

L'avenir des mutuelles de santé au Bénin et Togo

Comment optimiser l'utilisation des données des mutuelles ?
Comment convaincre la population de devenir membre et de le rester ?



Une publication des Mutualités Libres, en collaboration avec Louvain Coopération
Rue Saint-Hubert, 19 - 1150 Bruxelles
T 02 778 92 11 - F 02 778 94 04
commu@mloz.be

—
Cette étude a été réalisée avec le soutien financier de la Coopération belge au Développement dans le cadre du programme MASMUT, exécuté par les Mutualités Libres, ANMC, UNMS, Louvain Coopération, Wereldsolidariteit/Solidarité Mondiale et Solsoc.

Rédaction > Murielle Lona et Wouter Gelade
Coordination > Lies Dobbelaere et Christian Horemans
Layout > Leen Verstraete
Photos > Patchwork/Etnik, photo p.50: Johan Stockmann



Table des matières

Introduction	5
Remerciements	7
Executive summary	8
PARTIE 1 : CONTEXTE	11
1. Objectifs de l'étude	11
1.1 Introduction	11
1.2 Motivation	11
1.3 L'étude Togo-Bénin	13
2. Les mutuelles au Togo et au Bénin	14
2.1 Historique des mutuelles de santé	14
2.2 Fonctionnement des mutuelles	17
PARTIE 2 : GESTION DES DONNEES	19
3. Aperçu des données disponibles	19
3.1 Liste des bénéficiaires	19
3.2 Suivi du paiement des cotisations	20
3.3 Suivi des prestations par centre	20
3.4 Tableau de bord	20
3.5 Outil de gestion	21
4. Analyse des données disponibles	22
4.1 Introduction	22
4.2 Profil des membres des mutuelles	22
4.3 Prestations remboursées	26
4.4. Exploitation des données individuelles	29
5. Recommandations	33
5.1 Gestion et exploitation des données	33
5.2 Fonctionnement des mutuelles	36
5.3 Collaboration et coordination	38
PARTIE 3 : RENOUVELLEMENT DE L’AFFILIATION	41
6. Introduction	41
7. Etude de la littérature	42
7.1 Accessibilité financière	42
7.2 Compréhension de l'assurance	42
7.3 Confiance	43
7.4 Fréquence de paiement	43
7.5 Qualité des services	44
7.6 Formalités lors de l'affiliation	44
7.7 Moment du paiement de la cotisation	45
7.8 Conclusion	45
7.9 Références	45
8. Renouvellement de l'affiliation dans l'Atacora au Bénin	47
8.1 Introduction	47
8.2 Données	47
8.3 Résultats	52
8.4 Discussion	62
8.5 Recommandations	64
Conclusion	69
Annexe 1 Tableau de bord	70
Annexe 2 Analyse complémentaire	71

Introduction

L'accès à des soins de santé abordables et de qualité est un droit de base, tant au Nord qu'au Sud. Cette affirmation semble une évidence, mais c'est un véritable défi de la traduire dans la réalité. De nombreux pays africains s'attèlent aujourd'hui à la protection sociale de leurs citoyens ainsi qu'au développement d'une couverture santé universelle (CSU) au sein de laquelle les mutuelles africaines ont un rôle-clé à jouer. Les huit pays de l'Union Economique et Monétaire de l'Afrique de l'Ouest (UEMOA) ont ainsi décidé de mettre en place une réglementation particulière pour l'encadrement des mutuelles.

Les Mutualités Libres et Louvain Coopération sont absolument convaincues que les mutuelles africaines ont un bel avenir devant elles. Non seulement car elles permettent de garantir l'accès à des soins abordables, mais aussi parce qu'elles offrent aux citoyens l'opportunité de participer de façon démocratique à la construction de cette protection sociale. Plusieurs acteurs belges, dont les Mutualités Libres et Louvain Coopération, ont réuni leurs forces dans le Programme MASMUT afin de donner toutes ses chances au mouvement mutualiste. Grâce au soutien financier de la Coopération Belge au Développement, le Programme MASMUT apporte un support au mouvement mutualiste dans différents pays africains. L'analyse du fonctionnement des mutuelles africaines et des défis auxquels elles sont confrontées est d'ailleurs l'un des objectifs de ce Programme.

Ces défis sont en effet immenses pour nombre d'entre elles, notamment pour les mutuelles du Bénin et du Togo, telles qu'elles existent aujourd'hui. Avec cette étude, nous voulons contribuer à la poursuite de la professionnalisation des mutuelles africaines. Notre analyse s'est focalisée sur deux domaines :

- > Les données des mutuelles : de quelles données les mutuelles disposent-elles actuellement ? Que disent ces informations sur le profil des membres ? Que doivent faire les mutuelles pour gérer plus efficacement ces données ?
- > Les raisons pour lesquelles les membres restent affiliés ou non à la mutuelle : pourquoi certains se désaffilient-ils ? Quelles mesures les mutuelles peuvent-elles mettre en œuvre dans leur communication et la couverture qu'elles proposent pour endiguer ce phénomène ?

Un grand merci à toutes les personnes, au Nord et au Sud, qui ont travaillé à cette étude. Elles sont nombreuses et c'est grâce à leur engagement que cette étude a pu être réalisée. Nous espérons que les pistes et recommandations formulées ici pourront apporter une valeur ajoutée aux activités de nos partenaires mutualistes en Afrique. Ils pourront dans tous les cas compter à l'avenir sur le soutien permanent des Mutualités Libres et de Louvain Coopération.



Félix Vanderstricht et Xavier Brenez

Xavier Brenez,
Directeur Général
de l'Union Nationale des Mutualités Libres

Félix Vanderstricht,
Directeur de Louvain Coopération

Remerciements

Les Mutualités Libres souhaitent remercier chaleureusement les nombreuses personnes qui ont permis la réalisation de cette étude.

