s'assurer que les électeurs sont bien des membres fondateurs de la mutuelle.

Assurer les représentativités…

- **…géographique**

  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 mutualiste qu'elles représentent.

  Un système proportionnel pourrait motiver à l'adhésion. Mais, il poserait probablement, un problème de représentativité lié à l'évolution de la répartition des mutualistes dans l'ensemble des zones.

  Bien entendu, le nombre de représentants d'une zone présents à l'Assemblée est un atout pour pouvoir choisir le poste attribué à son ressortissant.

- **…des femmes**

  Une attention particulière est réservée à la présence des femmes dans les Organes de la mutuelle.

  Les Textes fondateurs de la mutuelle mentionnent qu'elles représentent un tiers des membres d'Organes.

  De manière générale, le poste de Trésorier est attribué aux femmes. Elles sont perçues comme de bonnes gestionnaires des ressources familiales. Le poste de vice-présidence est aussi régulièrement le leur s'il faut équilibrer la présence masculine au poste principal.

  Pourquoi un tel souci?

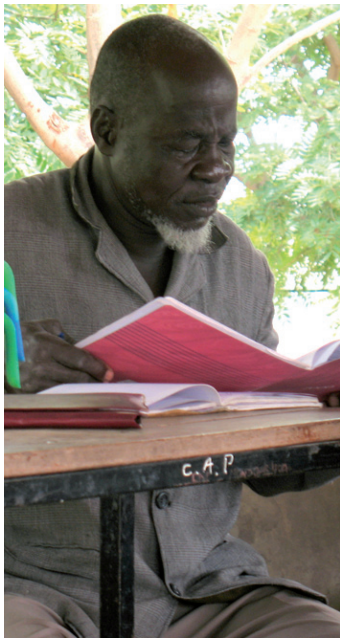
  - Parce que sa présence dans la mutuelle en attire d'autres – la mutuelle n'est pas juste une affaire d'homme !
  - Parce que c'est souvent elle qui s'occupe de la santé de la famille; ses besoins, ses inquiétudes doivent être prises en considération.
  - Parce que la mutuelle peut devenir un lieu d'expression et de réalisation pour chacune d'elles.

Adapter les critères de sélection

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. Bien que le nombre de personnes à sélectionner soit réduit, la tâche reste ardue. Une fois de plus, les critères de sélection s'assouplissent.

La formation et le suivi que Georges et Marie proposeront aux membres d'Organes permettront de compenser leurs éventuelles faiblesses. Pour le promoteur de la mutuelle, L'AG Constitutive est donc aussi une opportunité de préciser son plan d'action futur en termes de suivi de la jeune mutuelle.

➔ Comment la gestion de la mutuelle s'organise-t-elle au quotidien ?



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), garant du respect de la politique générale et des orientations décidées par l'AG. 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.

Quel est le rôle des membres du Conseil d'Administration et du Comité de Contrôle ?

Etre une interface

En tant que délégués choisis par les mutualistes en présence des autorités, les membres du CA et du CC sont, avant tout, les ambassadeurs de la mutuelle au près de la/des

- **population**

  Elle leur a accordé sa confiance et donne à la mutuelle un visage connu et communautaire.

  Les délégués sont en contact permanent avec la communauté. Une grande part du temps qu'ils consacrent à la mutuelle est investi dans des actions de sensibilisation et de collecte des cotisations (Journées Promotionnelles, Emission de radio, etc.).

- **autorités sanitaires, villageoises, préfectorales, etc.**

  Dès leur institution, ils vont participer à toutes les démarches administratives qui visent à rendre possible le fonctionnement de la mutuelle : Obtention de la reconnaissance officielle de la mutuelle ; contractualisation avec les Centres de Santé ; recherche d'un lieu pour implanter le siège de la mutuelle ; etc.

Suivre et contrôler

Tous les mois, le CA rencontre le gérant de la mutuelle. Tous les trois mois, la réunion est élargie au CC 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 (cotisation), sur le nombre d'adhérents, etc.

Les membres d'Organes, de leur côté,

- **prennent note et ordonnancent le décaissement;**
- **relayent les informations récoltées auprès des mutualistes;**

  Les difficultés vécues avec des prestataires de soins ; les listes de bénéficiaires non actualisées dans les Centres de Santé ; le souhait d'une séance de sensibilisation dans un Groupe villageois ; etc. Des solutions sont imaginées.

- **font le point sur la réalisation du plan d'activités de la mutuelle;**

  Collecte des cotisations ; calendrier des prises de photos pour les carnets mutualistes ; reconnaissance officielle de la mutuelle au début de sa vie ; organisation des journées promotionnelles ; etc.

- **partent enquêter sur le terrain;**

  Lorsque le gérant doute qu'un mutualiste, repris dans la liste des usagers mensuels d'un Centre de Santé ait effectivement reçu des soins, l'un des élus est désigné pour éclaircir la situation auprès du patient. Si nécessaire, il retourne vers l'infirmier chef du Centre de Santé pour comprendre le problème.

Que faire pour que chacun puisse jouer son rôle?

Transférer les compétences

Les séances de formation des membres des Organes et du Gérant de la mutuelle sont planifiées le plus tôt possible après les prises de fonction.

Ces formations sont très attendues par les mutualistes et nécessaires pour qu'ils puissent assumer les responsabilités confiées par la communauté, réaliser convenablement leurs tâches et jouir du pouvoir que leur donne la mutuelle.

Georges et Marie proposent deux types de formations:

- **« Concept et fonctionnement mutualiste »**

  Les membres CA et CC sont souvent d'anciens membres des Comités d'Initiative. La majorité d'entre eux connaissent déjà ce module de formation.

  L'objectif global de cette formation est de donner les éléments techniques propres à l'assurance maladie, de renforcer et d'équilibrer les niveaux faibles et disparates des MO.

  Cinq jours, dix modules :

  - L'état des lieux du financement des soins de santé
  - Les systèmes de prépaiement
  - Les fondements et caractéristiques
  - Les services offerts par une mutuelle de santé
  - La qualité de membre
  - L'organisation administrative d'une mutuelle de santé
  - Les modes de paiement des prestations
  - Les risques majeurs d'une mutuelle de santé
  - Le processus de mise en place
  - La communication dans les communautés

- **« Gestion des mutuelles de santé »**

  L'objectif est de rendre la tête de la mutuelle capable d'utiliser et de lire les outils administratifs et financiers pour produire les rapports de ses résultats d'activité, de les présenter et de les analyser.

  Quatre modules :

  - Gestion techniques
  - Gestion comptable
  - Gestion financière
  - Contrôle interne

  Ils permettent entre autres de se familiariser avec les outils de gestion de la mutuelle :

  - livre de membre
  - registre des bénéficiaires
  - registre des cotisations
  - ordonnancier à souche
  - registre des prestations
  - facturier
  - fiche de suivi et des prestations de soins

Ces formations sont toutes accompagnées d'un pré- et d'un post-test.

- Le pré-test identifie les participants dont les connaissances sont les plus faibles afin d'y prêter une attention particulière au cours de la formation.
- Le post-test cible ceux que Georges et ses collègues suivront prioritairement dans leurs travaux.
- La comparaison des deux évalue l'efficacité de la formation

Accompagner

Georges, Marie et toute l'équipe des animateurs accompagnent le Gérant et les membres des Organes au quotidien. Pourquoi ?

Parce que, au-delà de l'apport des formations, le niveau d'instruction des élus est relativement bas au sein du conseil d'administration (et ce, malgré les critères de sélection spécifiques). Parce que c'est dans la pratique qu'apparaissent une part des difficultés et que les plus précieux conseils sont donnés et retenus.

- **Accompagner le Gérant**

  Pratiquement une fois par semaine, Georges rencontre le Gérant de la mutuelle pour

  - contrôler le remplissage des outils de gestion ;
  - vérifier les comptes, le paiement des factures ;
  - préparer les réunions du CA ;
  - etc.

- **Suivre les réunions statutaires**

  Les premier mois de la vie de la mutuelle, Georges et Marie animent les réunions. Les membres d'Organes observent et prennent le relais pour les réunions suivantes : ils établissent l'ordre du jour et dirigent la séance.

  Ils aident aussi le CC à vérifier l'adéquation entre nombre de membres et de bénéficiaires, les recettes des adhésions et des cotisations, les pièces comptables et les dépenses.

  Ils appuient la réalisation du plan d'action: accompagnent les MO dans les démarches auprès des autorités, organisent avec eux les Journées Promotionnelles,…

Les promoteurs ne sanctionnent pas, ils aident et renforcent les membres d'Organes. Lorsque Georges et Marie remarquent des faiblesses dans le travail des membres d'Organes (absence aux réunions ; manque de rigueur dans les contrôles ; etc.) il n'est pas question de les sanctionner. Ils les suivent d'encore plus près, les aident, tentent de trouver la cause des problèmes, etc. Les sanctions ne pourront venir que de ceux qui les ont élus, les mutualistes, lors de l'AG de la mutuelle.

Motiver

Pour se rendre aux réunions statutaires ou aller à la rencontre des mutualistes, les membres des Organes mettent de l'essence dans leur moto, parcourent des kilomètres, délaissent leurs activités, etc.

Même s'ils profitent des bienfaits de la mutuelle et de la fierté du poste, quelques petites motivations ne sont pas superflues pour maintenir le dynamisme de l'équipe. Cela s'organise bien sûr, dès le départ, dans un esprit d'équilibre budgétaire de la mutuelle.

- Les déplacements vers les réunions statutaires sont pris en charge par la mutuelle
- Une collation est offerte au cours des réunions
- Dans nos projets nous réfléchissons à la possibilité de « motiver » les MO et lorsque la mutuelle dégage des **excédents**, la loi cadre UEMOA régissant les mutualités autorisent l'utilisation de cet excédent à concurrence **d'un certain pourcentage (dont le montant est aussi plafonné)** pour le dédommagement/défraiement des membres des organes élus. Ce dédommagement n'est pas considérer comme un salaire ou une prime et n'est pas **automatique/systématique**.

Passer

Le transfert des compétences à la communauté et le désengagement progressif de l'équipe promotrice est une dimension importante du processus d'appui au développement des mutuelles de santé.

Au départ, les animateurs sont très présents:

- Ils forment les membres d'Organes (MO) et le Gérant au concept mutualiste et à la gestion de la mutuelle;
- Ils les accompagnent au quotidien dans leurs activités mutualistes (réunions statutaires ; rencontre avec les autorités ; sensibilisation ; collecte des cotisation ; etc.) ;
- Ils identifient les faiblesses et tentent d'y remédier, de motiver les membres d'Organes pour qu'ils jouent leur rôle;
- Ils déchargent le Gérant et les membres d'Organes d'une partie de leurs tâches: le contrôle permanent des opérations pour créer des listes de bénéficiaires à jour ; le remplissage des tableaux de bord ; etc.