Avant toute chose, nous remercions Brice Titipo, Ernest N'Boma et Patrick Vanderhulst, collaborateurs de Louvain Coopération, pour leur soutien sur le terrain ainsi que pour leurs suggestions et contributions proactives.

Marnick Vanlee, étudiant à la KULeuven, a séjourné pendant six semaines au Bénin pour examiner de plus près le problème de la non-prolongation des affiliations, en collaboration avec «son» équipe, composée de Baké Sanwekoua, Awaou Kombieni et Pascal Yokossi. Merci à tous pour leur implication et leur enthousiasme.

Cette étude n'aurait jamais pu voir le jour sans la collaboration des mutuelles au Bénin et au Togo. Nous les remercions de tout cœur, en particulier les mutuelles de Cobly, N'Dahonta et Matéri, ainsi que leurs membres, pour leur disponibilité et leur enthousiasme à aider et accompagner Marnick et son équipe sur le terrain.

Une partie importante de l'étude repose sur les interviews réalisées dans l'Atacora (Bénin) au sujet du fonctionnement, de la valeur ajoutée et de l'avenir des mutuelles au Bénin. Nous remercions vivement les personnes suivantes pour leur disponibilité et leur collaboration :

- > Les équipes du management des mutuelles de santé de Cobly, N'Dahonta, Matéri
- > Les animateurs des mutuelles : Gnammi Bio Benoît (N'Dahonta), Kona Mématon (N'Dahonta), Toumoudagou M'Poli Emmanuel (Cobly), Issifou Moustafa Yambogo (Cobly), Gnammi Sabi (Matéri), Gnammi Kouétcha Karim (Matéri)
- > Kaukley Landry, coordonnateur de la zone sanitaire de Tanguiéta-Cobly-Matéri
- > Boulga Paul Ruffin, major au centre de santé de Tantéga Matéri
- > Kiki, sage-femme au centre de santé de Tantéga Matéri
- > Issifou Soumouratou, major au centre de santé de Cobly
- > Sinmegui Azaratou, major au centre de santé de Kountori
- > Yame Rute Rafiatou, sage-femme au centre de Kountori
- > Aglin Alain, major au centre de santé de Taïacou N'Dahonta
- > Kouaro Vintorine, sage-femme au centre de santé de Taïacou N'Dahonta
- > Adamou Etiè, pharmacien au centre de santé de Dassari Matéri
- > Clémence, sage-femme au centre de Dassari Matéri
- > Tagali Clodile, infirmière au centre de santé de N'Dahonta
- > Namboni Boni Bétani, infirmier au centre de santé de N'Dahonta
- > Dr Kouma Diombo, chef de médecine générale à l'Hôpital Saint-Jean de Dieu et médecin-conseil des mutuelles de santé promues par Louvain Coopération dans l'Atacora au Bénin
- > Dr Bakpatina Jean-Claude, médecin-conseil des mutuelles de santé promues par Louvain Coopération dans la Région des Savanes du Togo
- > Dr Arlos, médecin-conseil des mutuelles de santé promues par Louvain Coopération dans le Département du Mono au Bénin
- > Gnammi Patrice, comptable à l'Hôpital Saint-Jean de Dieu
- > Houedohoude Arsène, médecin généraliste, Adjoint au Chef de pavillon Pédiatrie à l'Hôpital Saint Jean de Dieu

Nous souhaitons remercier chaleureusement le professeur Yvette Doubongan Onibon de l'Université de Parakou pour ses suggestions et sa perspicacité, ainsi que pour la relecture de cette étude.

Nous souhaitons aussi remercier particulièrement la Coopération belge au Développement pour l'appui financier du Programme MASMUT qui a permis la réalisation de cette étude.

Enfin, un tout grand merci à tous les collaborateurs de l'Union Nationale des Mutualités Libres et de Louvain Coopération qui ont participé de près ou de loin à ce projet.

Executive summary

La couverture santé universelle figure aujourd'hui à l'ordre du jour de plusieurs pays africains, ce qui représente un véritable challenge. Dans ces pays, les mutuelles peuvent apporter leur aide afin de garantir l'accessibilité, pour tous, à des soins de santé de qualité et financièrement abordables. Ayant été créées récemment, elles ne touchent, pour le moment, qu'une faible frange de la population.

Avec cette étude sur les mutuelles au Togo et au Bénin, les Mutualités Libres et Louvain Coopération souhaitent contribuer à la croissance et à la professionnalisation des mutuelles africaines qui sont confrontées à de nombreux défis.

Cette étude se concentre sur deux d'entre eux :

- 1) Les données dont disposent les mutuelles : quelles sont les données collectées et comment les gérer plus efficacement ?
- 2) La fidélisation des membres : comment les mutuelles peuvent-elles persuader leurs membres de ne pas se désaffilier et de renouveler leur affiliation chaque année?

Pour répondre au premier défi, nous avons fait un inventaire des données collectées, nous les avons analysées et nous avons ensuite formulé des recommandations.

Les mutuelles africaines collectent déjà une grande quantité de données sur leurs membres et sur les remboursements auxquels ils ont droit. Ces données, en partie digitalisées, sont utilisées pour construire des indicateurs qui permettent de suivre la situation financière des mutuelles.

Cette étude décrit d'une part, le profil des membres des mutuelles togolaises et béninoises et d'autre part, elle établit le lien avec les remboursements relatifs à la consommation de soins de santé. Ainsi, nous avons constaté que les membres des mutuelles ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population : par exemple, les femmes s'inscrivent plus rapidement à la mutuelle lorsqu'elles sont en âge de procréer. Cette observation n'est pas surprenante. En effet, ce sont les groupes bénéficiant des remboursements les plus élevés qui auront tendance à s'affilier à la mutuelle.

Différentes recommandations ont été énoncées sur la gestion des données, le fonctionnement des mutuelles et la coordination avec les autres acteurs. Elles sont reprises en détails dans cette recherche. En voici les principales :

- > utiliser un seul outil de gestion pour tous les processus de gestion de données dans la mutuelle,
- > utiliser l'outil de gestion comme moyen de suivi efficace de la situation de la mutuelle,
- > enregistrer de manière détaillée les motifs de consultation,
- > attirer une partie plus représentative de la population, y compris les groupes avec de faibles frais de soins de santé,
- > renforcer la collaboration entre les mutuelles grâce à des unions de mutuelles.

Le second volet de l'étude porte sur les raisons pour lesquelles les membres restent ou non affiliés. Comme dans d'autres pays d'Afrique, les mutuelles du Togo et du Bénin éprouvent de grandes difficultés à convaincre leurs membres de prolonger leur affiliation. Cette situation constitue un frein à la croissance des mutuelles et de ce fait, elles touchent une partie limitée de la population.

Une enquête menée sur le terrain dans les mutuelles de l'Atacora (Bénin) a permis d'analyser les causes de ce faible taux de renouvellement. Plus de 250 enquêtes ont été complétées par des membres et ex-membres des mutuelles. Différents acteurs locaux, tels que le personnel soignant et les collaborateurs des mutuelles et de Louvain Coopération, ont également été interviewés.

Cette enquête sur le terrain a démontré que les membres ont une image positive des mutuelles. Ils estiment qu'elles offrent une bonne couverture contre les risques de santé et sont satisfaits de leur fonctionnement. Ils ont une grande confiance dans les mutuelles et pensent que les centres de santé délivrent des services de qualité.

Par ailleurs, l'étude a également permis d'identifier différentes raisons pour lesquelles les membres ne prolongent pas leur affiliation. Nombre d'entre eux ne comprennent pas bien la couverture offerte par la mutuelle et le moment de paiement des cotisations ne correspond pas au moment où les membres disposent d'une part importante de leurs revenus.

Comment les mutuelles peuvent-elles utiliser ces résultats pour accroître la fidélité de leurs membres ? Voici quelques recommandations découlant de l'enquête :

- > aligner davantage la période de collecte au moment où les membres ont des revenus,
- > mieux informer les membres de la couverture offerte par la mutuelle,
- > garantir aux membres que la mutuelle ne demandera pas de cotisations supplémentaires en cours d'année,
- > renforcer la collaboration entre les mutuelles et les centres de soins de santé,
- > prévoir un rôle plus important pour les cellules mutualistes de base lors de la collecte des cotisations et de la promotion de la mutuelle.

Cette étude a aussi révélé que les mutuelles du Bénin et du Togo sont confrontées à d'autres défis majeurs. La poursuite de leur professionnalisation est par conséquent une condition sine qua non. Les Mutualités Libres et Louvain Coopération espèrent avoir fourni des pistes et des scénarios intéressants dans les recommandations proposées.

Outre cette professionnalisation indispensable, il est également essentiel que les mutuelles soient reconnues et soutenues par les autorités de leur pays. La conversion dans les législations nationales du cadre réglementaire relatif aux mutualités de l'Union Economique et Monétaire de l'Afrique de l'Ouest (UEMOA) doit dès lors recevoir une attention prioritaire.

Grâce au soutien financier de la Coopération Belge au Développement, les partenaires du Programme MASMUT continueront à soutenir les mutuelles africaines dans les années à venir (2017-2021).

Contexte

Chapitre 1 Objectifs de l'étude

1.1 Introduction

En matière d'assurance maladie, trois systèmes complémentaires coexistent actuellement dans le paysage mutualiste du Togo et du Bénin : l'État, les compagnies d'assurance privées et les mutuelles de santé. Les deux pays affichent leur volonté de mettre en place une assurance maladie universelle, un premier pas vers la protection sociale.

Au Togo, la loi de mars 2011 a institué un régime obligatoire d'assurance maladie au profit des agents publics et assimilés. Les prestations de ce régime sont effectives depuis mars 2012. L'INAM (l'Institut d'Assurance Maladie) a été mis en place pour gérer ce régime.

Au Bénin, le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) a été initié en décembre 2011 et voté 4 ans plus tard. Pour mettre en œuvre le RAMU, le gouvernement béninois avait donné mandat à l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM). La couverture devait s'adresser à tout citoyen béninois. La loi sur le RAMU a été votée en décembre 2015, mais a été abrogé en 2016 suite à l'élection du nouveau président. Un nouveau système de protection sociale sera mis en place.

C'est au début des années 1990 que les mutuelles de santé (MUSA) ont vu le jour. Leur cadre juridique est défini par le Règlement n° 07/2009/CM/UEMOA. Ce Règlement qui est entré en vigueur à partir du 1er juillet 2011 fixe les principes fondamentaux régissant la mutualité sociale au sein de l'UEMOA ainsi que les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des mutuelles sociales, unions de mutuelles sociales et fédérations.

Aujourd'hui, les mutuelles de santé assurent essentiellement les travailleurs et travailleuses du secteur informel et rural qui sont caractérisés par une faible capacité contributive. La majorité d'entre elles ne couvrent encore que les petits risques et excluent les gros risques plus coûteux. Même si le mouvement mutualiste se développe dans ces pays d'Afrique, leur progression mesurée par les taux d'adhésion demeure relativement faible.

Les défis auxquels sont confrontées ces mutuelles ne sont pas négligeables : au départ, elles suscitent l'enthousiasme auprès des populations cibles, ensuite nombre d'entre elles connaissent des taux d'adhésion inférieurs aux prévisions, un pourcentage faible de renouvellement et des problèmes dans la collecte des cotisations qui sont versées sur base volontaire et non obligatoire.