Petit à petit, au fil du développement de la mutuelle et de son appropriation par les mutualistes, les promoteurs se désengageront. Ils resteront accessibles en cas de besoin, pour conseiller, organiser un gros évènement, etc.

Mais la gestion quotidienne sera totalement dans les mains de la communauté au travers du gérant qui rend compte aux CC et au CA chargés de suivre et contrôler le gérant

Ce processus permettra aux Membres d'Organes de jouer totalement leur rôle. Il est délicat à opérer mais essentiel si le promoteur veut éviter que les mutualistes décrivent parfaitement des rôles qu'ils ne jouent pas !

➔ Quel est le rôle de l'ensemble des mutualistes ?

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.

Quel est le rôle des mutualistes au quotidien ?

Mutualiste toujours

Les mutualistes délèguent leurs pouvoirs aux membres des organes mais ils ont aussi une série de tâches qui leur est propre.

Les devoirs (et les droits) des mutualistes et de leur Assemblée Générale sont repris dans les textes fondateurs de la mutuelle.

Georges et Marie les rappellent autant que possible :

- **Respecter les textes organiques et les décisions prises**

  Par exemple, la procédure pour accéder aux soins à moindre frais : Avoir son carnet, payer le ticket modérateur; payer la cotisation de l'ensemble de leur famille; etc.;

- **Défendre les intérêts de la mutuelle**

  Informer les membres d'Organes des difficultés rencontrées avec les prestataires de soins ; dénoncer les fraudes ; ne pas abuser des soins ou négliger sa santé; etc.;

- **Sensibiliser leur entourage**

  Partager l'expérience mutualiste avec la famille, les voisins pour coopter de nouveaux mutualistes

- **Participer à la vie de la mutuelle**

  Par exemple, en soutenant les membres d'Organes : le temps qu'ils consacrent à la mutuelle, pour le bien de tous, est du temps en moins pour cultiver et nourrir leur famille. Dès le début de l'initiative, en compensation, les mutualistes ont proposé de travailler dans les champs des membres d'Organes. En pratique, cela est très peu fait. A moins d'intégrer cette activité (ou une autre) aux textes organiques, on ne peut l'imposer. Autre exemple : participer aux Assemblées Générales de la mutuelle.

Qu'est ce que l'Assemblée Générale Ordinaire ? Comment l'organiser?

Dialoguer et adapter

L'Assemblée Générale des mutualistes est l'Organe suprême de la mutuelle.

Elle se réunit une fois par an (AG Ordinaire) ou en cas de besoin (AG Extraordinaire).

L'AG Ordinaire est le moment pour les mutualistes de faire le point sur la vie de la mutuelle, d'exprimer leurs satisfactions ou insatisfactions, de débattre et d'adapter son fonctionnement pour qu'il réponde à leurs besoins.

Tenir compte de l'avis de l'ensemble des familles nécessite une bonne organisation !

Passer par des délégués

Lorsque la mutuelle grandit, le nombre d'adhérents est de plus en plus important. Se rassembler, s'écouter, débattre, prendre des décisions avec l'ensemble des adhérents est difficile.

Le promoteur peut recourir à un système de représentation des mutualistes.

Il existe dans les villages mutualistes des Groupes Organisés. Ils sont formés de villageois rassemblés par affinités, par activités (les parents d'élèves, les producteurs de coton,…),…, et qui se sont affiliés à la mutuelle. Chaque Groupe se choisit un ou plusieurs délégués, selon sa taille. D'une manière ou d'une autre, tous les mutualistes appartiennent à un Groupe Organisé.

Au tout début du processus, ces mêmes groupes, identifiés lors des études préliminaires, sont déjà représentés dans les Comités d'Initiatives.

L'AGO est donc le lieu de rencontre entre les Membres du Conseil d'Administration, du Comité de Contrôle et de l'ensemble des mutualistes au travers des délégués de leurs Groupes Organisés.

Tous les bénéficiaires peuvent y assister. Mais, les décisions seront prises par les titulaires de noyau ou lorsqu'ils sont trop nombreux, par les délégués des Groupes Organisés.

Le dynamisme des délégués. Les délégués des Groupes Organisés ont un rôle important à jouer. Georges les suit de près et reste attentif à leur dynamisme. S'ils venaient à faiblir, des familles entières de mutualistes perdraient un lien direct à l'AGO et cette dernière n'aurait plus de sens. Ecouter, stimuler, soutenir le Groupe dans ses activités (même moins spécifiquement mutualistes) et le cas échéant, proposer un changement de délégués.

Planifier trois étapes

La préparation de l'Assemblée

- **Côté mutualiste**

Georges consulte la liste des Groupes Organisés et invite leurs délégués à se rassembler. Ensemble, ils vont baliser le recueil des avis, des inquiétudes et des souhaits que les mutualistes voudront partager à l'AGO: quel thème aborder, quelles questions poser, pour relayer l'information de manière pertinente et structurée ?

Ensuite, c'est aux délégués de jouer. Georges accompagne parfois ces réunions : Ils s'en retournent au village, consultent les membres de leur Groupe Organisé et prépare l'AGO.

- **Côté membres d'Organes**

Le Gérant et Georges font le bilan de l'exercice écoulé en élaborant des comptes annuels : nombre de bénéficiaires, bilan, compte des résultats, avancées en termes de gestion, indicateurs de performance,…

Ils restituent au CA un rapport financier et moral. Ils en profitent pour préparer l'AGO et les informations qui y seront traitées.

Le jour de l'Assemblée Générale Ordinaire

- **Exposés, débats et prises de décisions**

Le CA annonce l'ordre du jour et les travaux commencent : ils transmettent les informations jugées cruciales à l'assemblée.

Les mutualistes interrogent le CA et le gérant ; ils expriment leurs préoccupations.

Pour prendre les décisions, l'Assemblée vote à mains levées. Les personnes ayant le droit de vote sont identifiées grâce à un badge préalablement distribué.

Les Assemblées Générales ont vu évoluer les textes fondateurs de la mutuelle pour qu'ils soient à la base du développement sain d'une mutuelle qui réponde aux besoins des communautés: Les soins pris en charge, les niveaux de prise en charge ; la période d'attente; etc.

- **Evaluer les Membres d'Organes**

L'AGO est aussi le moment pour les mutualistes d'évaluer leurs représentants dans les organes de la mutuelle. L'évaluation se base sur:

• La participation aux réunions statutaires.
• Le nombre de personnes dans le noyau de l'élu.
• Le nombre de cotisations libérées par rapport à la taille du noyau.

Statutairement, des sanctions et des pénalités existent. Elles vont jusqu'à l'exclusion du membre d'Organe qui ne satisferait pas les mutualistes.

Une tâche délicate mais nécessaire. Evaluer et peut-être expulser un membre de la mutuelle n'est pas une chose agréable : On fait partie de la même mutuelle, on se connaît, on vit dans le même village ! Mais, avec l'expérience, Georges pense que ce mal est préférable aux rancœurs et aux disfonctionnements (problème de sensibilisation, d'accès aux soins,…) engendrés par l'absentéisme ou le désengagement des membres d'Organes. Cette démarche participe à la responsabilisation des acteurs de la mutuelle.

La restitution à l'ensemble des mutualistes

- Lorsque l'AGO est terminée, les délégués retournent vers leur Groupes Organisés, résument les exposés, les débats et annoncent les décisions prises,…

La consultation/restitution au niveau local encourage la participation et valorise les décisions prises à l'AGO. A l'école des enfants, au retour du champ, autours du marché… Nul n'est besoin de courir loin pour s'asseoir, discuter de la vie du Groupe Organisé avec les délégués, recueillir son avis sur la mutuelle, lui donner des nouvelles des AG et reprendre ses activités. Plus la communication avec les mutualistes est soutenue, plus les opinions sont relayées et prises en considération, plus l'appropriation de la mutuelle est favorisée.

Favoriser la participation

L'AGO n'a de sens que si les mutualistes et/ou leurs délégués y participent dynamiquement. Georges veille donc à ce que

- **Les membres d'Organes animent l'Assemblée**

Les membres d'Organes sont élus par la population pour les représenter, c'est à eux de rendre compte de la situation de la mutuelle. Il est donc important que les élus animent l'Assemblée et présentent les résultats de la mutuelle.

- **Les mutualistes comprennent l'exposé**

Georges et Marie préparent l'exposé des résultats avec les MO. Ensemble, ils pointent les informations cruciales à transmettre ; préparent les explications à donner au public et choisissent le vocabulaire compréhensible par tous. Si les informations qui arrivent à l'AG ne sont pas comprises par les mutualistes, ils ne réagissent pas : l'AGO n'atteint pas son objectif. On parlera par exemple, de la part des cotisations utilisée pour couvrir les frais des soins de santé plutôt que de taux de sinistralité.

- **La séance ne s'éternise pas**

Le choix des informations à transmettre (les choses qui ont un impact sur leur vie), la gestion du temps de débat, l'organisation des prises de décision,…, sont importants. Fatigués, lassés, les mutualistes sont distraits, les débats s'appauvrissent, les décisions sont prises trop rapidement pour être suivies !

➔ Conclusions

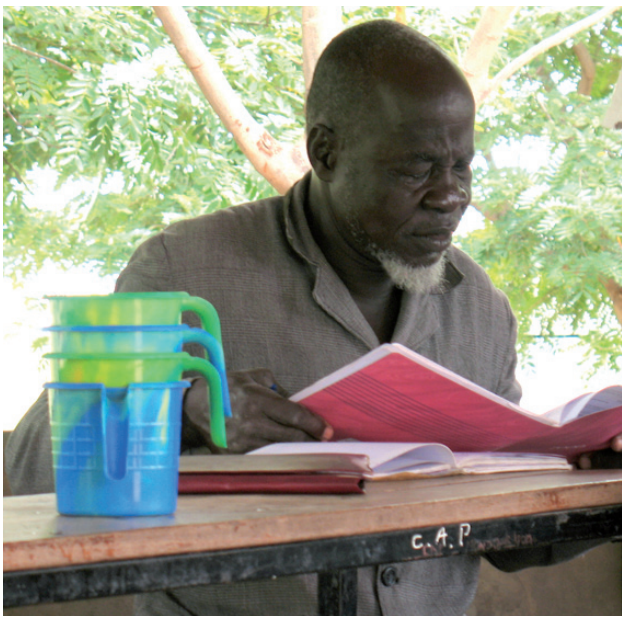
Rappet des contraintes

- Le nombre potentiellement élevé de mutualistes
- La nouveauté du concept mutualiste
- Les habitudes

Réfléchir à la représentativité des membres d'organes ne paraît pas superflue. En effet, les membres sont élus au travers de tout un travail de mobilisation sociale budgétivore (Assemblées Générales Préparatoires et Assemblée Générale Constitutive). Dans certaines mutuelles, ceci se passe très bien et ne pose pas de problème. Toutefois dans d'autres, on se rend compte que les élus ne sont pas toujours les plus engagés, qu'ils ont déjà connus des problèmes de détournement ou qu'ils abusent de leur pouvoir notamment pour bénéficier personnellement des biens et/ou services de la mutuelle.

Sans pour autant, dénoncer ouvertement cet état des choses, les populations laissent faire, mais ne cotisent pas. Identifier ces problèmes, les résoudre et restaurer la confiance demande du temps et de l'énergie. Il faut faire preuve de diplomatie et de compréhension pour découvrir la nature des liens entre les personnes, les non-dits, les raisons véritables de telle situation.

Ce cas de figure peut être dû au fait que les intéressés bénéficient d'une influence importante dans le milieu (grande famille dans un petit village, famille influente, pouvoir économique et/ou social, croyances..). Les populations, dans ce cas, n'osent pas aller à l'encontre de leur volonté, mais savent très bien que cela nuira à la mutuelle. Une piste de réflexion, non encore éprouvée, serait de procéder à des consultations plus restreintes et d'analyser la configuration de pouvoir local, ses structures et ses stratégies. Par la suite le mode d'élection pourrait être adapté tout en respectant les règles démocratiques.



➔ Les partenariats avec le secteur de la santé

La mutuelle : une construction en commun

L'ambition de la mutuelle est d'offrir à ses affiliés l'accès à des soins de santé de qualité à moindre coût.

Elle repose sur une collaboration étroite entre les autorités sanitaires, les prestataires de soins et les usagers. Dans le cadre de la mutuelle, ces trois pôles d'acteurs vont

- s'engager dans un dialogue sincère et constructif pour que les modalités de délivrance de soins soient adaptées aux attentes et contraintes de chacun;
- appliquer les procédures sur lesquelles ils se mettront d'accord
- utiliser les outils et méthodes propres au système mutualiste: tiers payant; attestations de soins; facturation; carnet de mutualiste; etc.

Contraintes

- **Le système mutualiste est neuf, dans un environnement de solidarité volontaire**

Le modèle mutualiste est relativement neuf pour l'ensemble de la population. Il est peu ou pas connu par les prestataires de soins et les autorités sanitaires. Il suscite l'intérêt mais aussi l'inquiétude : Est-ce que les mutualistes payeront la part des frais qui est la leur? Est-ce que la mutuelle payera effectivement les factures que nous leur adresserons? Comment savoir ce qui est pris en charge par la mutuelle et ce qui ne l'est pas ? Est-ce que les procédures mutualistes pèseront sur notre temps de travail?

Les promoteurs et les mutualistes devront être convaincants et collaborer étroitement avec les autorités ; rien n'oblige les prestataires de soins à s'impliquer dans une mutuelle. Pour s'y engager, ils doivent être convaincus de l'intérêt que peut avoir une mutuelle pour eux, ou en tout cas de ne rien y perdre, pas même du temps pour rien !

- **Hiérarchies et cloisonnements**

Une société vivante est une société qui a construit ses hiérarchies : un villageois n'a pas grand-chose à dire à un directeur de district ! Elle est aussi divisée en domaines (santé ; agriculture ; éducation ; etc.) ; chaque citoyen se sent légitime a l'intérieur de la sienne : un agriculteur n'a pas grand chose à dire à un infirmier.

Le « dialogue entre pôles d'acteurs » n'est pas pleinement une donnée de départ ! Les autorités sanitaires, les prestataires de soins et les usagers n'ont pas d'habitudes d'échanger facilement leurs impressions, leurs préoccupations réciproques ou de collaborer dans les détails à l'organisation des soins de santé.

- **Les prestataires confrontés à leurs conditions de travail**

Les prestataires disposent de relativement peu de moyen pour délivrer les soins. Ils sont confrontés à de fréquentes pénuries de médicaments, au manque de personnel qualifié, à la vétusté ou à l'ab-

sence du matériel. Ils se sentent souvent fort seuls pour faire face à ces situations.

Cela peut avoir des répercussions sur leur motivation et l'accueil qu'ils réservent aux patients.

En résumé, où se trouve « le commun » ?

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 » !)

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 coté des prestataires de soins que du coté 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.

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 !

Raconte moi ta mutuelle

Trois questions articulent l'expérience qui va vous être présentée :

- Comment amener les prestataires et les autorités sanitaires à s'investir dans la mutuelle?
  Informer. Convaincre par l'exemple ; les visites d'échange.
- Comment créer un partenariat mutualiste ?
  Atelier de contractualisation. Préparation du terrain.
- Comment se passe la collaboration au quotidien ?
  Suivi des prestations. Médecin conseil. Cadre de concertation. Renforcement

➔ Comment amener les prestataires et les autorités sanitaires à s'investir dans la mutuelle?

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 l'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.

Georges et Marie désirent parler à tous les prestataires de soins et les autorités sanitaires de la zone de la mutuelle :

- **Plus de personnes connaissent la mutuelle, mieux c'est !**

  Surtout qu'ils sont directement en contact avec les villageois. La légitimité des prestataires de soins est aussi un atout de taille pour la sensibilisation - rien ne vaut un médecin ou un infirmier pour dire aux gens ce qui est bon pour la santé. D'autant que les personnels de santé bougent beaucoup dans le pays, par mutations ou par promotions ; ils porteront plus loin encore le message mutualiste et à d'autres niveaux de responsabilité.

- **En prévision de la contractualisation.**

  Parmi les établissements de soins présents, certains deviendront des établissements conventionnés, des collaborateurs de la mutuelle. Ils doivent donc bien en connaître les principes de création et de fonctionnement.

- **Pour mobiliser les ressources**

  Impliquer les autorités sanitaires (Directeur régional de la santé, Médecin-chef de District de santé, …) dès le début du processus aidera à la mobilisation des ressources disponibles pour l'amélioration de la qualité des soins (matériels, médicaments,…). On comptera aussi sur les autorités sanitaires pour soutenir les prestataires de soins dans le respect des engagements pris envers la mutuelle et

les mutualistes. Un tel suivi peut être intégré aux supervisions des centres de santé.

- **Pour donner du poids à l'initiative**

  Plus la mutuelle est soutenue par le haut de la pyramide sanitaire, plus les prestataires de soins s'y engageront. Dans notre expérience, le soutien par le haut est vraiment nécessaire car l'implication dans la mutuelle n'est pas une obligation pour les personnels de santé qui estiment souvent avoir déjà pas mal de chats à fouetter.

Informer clairement

Les informations de base

Georges et Marie délivrent aux acteurs du monde médical – autorités sanitaires et prestataires de soins -, en cinq jours et le plus tôt possible, les informations de base sur la mutuelle (Le concept – La mise en place – Le fonctionnement).

Ils proposent dix modules, identiques à ceux proposés aux membres des Comités d'Initiative et des Organes de la mutuelle, une fois élus.

- L'état des lieux du financement des soins de santé
- Les systèmes de prépaiement
- Les fondements et caractéristiques d'une mutuelle
- Les services offerts par une mutuelle de santé
- La qualité de membre
- L'organisation administrative d'une mutuelle de santé
- Les modes de paiement des prestations
- Les risques majeurs d'une mutuelle de santé
- Le processus de mise en place
- La communication dans les communautés

Deux groupes

Prestataires de soins et autorités sanitaires sont formés séparément pour favoriser leur implication. Georges désire que chacun puisse

- **recevoir un message adapté**

  Les prestataires de soins et les autorités sanitaires ne travaillent pas aux mêmes niveaux du système de santé. Ils n'ont pas les mêmes contraintes, n'ont pas accès aux mêmes ressources et les enjeux qu'ils ont à affronter ne sont pas du même ordre. Les questions qu'ils posent concernent donc des aspects différents de la Santé (par exemple, politique de supervision pour les uns ou prise en charge pratique des patients pour les autres). Georges adapte la forme de son discours à chacun des deux groupes pour éviter que l'un ne s'ennuie ou que l'autre ne comprenne pas bien le message.

- **Exprimer librement sa pensée**

  La relation entre les autorités sanitaires et les prestataires de soins est hiérarchique. Certains subordonnés parlent peu devant leurs « chefs » : Ils n'osent pas poser de questions ou exprimer leur point de vue. Travailler séparément évite une partie de cet effet.

Délégation et restitution

Les promoteurs veulent toucher le plus de personnes possibles mais sont limités par le temps et les finances. Ils demandent à tous les établissements de soins d'envoyer deux représentants : pour les centres de santé, l'infirmier en chef et une seconde personne, la matrone par exemple.

Un système de restitution planifié et accompagné est prévu. Lorsqu'ils rentrent dans leur structure de santé, les participants rassemblent leur équipe. Ils transmettent à leurs collaborateurs le contenu de la formation. Ainsi, tous le monde est bien au courant du fonctionnement de la mutuelle et des procé-

dures de prise en charges des affiliés qui se présenteront. Cette séance est préparée lors de la formation et organisée avec l'appui de Georges.

Haute importance. L'étape de la restitution est à prendre au sérieux parce que ce sont les prestataires les plus ouverts au système mutualiste qui se présentent spontanément aux formations. Les autres, nombreux, il faut le dire ou parce qu'ils sont plus hésitants, voire récalcitrants à l'initiative restent en retrait. Tous seront pourtant amenés à prendre en charge des mutualistes dans leur structure de santé ; tous doivent donc être bien au courant !

Suivi personnalisé

Un suivi personnalisé et efficace de la formation est toujours prévu :

- Un pré-test identifie les participants dont les connaissances sont les plus faibles afin d'y prêter une attention particulière au cours de la formation.
- Un post-test cible les participants que le promoteur et son équipe accompagneront prioritairement au cours des sensibilisations.
- La comparaison entre les résultats du pré et du post test de tous les participants évalue l'efficacité de la formation

Point focal

Georges et Marie développent un canal de communication direct avec les autorités sanitaires.