Le programme MASMUT se situe dans ce cadre socio-économique difficile, complexe et en pleine évolution. Il tente d'apporter une solution à long terme aux problèmes mis en lumière, en tenant compte d'une part, de l'expérience et de l'expertise des mutuelles du Nord et d'autre part, des demandes spécifiques et adaptées à l'environnement des mutuelles du Sud.

Afin d'atteindre cet objectif, le groupe de travail «études» a proposé de réaliser des analyses dont les résultats serviront au plaidoyer politique des plateformes nationales. En l'occurrence, les plateformes du Togo (Cadre National de Concertation de la Mutualité au Togo ou CNCMUT) et du Bénin (Conseil National des Structures d'Appui aux Mutuelles Sociales ou CONSAMUS) bénéficieront des fruits de cette recherche initiée par les Mutualités Libres.

1.2 Motivation

De nombreuses études ont examiné les déterminants des taux d'adhésion aux mutuelles de santé. Etant donné l'affiliation sur base volontaire, ces taux demeurent relativement faibles et sont de l'ordre de 5 à 10 % de la population cible¹. Les expériences menées sur le terrain tentent de comprendre les mécanismes d'affiliation, dans un souci d'accessibilité aux soins pour des populations vulnérables. Un élément économique explicatif de ce faible taux est la sélection adverse : un certain nombre de ménages, généralement ceux qui sont en bonne santé, ne voudront peut-être pas s'affilier, jugeant que la contribution demandée est trop importante par rapport au montant faible de dépenses que ces ménages consacraient auparavant à la santé. Par contre, les ménages en moins bonne santé pourraient souhaiter s'affilier pour assurer leurs dépenses élevées qui viennent grever leur budget familial limité.

Dans l'article de Defourny et Failon², un exercice de synthèse de la littérature a été entrepris, en utilisant les résultats d'études empiriques relatifs à divers pays d'Afrique subsaharienne. Les

« Considérant la privatisation des soins comme une menace permanente pour les populations, les membres de MASMUT prônent l'intégration des mutuelles de santé dans la couverture universelle en tant que mécanisme social et solidaire d'amélioration de la santé et d'accès aux soins de santé de qualité et abordables. »

Programme MASMUT 2014-2016

1 Marleen Dekker, André Leliveld, "Understanding participation in Community Based Health Insurance: findings from Togo", African Studies Centre Leiden, The Netherlands Discussion paper for the Netherlands Ministry of Foreign Affairs, 17 October 2013

2 Jacques Defourny et Julie Failon, « Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques », Mondes en développement, 2011/1 n°153, p. 7-26. DOI : 10.3917/med.153.0007



auteurs constatent que la plupart de ces recherches sont confrontées aux données incomplètes des registres de membres ou à un problème de qualité des données. Par conséquent, un inventaire des données existantes et une exploitation optimale de celles-ci à des fins de gestion n'a pas encore fait l'objet d'une recherche spécifique. C'est ce que nous proposons dans la partie statistique de la présente recherche.

Le domaine d'investigation de toutes ces études répertoriées dans la littérature est large : économie, sociologie, santé publique et notre analyse de la littérature passe ces éléments en revue. Force est de constater que l'intérêt de la communauté scientifique se focalise essentiellement sur la compréhension des mécanismes d'adhésion des populations au programme offert par les mutuelles de santé. Afin de confronter ces hypothèses à la réalité locale connue par les Mutualités Libres, une enquête sur le terrain a eu lieu dans trois mutuelles de santé du Bénin du Nord qui sont gérées en collaboration avec Louvain Coopération.

L'étude comporte donc deux parties : la première est une analyse statistique des données disponibles dans les mutuelles de santé au Togo et au Bénin, avec une attention particulière pour l'utilisation de données individuelles par deux mutuelles de la Région Centrale du Togo et la seconde partie se penche sur les raisons de la non-réaffiliation en prenant comme cas concret, les résultats d'une enquête de terrain menée au Bénin.

Les questions de recherche de notre étude sont les suivantes :

- > Pour la partie statistique (Partie II) :
 - Quelles sont les données disponibles sur les affiliés et les prestations de soins, leur niveau d'agrégation ainsi que leur support (papier versus digital) ?
 - Quelle est la méthodologie d'encodage de données à préconiser ?
 - Quelles sont les recommandations à tirer de cette analyse statistique ?
- > Pour la partie enquête de terrain (Partie III) :
 - Quelles sont les raisons pour lesquelles les personnes ne renouvellent pas leur affiliation ?
 - Sur la base des résultats, que pouvons-nous avancer comme propositions d'amélioration afin de contribuer à une meilleure efficacité des campagnes de promotion ?
- > La question essentielle qui se pose :
 - Comment utiliser les résultats de l'étude dans un cadre plus large et dans la réflexion actuelle visant à articuler les mutuelles de santé dans le processus de mise en place de la couverture santé universelle ?

1.3 L'étude Togo-Bénin

1.3.1 Sélection des pays

Le choix de ces deux pays découle de la collaboration entre l'Union Nationale des Mutualités Libres et l'ONG Louvain Coopération qui est active sur ces territoires, ce qui permet un accès direct aux bases de données, la possibilité d'être conseillé par les experts et assistants techniques présents sur place ainsi que la facilité de mettre sur pied une enquête de terrain et de sélectionner et interviewer les membres.

Les Mutualités Libres et Louvain Coopération collaborent depuis plus de dix ans déjà en matière de mutuelles au Bénin et au Togo. En 2006, le processus de création de deux mutuelles (Cobly et N'Dahonta dans la région de l'Atacora au Bénin) a été appuyé par les Mutualités Libres. En 2014, Matéri, une troisième mutuelle a vu le jour dans cette même région.