Ils demandent aux autorités sanitaires (régionales, préfectorales, de district, communales, …) de venir à la formation, accompagnées d'une personne de leur choix. Elle sera le Point Focal de la mutuelle à ce niveau, l'intermédiaire privilégié pour toutes les questions relatives aux Mutuelles.

Soyons clair. Georges et Marie conseillent de bien préciser le rôle du Point Focal et l'implication qui lui sera demandée. Un Point focal choisi dans la précipitation ou non motivé par l'initiative mutualiste mettrait en péril la précieuse relation que la mutuelle et les autorités sanitaires vont entretenir.

Convaincre par l'exemple

Rencontrer et échanger

Georges et Marie invitent les autorités sanitaires (Directeur du district sanitaire, Directeur régional, point focal mutuelle de santé, …) à participer à une Visite d'Echange.

Durant trois jours, elles partent à la rencontre des responsables d'une mutuelle qui fonctionne depuis quelques années. Elles assistent à une réunion de concertation entre prestataires, affiliés et autorités ; elles échangent leurs expériences avec leurs confrères. Elles visitent des Centres de Santé conventionnés pour se rendre compte pratiquement des procédures de prises en charge, des moyens nécessaires, etc.

Les mutuelles, un mouvement qui prend de l'ampleur

L'objectif d'une telle démarche est d'/de

- se rendre compte de la faisabilité de l'initiative, dans un contexte similaire au leur ;
- découvrir que la mutualité dépasse les limites de leur localité et s'inscrit dans un mouvement social de portée nationale et internationale ;
- convaincre les autorités d'impulser et de soutenir la dynamique mutualiste chez leurs prestataires de soins.

Idéalement, tous les prestataires des Centres de Santé qui signeraient une convention avec la mutuelle devraient à un moment ou l'autre participer à ce type de visite. Si vous en avez les moyens, Georges et Marie vous le conseillent vivement.

➔ Comment créer un partenariat mutualiste ?

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.)

Atelier de contractualisation

Dialoguer

Les Etablissements de soins et les autorités sanitaires passent contrat avec la mutuelle. Ils deviennent des partenaires. Pour que ce partenariat soit gagnant, les attentes et les contraintes de chacun doivent être prises en considération.

Pour atteindre cet objectif, Georges et Marie préparent attentivement l'Atelier de contractualisation. Ils veulent en faire un lieu d'échange et de partage ; ils veulent mettre toutes les chances de leur côté en commençant par lever les incompréhensions qui peuvent exister entre les usagers et les prestataires de soins ; les uns et les autres n'ont pas les mêmes contraintes, et ils en ont de part et d'autres ! Lesquelles ?

Voir document 1|2

Rassembler

La convention est signée par trois type d'acteurs

- **La mutuelle**
  - les membres des Organes (Président, Secrétaire, Trésoriers, un membre du Comité de Contrôle) ;
  - le Gérant.
- **Les structures de santé**
  - les Infirmiers Chef des Centres de Santé, les présidents des Comités de gestion de ces Centres de Santé ;
  - les chefs des services concernés par les prestations mutualistes lorsqu'il s'agit d'un Hôpital Régional.
- **Les autorités sanitaires**
  - Le Directeur Préfectoral (ou de District, de Commune, …) de la Santé ou son représentant pour les mutuelles de santé - Point focal mutuelle ;
  - Le Directeur Régional (Provincial, …) de la santé ou son représentant pour les mutuelles de santé - Point focal mutuelle.

Implication des chefs. L'implication des chefs est très importante. S'ils disent « oui », les prestataires de soins, rassurés, seront plus enclins à les suivre. Cela facilite les travaux sur la contractualisation et par la suite, l'application de la convention. Impliquer les autorités dans le suivi de cette dernière sera aussi important.

Travailler ensemble

Durant deux jours et suite à la naissance officielle de la mutuelle, les promoteurs vont rassembler les contractants.

Le premier jour, Georges et son équipe proposent à l'assemblée un projet de convention :

- **Les autorités sanitaires**

  Georges projette le contrat sur un écran ou sur le mur et ensemble, ils lisent un à un, les articles de la convention.

- **Accueillir les réactions**

  L'assistance réagit, pose des questions, s'inquiète de la mise en pratique de certaines clauses du contrat.

  Exemple d'inquiétudes des prestataires de soin : Et si les mutualistes ne payent pas la part qui est la leur (le ticket modérateur) ? Comment allons-nous financer les ordonnanciers à souche que vous nous demandez de remplir en trois exemplaires ? Et si certains disent que notre accueil n'est pas irréprochable, c'est totalement subjectif et pourtant nous serons coupables !

  Des réticences sont aussi souvent exprimées vis-à-vis du paiement des factures par la mutuelle au Centre de Santé par virement bancaire. Bien que ce soit une sécurité pour l'établissement de soins et la mutuelle, ce n'est pas une pratique habituelle.

  Des prestataires de soins réclament aussi une rétribution pour leur participation à l'initiative mutualiste en oubliant les avantages qu'elle représente pour leur Centre de Santé : paiements sécurisés pour les mutualistes, augmentation de la notoriété de l'équipe de soins et à terme, augmentation de la fréquentation et par là, des recettes, …

- **Rassurer et amender**

  Le promoteur tente de rassurer : On commence comme cela et dans quatre mois, on en reparle !

  Le promoteur et son équipe écoutent, discutent et convainquent l'assistance que c'est un plus pour tout le monde: le patient a accès aux soins, les rentrées financières des Centres de santé augmentent et sont plus régulières, etc.

  Ils proposent des solutions. Par exemple : la mutuelle fournira les outils (ordonnanciers à souche,…) pour les premières années de vie de la mutuelle.

  La présence du Médecin Conseil de la mutuelle – le médecin au service des intérêts de la mutuelle- est précieuse pour rassurer les prestataires de soins. Entre gens du métier, on se comprend ! Nous allons y revenir.

  Le contrat peut être amendé au fur et à mesure de la discussion.

Le second jour, le contrat discuté et amendé, est signé officiellement en trois exemplaires.

Accompagner les mutualistes. Au cours des travaux, Georges stimule les représentants de la mutuelle et les aide à exprimer leurs opinions. Ils n'ont pas l'habitude de se trouver à la table de négociation avec les prestataires et les autorités sanitaires. Les agents de la santé maîtrisent souvent mieux les enjeux liés à un contrat et ont tendance à considérer la mutuelle comme une assurance tous risques (même lorsqu'ils ont participé à la formation sur le concept mutualiste). L'accompagnement par les promoteurs et le Médecin Conseil de la mutuelle est réellement nécessaire.

Préparer le terrain

Accompagner intensivement

Le contrat passé, il faut encore préparer concrètement le démarrage des prestations mutualistes : tout mettre en place pour que la mutuelle puisse rembourser les soins de santé qu'elle s'est engagée à couvrir.

A cette étape, Georges et Marie sont encore très présents aux côtés des prestataires de soins et des mutualistes : une prise en charge de qualité des mutualistes doit être facilitée et les fraudes évitées :

- Les clauses du contrat seront connues de tous, mutualistes et prestataires ;
- Les prestataires disposeront des documents adéquats pour suivre et contrôler la consommation de soins et de médicaments;
- Les membres auront leur carnet en ordre.

Du côté des prestataires

Les promoteurs partent à la rencontre des prestataires de soins au niveau des Centres de Santé (et de l'hôpital, le cas échéant). Dans cette démarche, ils ont quatre objectifs:

- **Rappeler brièvement le concept et le fonctionnement de la mutuelle.**

  Parce que deux fois valent mieux qu'une et que certains ont certainement échappé aux formations et à leurs restitutions.

- **Présenter et distribuer les outils de prises en charge des mutualistes.**

  Tous les prestataires de soins des établissements conventionnés doivent être capables d'utiliser :

  - **La liste des bénéficiaires** : Elle permet au prestataire de s'assurer que le mutualiste est effectivement bénéficiaire de la prise en charge par la mutuelle pour l'exercice en cours. Y figurent le nom et le prénom de chaque bénéficiaire, l'âge, le sexe, le lien de parenté avec l'adhérent et le village de résidence. Pour chaque Centre de Santé la liste des bénéficiaires comporte deux parties : La première est consacrée à la liste des bénéficiaires issus des villages relevant de l'aire de responsabilité du Centre concerné ; la seconde partie reprend la liste entière des bénéficiaires de la zone mutualiste (y compris les villages listés dans la première partie). Ces listes sont actualisées chaque mois durant les mois de la période annuelle de paiements des cotisations.

  - **Les ordonnanciers à souche** : Sur ces ordonnanciers sont notifiés le code du bénéficiaire, son nom, les médicaments prescrits au mutualiste, leur quantité et leur coût, le coût total de la prescription, le ticket modérateur et le montant à payer par la mutuelle. Ces ordonnanciers sont à trois souches : une pour le mutualiste, une pour la mutuelle et une pour le Centre de Santé.

  - **Les facturiers** : ils comportent le nom du centre qui adresse la facture, la mutuelle à laquelle la facture est adressée, la période couverte, les codes des bénéficiaires, la nature des prestations, les montants payés par les bénéficiaires, les montant à payer par la mutuelle, les montants totaux des prestations et le montant total de la facture. Les factures sont établies à la fin de chaque mois et transmises à la mutuelle pour paiement.

  - **La fiche de référence** : remplie au Centre de Santé, elle mentionne le nom du centre référent, le District sanitaire, la date de la référence et le nom du bénéficiaire référé, le motif d'évacuation, les traitements et bilans effectués en pré transfert, le centre de référence et le nom de l'agent de santé référant.

  - **La fiche de contre référence** : Elle permet de retrouver les informations suivantes : le nom du bénéficiaire, le centre de référence, le diagnostic final, le traitement institué et les recommandations.

- **Présenter la procédure de prise en charge des mutualistes.**

  Quelle attitude pratique tenir devant un mutualiste : Comment s'assurer que c'est bien un mutualiste que l'on a devant soi ? Quel document remplir, à quel moment ?

- **Apaiser les dernières inquiétudes.**

  Le promoteur et son équipe s'assurent que chacun est prêt à recevoir les mutualistes.

  Ils abordent des questions qui leurs sont fréquemment posées dans d'autres Centres : On évacue une femme pour une césarienne et elle accouche finalement en voie basse ; quels montants faut-il régler et à qui ? Une femme accouche de nuit à l'hôpital car elle n'a trouvé personne de garde dans les maternités périphériques ; sera-t-elle remboursée ? Qu'en est-il de son ticket modérateur ?

  Il est parfois nécessaire de faire des modifications de la convention, sous forme d'avenant.