Les Mutualités Libres et Louvain Coopération unissent également leurs forces au Togo. Depuis 2012, les Mutualités Libres apportent aussi un support sur le fond aux mutuelles togolaises et cette collaboration fait partie du programme MASMUT depuis 2014.

1.3.2 Méthodologie

La recherche suit une méthodologie classique d'analyse d'une problématique : une revue de la littérature récente sur l'assurance santé dans les pays en voie de développement, une partie statistique examinant les données disponibles et les possibilités d'exploitation afin de mieux comprendre le système et la gestion des mutuelles, une partie enquête de terrain auprès des membres et d'interviews structurées auprès de responsables de mutuelles, responsables de santé et acteurs politiques.

Les collaborateurs de Louvain Coopération, en Belgique et en Afrique de l'Ouest, ainsi que d'autres personnes ayant participé à l'étude ont validé cette méthodologie ainsi que les résultats. Leurs commentaires ont été intégrés dans ce rapport.

Analyse de la littérature

Un chapitre de l'étude est consacré à l'analyse de la littérature récente sur l'assurance santé dans les pays en développement. Elle se concentre sur les facteurs explicatifs des taux d'adhésion liés aux caractéristiques du ménage.

Analyse statistique

Dans un premier temps, les 16 mutuelles togolaises et béninoises appuyées par Louvain Coopération servent d'observation. Les mutuelles de santé (MUSA) sont situées dans les zones suivantes :

- > Togo : région des Savanes (6 MUSA),
- > Togo : régions Centrale et des Plateaux (5 MUSA),
- > Bénin : département de l'Atacora (3 MUSA),
- > Bénin : département du Mono (2 MUSA).

Afin d'avoir une compréhension de l'organisation des données, deux chercheurs de l'Union Nationale des Mutualités Libres, Wouter Gelade et Murielle Lona, ont effectué une mission d'une semaine à Sokodé, dans la région centrale du Togo. Ils ont récolté les données nécessaires à l'étude ainsi qu'une base de données Access qui a été utilisée en 2013 par deux mutuelles de santé togolaises.

Enquête de terrain

Dans le cadre d'un stage de fin d'études, un jeune étudiant, Marnick Vanlee, s'est rendu au Nord du Bénin pour une période de six semaines afin d'effectuer une enquête sur le terrain, sous la supervision scientifique de Wouter Gelade et avec l'aide de Louvain Coopération, aussi bien en Belgique qu'au Bénin.

Chapitre 2 Les mutuelles au Togo et au Bénin³

2.1 Historique des mutuelles de santé

2.1.1 Quelques statistiques sur les mutuelles

Sur le territoire togolais qui compte 7,5 millions d'habitants, 27 mutuelles de santé sont opérationnelles et elles couvrent entre 40.000 et 50.000 personnes, selon les estimations, ce qui correspond à un taux de pénétration à niveau national inférieur à 1 %. Toutefois, les mutuelles ne couvrent pas la totalité du territoire du Togo. Les taux de pénétrations dans les zones couvertes sont donc plus élevés.

La plateforme de structure d'appui togolais, le Centre National de Concertation de la Mutualité au Togo (ou CNCMUT) a dressé, en 2016, un inventaire des mutuelles de santé avec un double objectif : d'une part, établir le bilan du mouvement mutualiste et d'autre part, proposer des arguments pour un plaidoyer politique dans le cadre de la mise en place de la couverture universelle. Cette cartographie montre que les mutuelles se répartissent sur le territoire de la façon suivante : 6 mutuelles de santé dans la région des Savanes, 2 mutuelles dans la région de Kara, 4 mutuelles dans la région Centrale, 1 mutuelle dans la région des Plateaux, 3 mutuelles dans la région Maritime et enfin 11 mutuelles dans Lomé Commune. Le CNCMUT distingue trois types de mutuelles : les 27 mutuelles fonctionnelles, 2 mutuelles en gestation et 6 mutuelles non fonctionnelles.

Au Bénin, la situation est quelque peu différente. Sur une population de plus de 10 millions d'habitants, le pays comptait 313 mutuelles de santé en 2012 et 203 mutuelles en 2014, ce qui correspond à une diminution de 1/3. Le taux de pénétration se situait entre 6 % et 8 % en 2012, mais cet indicateur est caractérisé par une forte baisse les années suivantes. Ainsi, entre 2012 et 2014, le nombre d'adhérents est passé de 108.264 à 79.669 et le nombre de bénéficiaires de 598.494 à 224.297. La plateforme de structure d'appui est le CONSAMUS. Trois types de mutuelles sont répertoriées : les communautaires (les plus nombreuses), les mutuelles scolaires et une Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale (initiative étatique) ayant pour cible les travailleurs de l'économie informelle des zones urbaines. Il n'y a pas de mutuelles d'entreprise ni de mutuelles corporatistes.

Comme indiqué précédemment, notre étude concerne les mutuelles soutenues par Louvain Coopération, et plus particulièrement celles des Régions Centrale et des Plateaux au Togo et

3

Les documents servant de référence au Chapitre 2 proviennent des sources suivantes :