Du côté des mutualistes

Des réunions villageoises sont planifiées avec la population et les élus de la mutuelle. Ce sont les ultimes rassemblements avant le démarrage des prestations. Ces réunions précèdent de peu le démarrage pour éviter que les mutualistes ne se précipitent au centre de soins avant que celui-ci ne soit prêt à les accueillir.

Ces réunions ont un double objectif :

- **Distribuer les carnets mutualistes**

  L**e carnet est le sésame de la mutuelle** : il certifie au prestataire de soins que la personne peut être prise en charge en tant que mutualiste.

  Chaque noyau familial inscrit à la mutuelle en possède un. On y trouve les informations relatives au titulaire et aux personnes à charge (nom, prénom, date de naissance, lien de parenté,…). Particularité de notre expérience : les photos des membres du noyau y apparaissent. Pourquoi ?

  En l'absence de carte d'identité officielle qui atteste de la légitimité du détenteur du carnet, la photo réduit le risque d'un certain type de fraude. Elle donne aussi un aspect formel au carnet et aux yeux des villageois, une plus grande valeur.

  Mais elle est source de tracas car tous les mutualistes n'ont pas de photos d'eux-mêmes sous la main. Les animateurs de l'équipe promotrice sont formés à l'utilisation d'appareils photos numériques. Ils parcourent les villages pour prendre les clichés ; il y a toujours des mutualistes qui ne sont pas à la maison, des rendez-vous pris qui tombent à l'eau, etc. De retour au bureau, ils attribuent un nom à chaque visage photographié. Ils ont passé contrat avec un studio de la ville, pour imprimer les photos numériques à bas coût (à charge des mutualistes).

Commencer tôt. Georges conseille de tirer les portraits des mutualistes au moment où ils libèrent le montant de leur première cotisation ; tant qu'on les a sous la main. Commencer tôt à prendre les photos, permettra de gagner du temps au moment où il y aura une foule d'autres choses à faire pour préparer le démarrage des prestations.

Prendre le temps. Parfois, l'appareil photo est plus qu'un simple appareil. Il est chargé symboliquement, stimule l'imagination ou inquiète : c'est une machine capable de capturer l'âme, c'est un petit fusil, etc. Les photographes prennent le temps d'en discuter, de demander l'autorisation de prendre le cliché. Ils trouvent aussi des astuces pour que les enfants découvrent leur visage (par exemple : leur prêter leur téléphone mobile pour détourner leur attention; utiliser le zoom de leur appareil…)

- **Exposer les procédures de prises en charge**

  Les mutualistes vont apprendre ce qu'ils doivent faire pour être pris en charge en tant que mutualiste, au niveau du Centre de Santé ; à qui devront-ils s'adresser en cas de problème ; etc.

Au cours de la période de préparation, les élus et les promoteurs de la mutuelle animent des émissions de radio : ils répondent aux questions de la population et des mutualistes ; ils les informent au sujet :

- des procédures à suivre pour recevoir des soins en tant que mutualiste ;
- du jour du démarrage officiel des prestations ;
- des dates des réunions villageoises au cours desquelles les carnets mutualistes seront distribués ;
- etc.

Décrire le processus de prise en charge

La procédure suivante est décrite aux prestataires de soins et aux mutualistes pour qu'ils visualisent comment les choses se passeront :

Lorsque le mutualiste en ordre de cotisation se présente avec son carnet de membre dans un Centre de Santé conventionné, il rencontre :

- **La personne en charge du recouvrement des coûts**

  Cette personne vérifie dans la liste de bénéficiaire que c'est bien un mutualiste qui se présente à lui.

  Si oui, le mutualiste payera, par exemple, le tiers de la note.

  Si non,

  - Conformément à la convention, le Centre de Santé ne le prend pas en charge en tant que mutualiste : le patient paye la totalité du coût de ses soins. Il peut se retourner vers la mutuelle pour se faire rembourser s'il est effectivement en ordre de cotisation.
  - Parce qu'il le connaît en tant que mutualiste, l'agent accepte de le prendre en charge comme tel. Le Gérant de la mutuelle est averti que sa liste est obsolète.

- **Le prestataire de soins**

  Après avoir examiné le patient mutualiste, il retranscrit l'ordonnance dans le Carnet de Santé du patient (différent du Carnet mutualiste) et le renvoie vers la pharmacie et/ou le laboratoire.

- **Le pharmacien / Le laborantin**

  A la pharmacie, l'agent rempli l'ordonnancier à souche selon la prescription du prestataire : médicaments délivrés, quantité et coût, coût total, montant à payer par le bénéficiaire et part de la mutuelle. Le diagnostic est écrit à l'aide d'un code pour respecter la confidentialité de l'information. Les médicaments qui feraient défaut au niveau de la pharmacie de la structure de santé ne seront pas comptabilisés dans le coût total.

  L'ordonnance est produite en triple exemplaires:

  - un pour le mutualiste ;
  - un pour le gérant de la mutuelle ;
  - un pour le centre de santé.

  Le patient mutualiste paye directement sa part.

  Si le patient se rend au laboratoire, le mutualiste paye également la part correspondant à son ticket modérateur.

Ensuite que fait le mutualiste ?

- **Il retourne son exemplaire de l'ordonnance à la mutuelle.**

Pour lui éviter d'aller jusqu'au bureau de la mutuelle, une boîte est prévue à cet effet au centre de soins ou dans une des maisons du village. Parfois, les mutualistes gardent les souches et les présentent sur demande au gestionnaire de la mutuelle.

Ensuite, que fait la personne en charge du recouvrement des coûts dans la structure de santé?

- **Il prépare le récapitulatif des prestations**

Mensuellement, la facture des soins et des médicaments des mutualistes est adressée à la mutuelle. Il y joint un exemplaire des ordonnances.

Cette procédure est typique. Certains établissements de soins organisent à leur façon la prise en charge administrative des patients mutualistes : certains hôpitaux désignent, par exemple, une personne qui sera responsable de l'orientation et du suivi administratif d'un mutualiste tout au long de sa visite.

➔ Comment se passe la collaboration au quotidien ?

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

Le suivi des prestations

Tournée générale

Tous les mois, le Gérant de la mutuelle visite tous les Centres de Santé conventionnés. Il récolte personnellement les factures des soins offerts aux mutualistes pour :

- S'assurer que les justificatifs des soins sont joints à la facture ;
- Etre en contact direct avec les prestataires de soins, répondre à leurs questions ;
- Effectuer une première vérification et poser des questions en cas de doute ;
- Etc.

Analyser les factures

De retour au siège de la mutuelle, il met en parallèle les factures, les souches des Centres de Santé et celles des mutualistes. Il vérifie la correspondance, la part imputée aux mutualistes, celle de la mutuelle,… Il remplit les fiches de suivi des mutualistes (elles récapitulent l'ensemble des soins qu'ils ont reçu dans le cadre de la mutuelle).

Enquêter

Lorsque des éléments semblent suspects (par exemple : l'augmentation subite de la fréquentation d'un Centre de santé ou la consommation de soins d'un mutualiste en particulier), le Gérant demande de l'aide aux Elus, au Médecin Conseil ou en dernier recours, aux autorités sanitaires :

- Ils vérifient les attestations et les factures
- Ils partent à la rencontre des prestataires de soins pour éclaircir les choses
- Ils partent à la rencontre du mutualiste pour vérifier qu'il a bien été malade. Ils lui prodiguent des conseils de prévention des maladies (utilisation des moustiquaires, par exemple)

Abuser des visites. Les villageois aiment les visites inopinées de leurs élus mutualistes et des promoteurs. Ils se sentent soutenus et reconnus et payent plus volontiers leurs cotisations mutualistes !

Le Médecin conseil

Acteur clé

Le Médecin Conseil est un médecin qui défend les intérêts de la mutuelle et des mutualistes.

Ses connaissances médicales équilibrent les échanges entre les mutualistes – qui en sont relativement dépourvus - et les prestataires de soin. Ces derniers le choisissent en confiance.

Cette position d'entre deux peut être inconfortable : « d'un côté, tu es avec les prestataires de soins, avec qui tu as étudié et de l'autre, tu dois défendre les intérêts des mutualistes »

Rôles

Il intervient à différentes étapes de la vie de la mutuelle, spécialement dans les relations avec les prestataires de soins. Il arbitre les relations entre mutualistes et prestataires de soins : prépare les accords, veille à leur respect :

- Il intervient au moment de choisir les Centres de Santé avec lesquels passer une convention. Il connaît le circuit du patient dans la pyramide sanitaire et les soins que les différents Centres peuvent offrir.
- Il vérifie l'adéquation entre les prescriptions, les diagnostics et les coûts facturés aux mutuelles à partir des ordonnanciers à souches : par rapport aux diagnostics posés, les traitements sont-ils judicieux ? Respectent-ils les protocoles ? Est-ce que le coût moyen des prestations est acceptable ? Il cherche à contrôler une éventuelle tendance à la sur-prescription. Il assiste le Gérant de la mutuelle dans ses analyses.
- Il entretient des relations étroites avec les prestataires de soins. C'est à lui que les prestataires téléphonent s'ils ont des doutes sur la prise en charge de tel ou tel soin par la mutuelle, etc.
- Il arbitre les Cadres de concertation entre les prestataires et les mutualistes (voir pus bas).
- Il suit l'application des décisions prises au Cadre de Concertation. Il supervise la qualité des infrastructures, du personnel soignant, de l'hygiène dans les Centres de santé. Il veille à ce que la qualité des soins réponde aux attentes des mutualistes. Il collabore avec les autorités sanitaires. (voir plus bas)

Le Cadre de concertation

Espace de dialogue

Le Cadre de concertation est l'espace de dialogue institué par la signature de la convention de partenariat entre

- Les prestataires de soins, chefs des Centres de santé
- Des services hospitaliers, le cas échéant
- Les mutualistes, représentés par les Elus de la mutuelle, le Gérant, le Médecin Conseil
- Les autorités sanitaires (DPS, DRS,…)
- Les promoteurs du projet

Trois fois par an, Georges rassemble ces partenaires pour

- **Maintenir un bon climat**

  Les rencontres quotidiennes entre mutualistes et prestataires dans les Centres de Santé se passent souvent bien mais sont aussi des occasions d'incompréhensions, de frustrations ; au début des activités surtout. Le Cadre de concertation est là pour en parler, tenter d'expliquer ou de comprendre les attitudes des uns et des autres. Il évite que les conflits entre prestataires et mutualistes ne s'enveniment.