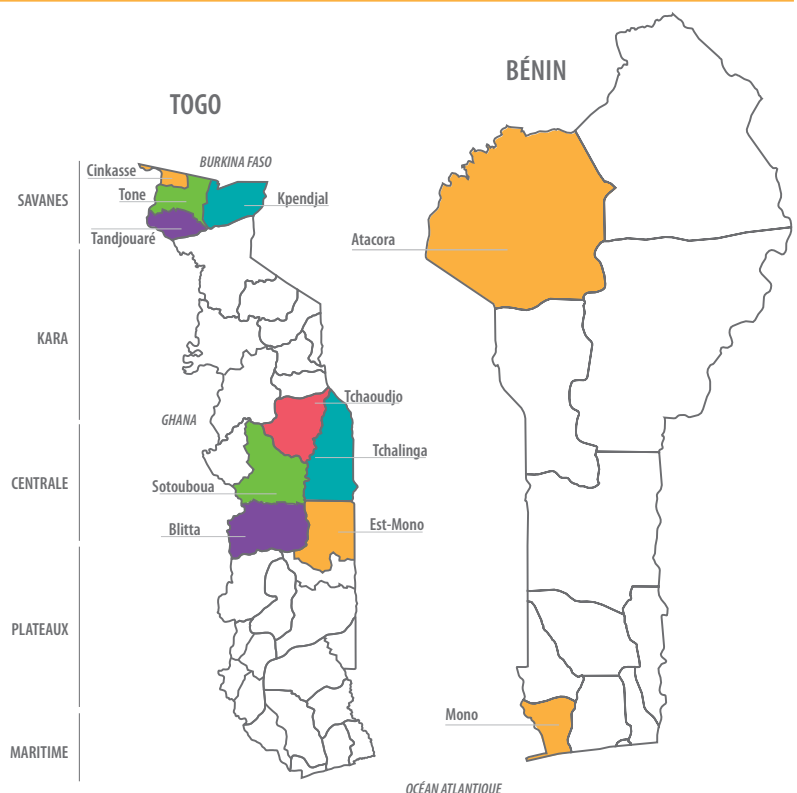
- Rapport général de l'atelier sous régional sur la mise en application de la réglementation UEMOA sur la mutualité sociale et le rôle des mutuelles de santé dans la gestion de l'assurance maladie universelle, Ouagadougou, 23-27 mai 2016
- Rapport de la conférence internationale sur les perspectives du mouvement mutualiste africain dans le cadre des couvertures santé universelles, Abidjan, 1-4 mars 2016
- Rapport du mouvement mutualiste au Togo et argumentaire sur la place des mutuelles de santé dans la couverture maladie universelle au Togo, CNCMUT, Juin 2016

FIGURE 1

Carte du Togo, Région des Savanes, Région Centrale et le District d'Est-Mono dans la Région des Plateaux (en couleur).

FIGURE 2

Carte du Bénin, Région d'Atacora et Région du Mono (en orange).



du Département de l'Atacora au Bénin. Les Figures 1 et 2 montrent les zones au Togo et Bénin dans lesquelles ces mutuelles sont actives.

Le Tableau 1 reprend des statistiques sur ces mutuelles. Elles sont toutes relativement jeunes : leur année de création se situe entre 2007 et 2015. Comme ailleurs au Togo et au Bénin, le taux de pénétration n'est pas vraiment élevé, le pourcentage maximum est de 16 % pour la mutuelle de N'Dahonta au Bénin.

MUTUELLE	ANNÉE DE CRÉATION	NOMBRE DE MEMBRES («bénéficiaires»)	TAUX DE PÉNÉTRATION	COTISATION ANNUELLE par personne (FCFA)	TAUX DE SINISTRALITÉ : remboursements totaux / cotisations totales
TOGO : RÉGION CENTRALE ET RÉGION DES PLATEAUX					
SOTOUBOUA	2008	7.023	9 %	2.800	98 %
TCHAUDDJO	2008	5.134	7 %	2.950	185 %
TCHAMBA	2012	8.274	7 %	2.650	79 %
BLITTA	2012	10.285	7 %	2.600	102 %
EST-MONO	2012	5.731	5 %	2.600	124 %
BÉNIN : ATACORA					
N'DAHONTA	2007	2.481	16 %	1.430	76 %
COBLY	2007	3.732	8 %	1.840	116 %
MATERI	2015	2.829	3 %	1.700	73 %

TABLEAU 1

Aperçu des indicateurs pour les mutuelles de la Région Centrale et de la Région des Plateaux, Togo et du Département de l'Atacora, Bénin. Toutes les données sont celles de 2014, sauf les taux de sinistralité (2015) et les données de Matéri (2016).

Nous constatons que les taux de sinistralité - le rapport entre les remboursements pour les prestations de soins et les cotisations des membres - sont très élevés. Lorsque le taux de sinistralité est supérieur à 100 %, les dépenses pour les remboursements sont plus élevées que les cotisations, ce qui nuit à la situation financière de la mutuelle. En réalité, le taux de sinistralité devrait rester entre 70 % et 80 %, car les revenus provenant des cotisations ne sont pas uniquement destinés aux remboursements. Nous remarquons que trois mutuelles sont caractérisées par un taux de sinistralité avoisinant les 80 % et que toutes les autres le dépassent fortement. Il s'agit très certainement d'un point d'attention et nous y reviendrons plus loin dans cette étude.

2.1.2 Le principe de couverture santé universelle pour tous

Les deux pays affichent leur volonté de mettre en place un environnement favorable à l'extension de la couverture du risque maladie pour tous et ils défendent la mise en œuvre de la couverture santé universelle en vue d'assurer aux populations surtout les plus démunies, un droit universellement reconnu et consacré par les Nations Unies, le droit à la santé. Ce faisant, ils s'inspirent des principes défendus par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Organisation Internationale du Travail.

2.1.3 Historique du mouvement mutualiste

Au Togo, le contexte de couverture de risque maladie est marqué par la longue expérience des mutuelles de santé en matière d'organisation de la santé communautaire depuis les années 1990. Leur création et les services offerts sont destinés principalement aux populations ne disposant d'aucune couverture santé universelle, dans le secteur informel et le monde rural.

Au Bénin, les initiatives initiales datent de 1989 avec la mise en place d'une première expérience avec l'Association pour le Développement de la Mutuelle Agricole au Bénin (ADMAB) à travers le soutien technique et financier de la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) à Abomey. L'appui de la Coopération Suisse dans deux régions pilotes (Borgou et Collines) a contribué au lancement d'une première mutuelle à Siranou en 1995.