- **Evaluer le respect de la convention signée**

  C'est aussi l'occasion de présenter les performances des Centres de Santé dans le cadre de la mutuelle. Ont-ils respecté la convention qu'ils ont signée : soins pris

en charge, prescription rationnelle, facturation correcte dans les délais, etc. ?

- **Ajuster la collaboration**

  Le Cadre de concertation est un lieu d'intensification de la collaboration. Chacun 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 mutualistes 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.

- **Créer l'émulation**

  Le Cadre de concertation est un moment de retrouvailles entre les acteurs de la mutuelle. Il participe à la création et au maintien de la dynamique mutualiste. Il offre aussi aux prestataires un temps pour échanger des conseils, des idées d'organisation des prises en charge des patients. C'est avec un sentiment d'apaisement et une plus grande motivation que l'on ressort d'une réunion d'un Cadre de concertation.

Ne pas baisser les bras. Les emplois du temps des autorités sanitaires et des prestataires de soins sont chargés. La tentation de reporter, d'annuler la tenue d'un Cadre de concertation pour alléger les obligations est grande. Georges conseille pourtant de ne pas trop vite baisser les bras : prendre le temps de dialoguer est capital pour maintenir un bon partenariat.

Passer le flambeau. Georges et son équipe animent les premières réunions du Cadre de concertation. A terme, les mutualistes eux-mêmes animeront les discussions. Georges les inclus donc dès le début dans les préparatifs. Cela fait partie du transfert de tâches nécessaire à l'autonomisation des mutuelles.

Contenu des échanges

A partir des impressions de chacun, des analyses des factures et des prescriptions présentées par le Médecin Conseil, les participants dialoguent.

Dans notre expérience, ils expriment leur satisfaction vis-à-vis du système mutualiste : l'accès aux soins est plus aisé, la gestion financière des Centres de Santé est améliorée, etc. Ils parlent aussi de leurs difficultés, par exemple :

- **La mise en pratique des procédures mutualistes**
  - Les mutualistes se plaignent : ils ne sont pas pris en charge comme des mutualistes à leur arrivée ; on ne leur donne pas leur exemplaire de l'ordonnance qu'ils doivent rendre à la mutuelle ; les factures ne parviennent pas à temps ; etc.
  - Les prestataires donnent leur point de vue : les mutualistes oublient de dire qu'ils sont mutualistes ; les procédures sont neuves et demandent un temps d'adaptation ; avec les mutations de personnel, les prestataires formés aux procédures de prise en charge des affiliés sont remplacés, etc.
- **L'accueil et la personnalisation de la prise en charge**
  - **Les mutualiste décrivent :** Il n'y a personne quand on arrive au Centre de Santé ; on ne s'occupe pas de nous ; on nous ignore ; ect.
  - **Les prestataires admettent les faiblesses de leur accueil.** Ils dépeignent aussi le comportement de certains mutualistes : ils pensent avoir priorité sur les autres patients ; ils rouspètent si on leur refuse des médicaments non nécessaires ou non remboursés. Ils parlent aussi du manque de personnel et du système

de garde par astreinte pour expliquer les absences. « la gérante de la pharmacie faisait les accouchements et les consultations car l'infirmier est décédé il y a 2 mois. »

- **La disponibilité des médicaments**

Le problème de rupture de stock des médicaments génériques dans certains Centres de Santé est exposé par l'ensemble des acteurs. Celui relatif à la vente parallèle de médicaments aussi, par des récit parfois difficiles à comprendre, construits à coup de doubles sens : « les mutualistes arrivent, on leur dit que les médicaments de la mutuelle sont finis et qu'ils doivent tout payer alors comme ils sont analphabètes, ils ne savent pas que ce n'est pas vrai et que la mutuelle n'a jamais mis des produits juste pour les mutualistes ».

- **Le bien-fondé des prescriptions**

  - Au commencement des prestations mutualistes, certains prestataires testent la mutuelle, tentent de surfacturer, de sur-prescrire, etc. Ce sont les analyses des ordonnances qui peuvent le démontrer.
  - Les prestataires reconnaissent des excès dans certains cas mais expliquent aussi que les soins pris en charge sont délimités théoriquement. En pratique, on ne peut dire au gens : on vous soigne pour ça et pas pour ça parce que les deux sont intimement liés.

Les sources de ces difficultés sont multiples et peuvent concerner autant les prestataires que les mutualistes: mauvaise information, négligence, manque de moyen, non harmonisation des normes en matière de prescription, etc. Plusieurs problèmes sont aussi liés au jeune âge de la mutuelle.

Georges recadre et éclaircit les débats : chacun des acteurs présents doit comprendre sa part de responsabilité dans la situation problématique exposée et la remettre dans son contexte.

Ensemble, les participants cherchent des solutions à court et à moyen terme : formation, information, supervision, renforcement matériel, modification de la convention, etc.

Diplomatie. Georges lorsqu'il gère les débats est prudent : une attitude problématique chez un individu ne doit pas être généralisée à tout le groupe des mutualistes ou des prestataires. Aussi, le Cadre de concertation met face à face les prestataires de soins et les représentants des mutualistes. Un déséquilibre se crée : les prestataires sont mis en cause personnellement et les mutualistes anonymement. Georges veille à ce que le Cadre de concertation ne devienne pas un tribunal pour juger les prestataires de soins.

Les suite du Cadre de concertation

Dialoguer c'est important, exécuter les décisions prises l'est tout autant.

Un comité de suivi des recommandations est créé à cet effet. Il veille à ce que les prestataires, les autorités et la mutuelle respectent les engagements qu'ils ont pris au Cadre de concertation.

Le comité de suivi est formé de représentants de chaque partie présente. Georges et le Médecin Conseil de la mutuelle les épaulent.

Le renforcement

Définir des besoins

Les mutuelles et leurs promoteurs ont plusieurs sources d'informations pour repérer les besoins de renforcement aux différents niveaux : le suivi des prestations aux mutualistes, les rencontres avec le Médecin Conseil,

le Cadre de concertation, les sondages de satisfaction réalisés auprès des affiliés, etc.

Ces informations donnent naissance à des actions de renforcement de la qualité des services offerts aux mutualistes dans les Centres de santé conventionnés. Elles peuvent aussi avoir des conséquences plus larges sur l'organisation du système de santé.

Dans notre expérience, le renforcement passe, par exemple, par

- la formation complémentaire des prestataires de soins
- la supervision des Centres de Santé en collaboration avec les autorités sanitaires
- l'identification de financements pour l'équipement des Centres de santé

Former les prestataires de soins

- **Ordinogrammes**

  Les ordinogrammes sont des « arbres de décisions » pour le choix judicieux des traitements. Ils guident les prestataires dans leurs prises de décisions : Quelle est le diagnostic le plus probable à partir des symptômes que le patient décrit ? Qu'est ce que je lui prescris ? Ils visent à assurer une bonne corrélation entre les diagnostics et les traitements prescrits aux patients.

  La mutuelle désire que les prestataires de soins soient formés à l'utilisation des ordinogrammes pour avoir une base de travail commune et respectée.

  L'utilisation des ordinogrammes permet d'/de

  - éviter la sur-prescription par les prestataires (révélée par l'analyse des factures, des prescriptions, etc).
  - assurer une bonne prise en charge des patients
  - faciliter le contrôle des factures et des prescriptions
  - objectiver mieux et donc, améliorer les supervisions des soins donnés

  Les autorités sanitaires organisent une formation pour permettre aux prestataires de soins d'utiliser ces outils. Ils travaillent durant quatre jours à partir d'un module conçu au niveau du ministère de la santé.

- **Concept, outil et fonctionnement**

  Des prestataires de soins ont visiblement échappé à l'information mutualiste : ils ne savent pas ce qu'est la mutuelle ; ce qu'ils doivent faire lorsqu'un affilié arrive chez eux ; comment remplir une ordonnance à souche ; etc.

  Les mutations du personnel, l'absence aux formations/restitutions ou défaut de jugement sur l'acquisition des compétences peuvent l'expliquer.

  Pour tenter d'y remédier, Georges réédite des formations mutualistes de base. Le Médecin Conseil aborde aussi les thématiques lors de ses visites aux Centres de Santé. Ces suivis personnalisés du personnel sont efficaces.

A mettre dans la balance. Les formations de groupe sont attrayantes par le rendement potentiel qu'elles représentent : beaucoup de gens formés en relativement peu de temps. Mais ces formations en salle ont aussi leur côté un peu artificiel. Le suivi personnalisé, plus couteux en déplacements, se révèle aussi très efficace. Pour conjuguer approche collective et individuelle, Georges conseille de développer des actions de suivis individuels après les sessions de formation en groupe.

Superviser avec les autorités

Le médecin conseil de la mutuelle supervise le travail des prestataires de soins, dans le cadre de la convention passée avec la mutuelle.

Il désire leur offrir un suivi technique et personnalisé à partir des besoins qu'ils identifient au cours de ses travaux préparatoires à ses tournées :

- Le contrôle de l'adéquation des prestations avec la maladie du patient
- Les travaux du Cadre de concertation

Pour accomplir cette tâche, il cherche encore une fois, la collaboration des autorités sanitaires de la zone mutualiste.

L'idée est de coupler leur supervision (La qualité des infrastructures, du personnel soignant, de l'hygiène dans les Centres de santé) et celles de la mutuelle ; d'y introduire la collecte de données sur les activités mutualistes : la restitution des formations reçues, leur application, le suivi de la contractualisation (qualité des soins, prise en charge des mutualistes, etc.), le suivi du cadre de concertation, etc.

Le Médecin conseil veut collaborer avec les autorités sanitaires car il veut

- **Donner du poids au message mutualiste**

  L'initiative mutualiste est saluée par les prestataires de soins. Cependant, ils ont peu de moyen et beaucoup d'autres choses à faire. Les tâches liées à la mutuelle ne sont pas inscrites à leur cahier des charges et, outre la persuasion, il n'existe pas de mécanismes correcteurs en cas de défaillance contractuelle. La faible concurrence et le faible poids de la demande mutualiste n'offrent pas de grands leviers aux mutuelles, du moins dans les premières années de leur vie.

  Si les autorités sanitaires veillent donc aussi à ce que les prestataires respectent leurs engagements, c'est un plus pour que la qualité des prestations reste un souci pour les prestataires de soins.

- **Mandater les autorités sanitaires locales**

  Les autorités sanitaires locales mèneront plus facilement des supervisions conjointes avec la mutuelle si les autorités nationales mettent cela à l'agenda en donnent les moyens.