Cependant, aucune législation ne venait supporter les efforts pour structurer le fonctionnement des mutuelles de santé qui étaient régies par la Loi 1901, relative aux associations.

En juin 2009, la situation juridique des mutuelles a connu un changement majeur. Comme huit autres états africains dans la région de l'Ouest, le Togo et le Bénin ont tous les deux adopté le règlement n°07/2009/CM/UEMOA qui porte réglementation de la mutuelle sociale au sein de l'UEMOA. En juillet 2011, un règlement d'exécution, le règlement n°07/2009/CM/UEMOA, a déterminé les modalités et procédures de constitution, d'agrément et d'immatriculation des mutuelles sociales et de leurs structures faitières (unions de mutuelles sociales et fédérations). Un autre règlement d'exécution (le règlement n°003/2011/CM/UEMOA) a ensuite été pris pour fixer les règles prudentielles sur les risques courts, les mécanismes de garantie et le contrôle du fonctionnement des mutuelles sociales et de leurs structures faitières. En 2012, le règlement n°03/2012/CM/UEMOA a été approuvé et il portait sur l'adoption du Plan Comptable des Mutuelles Sociales (PCMS) au sein de l'UEMOA. L'application du Plan Comptable des Mutuelles Sociales comporte différentes exigences qui ont un impact sur la gestion des données financières et qui nous intéressent dans le cadre de cette étude, car les mutuelles se sont organisées pour collecter des données de manière structurée et les communiquer à des tiers selon un schéma bien défini :

- > tenir une comptabilité régulière,
- > produire des états financiers annuels à la fin de l'exercice (année civile),
- > établir les documents de gestion financière (rapport d'exécution budgétaire de l'exercice écoulé, budget prévisionnel de l'exercice),
- > produire un rapport annuel de gestion.

2.1.4 Un régime d'assurance obligatoire

En 2011, un régime d'assurance maladie obligatoire a été instauré au Togo par une loi (loi 2011/03) dont la phase de préparation a débuté deux années auparavant. Ce régime visait les fonctionnaires de l'Etat et leur famille uniquement, avec comme option d'être étendu progressivement à toute la population. La création en 2012 de l'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) matérialise cette décision et montre la volonté du pays de respecter ses engagements en matière d'accessibilité aux soins de santé. Les réflexions actuelles portent sur une extension graduelle de la couverture qui concerne les paraétatiques, les travailleurs du privé formel, les travailleurs indépendants et les populations du secteur informel et du monde rural.

En 2008, le gouvernement béninois a pris l'initiative de mettre en place le RAMU ou Régime d'Assurance Maladie Universelle afin de promouvoir l'accessibilité financière aux soins de santé pour l'ensemble de la population. Cette décision a débouché sur la création de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) qui est l'organe de pilotage. Le lancement officiel a eu lieu en 2011. S'en est suivi un lancement opérationnel avec une phase pilote dans certaines régions du pays en 2013. La loi sur le RAMU qui propose un régime unique avec un panier de soins unique a été votée en décembre 2015. L'année 2016 a été marquée par l'organisation de la sixième élection présidentielle qui a vu l'arrivée au pouvoir de Patrice Talon. Le président élu a fait abroger la loi N° 2015-42 du 07 Mars 2016 portant institution du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en République du Bénin. En lieu et place, il est mis en place un projet d'Assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) qui vise la reconstruction du système de protection sociale. L'ARCH comporte trois volets i) formation, ii) crédits et iii) l'assurance retraite pour tous les acteurs de l'économie informelle. Le système sera géré par une Agence nationale de protection sociale et des Agences départementales, le tout dans

une approche de "faire-faire" et de recours à des partenariats public-privé. Pour bénéficier de ces services, un dispositif a été mis en place pour recenser les bénéficiaires dans une base nationale de données biométrique. Pour traduire en actes cette volonté du gouvernement, le Conseil a adopté un décret portant création d'un Comité national de pilotage. Sa mission est d'élaborer le document du projet « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain » et de définir un mécanisme global de protection sociale permettant aux acteurs ciblés d'accéder aux services sociaux de base à fournir par l'Agence Nationale de protection sociale à des coûts réduits.

Aussi bien au Togo qu'au Bénin, le chemin vers la couverture universelle de l'ensemble de la population est long à atteindre et il est parsemé d'obstacles. Il s'agit d'une initiative qui a été adoptée récemment et dont la concrétisation nécessite de nombreux efforts. Outre la mise en place des structures nécessaires au développement, une volonté politique est un prérequis pour assurer la réussite de ce projet ambitieux qui a des impacts importants sur la population particulièrement défavorisée dans ces régions. Au-delà des considérations politiques ou même opérationnelles se pose la question essentielle de savoir comment les paniers de soins seront financés par les autorités publiques dans un contexte économique défavorable.

2.2 Fonctionnement des mutuelles

2.2.1 Affiliation

L'affiliation aux mutuelles est volontaire et organisée par ménage. Les membres doivent payer une prime d'affiliation unique pour l'enregistrement du titulaire. Une cotisation annuelle est ensuite réclamée pour chaque membre assuré du ménage. Les titulaires reçoivent un carnet d'affiliation reprenant tous les membres assurés du ménage sur lequel se trouve leur photo.

Lorsque la cotisation annuelle a été acquittée, les membres affiliés sont alors couverts jusqu'en décembre de cette année. Cette règle n'est pas sans conséquence, car une cotisation payée tardivement réduit la durée de la couverture à quelques mois, ce qui peut représenter un problème pour les membres ne disposant pas de suffisamment de moyens au début de l'année. Nous y reviendrons dans la Partie III de cette étude.