- **Pérenniser l'initiative au niveau national**

  En collaborant étroitement avec la mutuelle, l'Etat reconnaît les bienfaits de la mutuelle pour la population et les Centres de santé : meilleure gestion, plus transparente, rentrées financières plus régulières, etc. Engagé dans le processus mutuelliste, l'Etat pérennise l'initiative au niveau national ; les énergies à y consacrer se répartissent progressivement mieux entre les acteurs.

Depuis la naissance de la mutuelle, le travail d'information et d'implication des autorités locales et nationales dans le projet mutualiste est important. Il est de longue haleine, formel et informel mais extrêmement précieux pour la mutuelle.

➔ Conclusions

Rappet des contraintes

- Le système mutualiste est neuf, dans un environnement de solidarité volontaire
- Hiérarchies et cloisonnements
- Les prestataires confrontés à leurs conditions de travail

Comme chacun le sait, la relation avec les prestataires de soins est primordiale. En 2003, lors de la création des premières mutuelles par Louvain Développement, le concept mutualiste était peu connu et les prestataires de soins n'échappaient pas à la règle. Une méfiance mêlée d'incompréhension avec parfois, la recherche du profit immédiat (sur-prescription) pesaient sur les relations. Les problèmes liés à la motivation, le manque de mesures incitatives pour un travail bien fait posent aussi beaucoup de débats dans le système public. En outre, les prestataires dans les centres de santé répondent à une hiérarchie, elle aussi, peu au fait du concept mutualiste et ses implications.

Ainsi, une action simultanée sur les mutuelles de santé, les prestataires de soins et leurs autorités (du niveau intermédiaire au niveau central) pourrait aboutir à une meilleure intégration des activités liées à la mutuelle dans le travail des prestataires et le suivi des autorités. Actuellement, les travaux liés aux mutuelles de santé sont considérés comme « exogènes ». Les prestataires de soins demandent une « motivation » pour ce travail « supplémentaire ». De plus, leur prime est bien souvent liée au pourcentage de la vente des médicaments ce qui les amène à surprescrire sachant que le mutualiste est solvable. Ceci porte préjudice aux malades dans la mesure où un ticket modérateur est de vigueur. Dans des cas extrêmes, et pour un même service, on voit des mutualistes payer un ticket modérateur aussi élevé qu'un non-mutualiste payant le prix plein.

Une volonté politique conjuguée à un appui visant à améliorer les pratiques, la gestion et le suivi permettrait d'éviter ce genre de situation et favoriserait l'accès aux soins à la majorité de la population.

Bien que des cadres de concertation soient créés et que des conventions liant les prestataires et les mutuelles améliorent cette situation, certaines problématiques propres au système de santé demeurent, comme la stabilité du personnel, la bonne gestion... Les cadres de concertation, au-delà des bénéfices directs qu'ils apportent (lever les incompréhensions, apporter des solutions concertées aux problèmes posés, créer une émulation entre les prestataires de soins…) constituent de véritables lieux où les représentants des mutuelles apprennent le plaidoyer. On constate des avancées ayant un impact direct sur la qualité des soins dans les formations sanitaires qui participent à un cadre de concertation avec des représentants de mutuelles de santé. Ceci n'est pas négligeable dans un contexte hiérarchisé où les populations ont bien souvent une attitude « effacée » face à des prestataires répondant d'un niveau d'instruction beaucoup plus élevé.

Le transfert des compétences aux mutualistes et au personnel sanitaire pour l'animation du cadre de concertation représente une difficulté à surmonter. Dans l'idéal, l'organisation et l'animation devraient être le fruit d'un travail conjoint de l'offre (les prestataires) et de la demande (les mutualistes). Comme mentionné dans ce thème, le promoteur assure ce rôle au début. Peu à peu, certaines activités peuvent être reprises par les mutualistes. Cependant, certaines considérations techniques nécessitent la présence du médecin-conseil (dont le salaire ne peut être supporté par une seule mutuelle). De plus, les prestataires ont du mal à prendre une part active dans l'organisation des réunions (déterminer l'ordre du jour, envoyer les invitations..). Ils y participent, à l'initiative, des mutuelles. L'orientation serait d'octroyer l'organisation, la coordination et l'animation de ces réunions à une union des mutuelles (qui rassemblera un pool de compétences plus pointues au service des mutuelles membres).

➔ Environnement institutionnel et social

Introduction

Depuis 2003, le Bénin et le Togo ont connus de nombreuses avancées dans le domaine de l'assurance maladie en particulier de la mutualité :

- Les deux pays disposent d'un cadre national de concertation où se retrouvent les promoteurs des mutuelles. Le Ministère en charge de la mutualité y trouve un interlocuteur.
- Le Bénin s'est doté d'une stratégie nationale pour le développement des mutuelles de santé. Actuellement, les travaux sur l'assurance universelle sont bien avancés.
- Le Togo a identifié un ministère de tutelle, il s'agit du Ministère du Travail
- Les deux pays sont entrés dans le processus d'élaboration d'une loi-cadre, régissant les mutuelles de santé ayant été adoptée en novembre 2009. Cette loi a été rédigée avec la participation de la société civile et notamment la participation des membres du cadre national de concertation. Elle concerne tous les pays de l'UEMOA.
- Avec l'appui du BIT/STEP, le Bénin est en train de promouvoir l'assurance maladie universelle tandis que le Togo entreprend les démarches pour créer une mutuelle des fonctionnaires. À terme, cette mutuelle devrait s'ouvrir au système informel et créer une solidarité entre les deux secteurs.

D'où venons-nous ?

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. Laissées 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 protec-

tion 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 ?

- **1. L'approche mutuelliste**

  Dans les pays où nous développons l'approche (au Bénin et au Togo), la mutualité commence à être connue. Les gouvernements prennent conscience de la place centrale des mutuelles de santé dans leur système de protection sociale. Au niveau des structures déconcentrées de l'État et des associations, l'information sur les mutuelles de santé circule intensément. En 2003, au Bénin, le mouvement mutualiste se résumait aux seules expériences conduites par une association française (le CIDR) et la plateforme PROMUSAF. En dehors de ces initiatives, le concept mutualiste était très peu connu. Il y a six ou sept ans, la masse critique des personnes expérimentées en matière de mutuelles de santé dans ces pays était donc très réduite. A l'époque, les nouvelles initiatives de mutuelles étaient l'œuvre de pionniers ! Aujourd'hui, la situation a rapidement changé et les compétences internes des pays se sont développées.

- **2. Les mutuelles comme organisations de la société civile**

  Bien que reconnues, les organisations mutualistes sont encore aujourd'hui peu nombreuses. En nombre d'adhérents, elles sont de petite taille par rapport à la population générale d'une Préfecture, d'un District, d'un Département, d'une Province, d'une Région, … Parmi les organisations de la société civile, les mutuelles sont donc aujourd'hui en position encore assez faible pour faire connaître leurs attentes, leurs réalités et apporter leur point de vue lors de prises de décisions importantes concernant l'allocation des ressources ou l'organisation des services sanitaires et sociaux.

- **3. Les conditions de vie des mutuellistes marquent les développements possibles**

  Par choix, nous travaillons dans des régions dans lesquelles les gens sont forts vulnérables, là où le partage des risques de maladie au sein d'une mutuelle a tout son sens. Il s'agit le plus souvent de milieux ruraux. La mutuelle y apporte une forme de protection sociale, mais la survenue des maladies reste une réalité. L'accès aux soins est facilité par la mutuelle, mais l'agriculteur et sa famille tombent toujours aussi souvent malades.

  Les journées de travail perdues, les préoccupations d'un père ou d'une mère en cas de maladie dans la famille restent bien là, même si la mutuelle en soulage la prise en charge.

  Dans les familles, l'énergie à consacrer aux activités de la mutuelle et à son financement (les cotisations) doit trouver sa place parmi les difficultés quotidiennes, et dans certains cas, parmi les débrouilles auxquelles elles sont poussées par la précarité.

- 4**. Le financement des soins de santé**

  La protection sociale reste en grande partie l'apanage de l'État. Bien que la branche maladie invalidité représente souvent une priorité pour ceux-ci, les États doivent faire face à des défis financiers majeurs. Les ressources allouées à la santé sont toujours en deçà des besoins. Dans ces environnements financiers difficiles, les ressources additionnelles à consacrer au développement des mutuelles doivent venir de sources qui leurs sont propres.

- **5. Un cadre institutionnel en construction**

  Le mouvement mutualiste se développe, mais les initiatives restent encore trop peu nombreuses et le nombre d'affiliés (même s'il croît) ne représente pas encore une masse critique importante. C'est pourquoi, jusqu'il y a peu il n'existait pas de stratégie

nationale ni de plans d'actions pour le développement des mutuelles de santé comme base sociétale de systèmes de protection sociale.

En 2003, lorsque nous avons commencé à développer les mutuelles de santé, l'attribution d'un Ministère de tutelle n'était pas à l'agenda. On pouvait y voir une sorte de cercle vicieux : un cadre institutionnel rassemblant les expériences était nécessaire et l'expérience des mutuelles dans les pays était naissante !

Le besoin de cadre institutionnel tourne essentiellement autour de la régulation des processus de développement des mutuelles de santé. L'approche communautaire pour le partage de risques implique une méthodologie précise parce que cette approche relève à la fois de l'autopromotion et de l'autogestion, qu'elle fait recours à des cotisations, à une gestion exigeante et à une interaction dynamique avec les services de santé.

Sans cadre institutionnel – législatif – le développement des mutuelles de santé ouvre la porte à des dérapages préjudiciables à l'avenir d'un mouvement mutualiste conséquent :

- Des pratiques peu harmonisées, parfois peu éthiques, qui, sous la dénomination « mutuelle de santé », discréditent le mouvement. Chaque acteur peut mettre en place des mutuelles de santé en utilisant des méthodologies qui lui sont propres. Faites à l'à-va-vite ou selon des modèles proches de ceux de l'assurance privée, certaines initiatives s'éloignent de l'esprit mutualiste ou sont tout simplement inadaptées aux contextes ;

- Les mutuelles, régies par la législation des associations à but non lucratif (« loi de 1901 »), peuvent tendre vers des associations caritatives, à distance de l'action collective durable et de la solidarité construite entre les membres ;

- Les mutuelles peuvent se retrouver et échanger sur leurs pratiques, mais ces regroupements s'essoufflent. Les regroupements structurés sous forme de fédération(s) qui permettraient une unité d'action et des économies d'échelle ont du mal à voir le jour. Ainsi isolées, les mutuelles se privent d'une coordination active avec les autres acteurs de la société civile, les ministères concernés, les services déconcentrés de l'Etat et les organisations internationales.

Dès lors, comment s'y prendre ?

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.

Raconte moi ta mutuelle

Très concrètement, l'action est possible à quatre niveaux :

- Le partenariat avec les organisations locales
- Les mutuelles au sein de programmes de développement globaux
- La participation active aux cadres de concertation, aux rencontres et aux échanges au niveau local, national et international
- Les synergies avec les institutions locales et internationales

➔ Le partenariat avec les organisations locales

La collecte des cotisations en espèce est un temps fort dans l'his-
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.

LD apporte son savoir-faire en matière de mutuelles de santé. Si l'initiative s'inscrit dans un projet de développement, LD instruit les dossiers destinés aux institutions de coopération internationale et endosse la responsabilité du suivi technique et budgétaire de l'action. Cette responsabilité (de respondere en latin, c'est-à-dire, répondre de … à …) implique aussi la finalisation des rapports sur les actions entreprises.

Les ONG et associations locales apportent également leur savoir-faire pour le développement de (la) mutuelle(s). Les ONG et associations qui ont une expérience approfondie des mutuelles de santé créent d'autres partenariats locaux ou régionaux et sont des acteurs compétents et essentiels dans leur pays et en international.

Les ONG et associations locales – qu'elles aient une expérience solide des mutuelles ou qu'elles soient entrain de l'acquérir – apportent dans le partenariat leur connaissance du milieu, du terrain. Les responsables, les membres et les travailleurs de ces organisations

- connaissent les gens, leurs habitudes, la société qui est aussi la leur, la culture;
- décèlent et comprennent les enjeux, souvent implicites, qui entrent en jeux lors des différentes étapes du développement d'une mutuelle de santé. Ils prennent le temps de comprendre les non dits ou les jalousies, de repérer les « acteurs de l'ombre », de laisser venir …
- ont la confiance de la population et des autorités ; quand ils leur parlent d'appropriation ou « d'empowerment » (à traduire en langue locale … !), les gens sont prêts à croire que c'est dans cette optique-là qu'ils sont là.

L'appui de Louvain Coopération au Développement s'inscrit dans une démarche de coaching visant l'autonomisation des structures d'économie solidaire nées des projets (les mutuelles de santé). Ce processus se déroule selon trois axes :

- l'organisation de formations sur les approches et les contenus du développement des mutuelles;
- l'accompagnement régulier des partenaires en matière de gestion de cycle de projet, le cas échéant;
- l'appui-conseil aux partenaires;
- l'aménagement d'espaces de discussions avec les partenaires.

En quelques années, la masse critique de personnes expérimentées et compétentes en matière de mutuelles de santé s'est accrue considérablement. L'expertise présente au Bénin et au Togo rend possible aujourd'hui l'émergence d'un mouvement mutuelliste. Les responsables et les travailleurs des ONG et associations qui ont participé avec nous aux développements de mutuelles sont aujourd'hui les personnes qui apportent les appuis techniques à d'autres mutuelles qui se mettent en place, de leurs premiers pas (l'étude de faisabilité) à leur ouverture et à leur suivi.

➔ Les mutuelles au sein de programmes de développement globaux

Le promoteur d'une mutuelle de santé est rapidement confronté aux contraintes socio-économiques du milieu dans lequel il agit :

- Les familles ne confient pas d'emblée la part de leurs maigres revenus nécessaire à la mutuelle;
- La délivrance des soins de santé ne répond pas toujours aux attentes des gens,
- L'énergie associative que demande la mutuelle au quotidien pour les familles est importante;
- Le fonctionnement et de la gestion de la mutuelle font appel à des compétences peu habituelles pour les membres;
- Les maladies surviennent « quand même », malgré l'investissement important des adhérents.

Une manière d'affronter ces 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

Le comité de pilotage Nord

LD est une ONG belge et en Belgique les mutuelles de santé occupent une place déterminante dans le système de santé. Elle résulte d'une histoire de luttes sociales qui a débuté à la fin du 19ème siècle. Pourquoi ne pas partager cette expérience avec les pays du Sud ? Ceci non dans le but de répliquer nos modèles, mais simplement d'expliciter comment nous en sommes arrivés là, compte-tenu de notre contexte politique et social.

Le « comité de pilotage Nord » des initiatives

mutuellistes de LD alimente nos réflexions avec des professionnels du secteur. Ils donnent un avis technique sur l'évolution des actions de LD. Ce comité rassemble des membres des organisations suivantes :

- La fondation Raiffeisen, émergence du système coopératif en Belgique dans le domaine de la banque et de l'assurance,
- La branche assurances de la banque KBC,
- L'Union des Mutualités Libres de Belgique, fédération de sept mutuelles belges totalisant près de deux millions de membres,
- L'Institut de Médecine Tropicale (IMT) d'Anvers, étudiant et appuyant des initiatives mutualistes depuis de nombreuses années. L'IMT est notamment organisateur du colloque international de Nouatchott (2004) et auteur de l'ouvrage : la mise en réseau des mutuelles de santé en Afrique.
- Le département d'Economie Sociale de l'Université Catholique de Louvain,
- Le Conseil d'Administration de LD.

Le comité de pilotage Sud

Ce comité rassemble les acteurs des mutuelles de santé qui œuvrent avec LD au Togo et au Bénin. Il a pour but de :

- s'adresser au comité de pilotage Nord, pour diversifier les éclairages ou demander des avis ;
- formaliser le travail en commun avec les partenaires et partager les expériences ;
- favoriser les échanges de compétences entre les partenaires ;
- mettre les énergies en commun pour les actions d'envergure multirégionale ou nationale.

Cadres de concertation

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 mutuelliste à l'élaboration de la stratégie nationale de promotion du mouvement,
- La participation des acteurs du mouvement mutuelliste 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 mutualistes 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 mutuelliste 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 mutuelliste, 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'Epargne et de Crédit au Nord Togo, dans la Région des Savanes).

➔ Conclusions

Chaque institution à son histoire et son système de valeurs. Pourtant, la notion de partenariat implique de travailler ensemble et d'être tournés vers un objectif commun.

Ainsi, un partenariat équilibré sous-tend donc le partage de certaines valeurs. Au démarrage d'un projet, nous organisons un atelier au cours duquel les institutions concernées par sa mise en œuvre débattent sur la notion du partenariat. L'atelier jette les bases du travail en commun, définit les attentes des différentes parties et appelle à un consensus sur les approches méthodologiques et les processus à mettre en œuvre.

L'identification de partenaires n'est pas une chose facile. Certaines associations se montrent opportunistes, davantage préoccupées par leur survie ou leur visibilité que par le bien-être des populations. D'autres embrassent un grand nombre de secteurs d'activités ce qui freine leur professionnalisation. Louvain coopération au Développement a donc développé sa propre méthodologie pour apprendre à mieux connaître les acteurs locaux et aider à identifier ceux avec lesquels un partenariat peut se construire.

➔ Le point sur les questions actuelles de recherche dans le domaine des mutuelles de santé en Afrique

Introduction

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 à 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.**

Cette Unité s'attache à documenter les expériences des mutuelles de santé sur la base des questions de recherche actuelles. C'est ce questionnement qui est partagé ici car il contribue à donner un cadre aux actions de terrain.

Objectifs du chapitre

1. Situer les actions de mise en œuvre des mutuelles de santé dans les questions sur le contexte politique et social

2. Aborder les questions de recherche auxquelles les acteurs de la mise en place des mutuelles de santé sont invités à participer

3. Préciser les questions de recherche actuelles sur les résultats

A la lecture de ce chapitre, les promoteurs de mutuelles de santé sur le terrain appréhenderont mieux les questions de recherche :

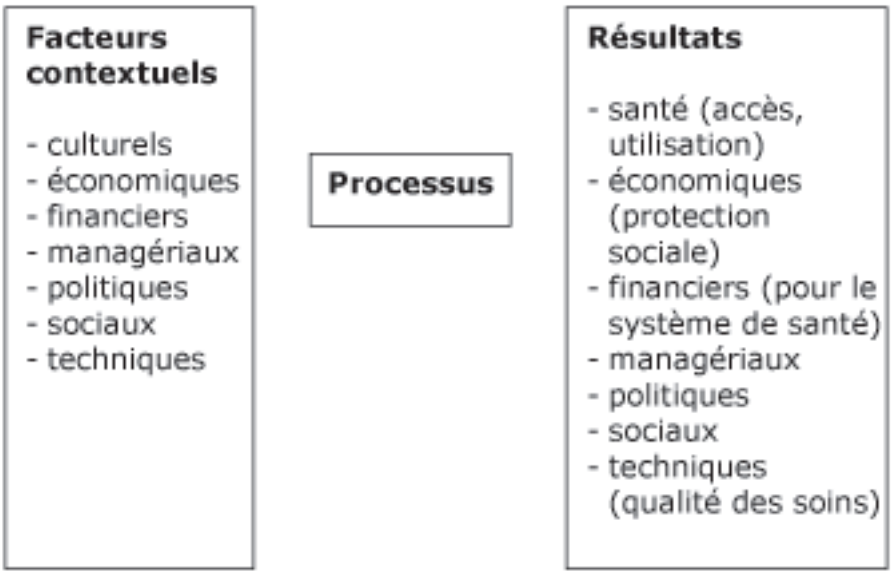
- ils sauront qu'elles sont présentes
- ils seront invités à contribuer aux recherches
- ils situeront mieux les « zones d'ombre » de la thématique

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 :

(1) Les facteurs contextuels, (2) le processus de mise en place des mutuelles et (3) les résultats.



➔ Le point sur les questions actuelles de recherche dans le domaine des mutuelles de santé en Afrique

Développer ensemble tous les facteurs de succès

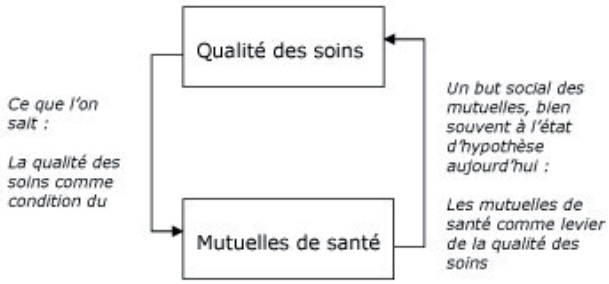
Les facteurs de succès les plus importants sont ceux qui influencent l'adhésion aux mutuelles de santé. Les déterminants de l'adhésion sont :

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) faib3les 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 augmenta-

tions d'utilisation concernent les prestations du 1ier 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 –càd 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.