Une période d'observation est également appliquée. Pour éviter que les personnes ne s'inscrivent que lorsqu'elles tombent malades, une période d'observation de trois mois, pendant laquelle la mutuelle n'intervient pas encore, a été instaurée pour les nouveaux membres (à l'exception des nouveau-nés dont les parents étaient déjà mutualistes).

Le titulaire est contraint d'inscrire tous ses enfants ; ceci afin de contourner la possibilité qu'un ménage ne déclare que les enfants malades susceptibles de bénéficier des services offerts. Dans la pratique, cette règle est toutefois difficile à imposer. Malgré tout, les gérants des mutuelles estiment que cette mesure est de plus en plus souvent respectée. Nous reviendrons également sur ce point dans les Parties II et III.

2.2.2 Organisation des mutuelles

L'équipe professionnelle chargée de la gestion quotidienne de chaque mutuelle se compose d'un gérant, assisté par des animateurs. Ils sont tous sous contrat de la mutuelle. Le gérant est responsable de l'exécution de la stratégie de la mutuelle - par exemple la campagne de recrutement des membres et le suivi des indicateurs financiers - et il est également en contact direct avec les différents centres de santé de sa commune. Les animateurs sont plutôt actifs sur le terrain. Ce sont eux qui côtoient le plus les mutualistes (potentiels), notamment dans le cadre de leur travail journalier axé sur la sensibilisation et la collecte des cotisations.

Les organes de la mutuelle (Conseil d'Administration et Comité de surveillance) sont élus par les membres à l'Assemblée Générale. Le Comité de surveillance fait le contrôle et le suivi de la bonne application des décisions de l'Assemblée Générale. Le Conseil d'administration est chargé de la gestion des affaires de la mutuelle. Les Cellules Mutualistes de Base (CMB) sont les relais des mutuelles au niveau des villages. Elles sont constituées de membres qui ont payé leurs cotisations et ont pour rôle la collecte des cotisations, la diffusion de l'information et la représentation puis le contrôle social. Elles jouent aussi un rôle de canal de transmission de l'information entre la mutuelle et ses membres. Cette formation locale doit faire vivre les mutuelles dans les villages, afin de convaincre les populations de la continuité du projet. De plus, les élus se réunissent régulièrement avec les membres de la direction de la mutuelle et ils défendent les intérêts de leur communauté par rapport à la mutuelle.

C'est lors de l'assemblée générale, à laquelle peuvent prendre part tous les membres, que sont prises les décisions les plus importantes. Outre le choix des membres des différents organes, la couverture offerte par la mutuelle est également décidée ainsi que la cotisation annuelle s'y rapportant. L'assemblée générale est aussi le lieu du partage de l'information avec les membres. Les différentes mutuelles soutenues par Louvain Coopération couvrent chacune une commune ou un district différent. Elles ne sont donc pas en «compétition» pour recruter des membres. A Matéri, il existait toutefois une autre mutuelle qui s'adressait principalement aux agriculteurs (ADMAB). Vu que ADMAB a rencontré peu de succès, Louvain Coopération a décidé de créer une mutuelle à Matéri, avec le soutien des Mutualités Libres.

A l'heure actuelle, les mutuelles sont donc les principaux, et souvent les seuls, fournisseurs de couverture de soins de santé pour les populations travaillant dans les secteurs agricole et informel.

2.2.3 Couverture

Nous décrivons plus largement la couverture des mutuelles et l'utilisation effective des soins de santé plus loin dans cette étude (voir Section 4.3). Nous donnons ici un bref aperçu de la couverture.

La couverture et les modalités diffèrent d'une mutuelle à l'autre. Les mutuelles béninoises proposent une couverture pour les prestations dans les centres de soins périphériques. Il s'agit de centres facilement accessibles, mais ne pouvant pratiquer que quelques interventions simples. Quant aux mutuelles togolaises, elles offrent aussi une couverture limitée pour des opérations plus complexes dans les hôpitaux.

Afin de déterminer le panier de soins, les mutuelles concluent des accords avec les centres de santé locaux. Par conséquent, les membres bénéficient d'une prise en charge pour les prestations couvertes. Pour les interventions simples, ils peuvent pratiquement toujours se rendre dans le centre de santé le plus proche.

Les conditions pour bénéficier des remboursements diffèrent aussi d'une mutuelle à l'autre. La plupart d'entre elles paient un pourcentage du prix de la prestation, souvent entre 50 et 70 %. Le membre doit alors acquitter lui-même les 30 à 50 % restants (le ticket modérateur à charge du patient). D'autres mutuelles appliquent une franchise. Elles paient le montant total, à l'exception d'un montant fixe qui tourne autour des 1.000 FCFA (un peu moins de deux euros). Le membre doit alors toujours payer 1.000 FCFA de sa poche, quel que soit le prix total.

Le système de tiers-payant est d'application. Le patient paie uniquement sa quote-part à chaque consultation. Sur la base de factures mensuelles envoyées par le centre à la fin du mois, la mutuelle rembourse directement les prestations au centre. Sauf dans des cas exceptionnelles, les membres ne doivent donc pas «avancer» l'argent et ensuite réclamer un remboursement à la mutuelle.

Le rôle du médecin-conseil n'est pas à négliger dans ce processus. C'est lui qui contrôle régulièrement les attestations de soins reçues par les mutuelles. Elles reprennent le diagnostic, mais également les médicaments prescrits. Le médecin-conseil peut alors vérifier si ces deux éléments sont en adéquation. Pour ce faire, il utilise des protocoles rédigés par les autorités afin de poser les jalons des pratiques courantes dans les soins de santé. Le médecin-conseil dispose ainsi de l'autorité nécessaire pour refuser, au nom des mutuelles, les factures contradictoires à ces protocoles. Dans la pratique, il est toutefois délicat de refuser régulièrement des paiements et, en cas de divergence, il se contente plutôt de donner un avis quant à la prescription correcte. Certains problèmes sont ainsi résolus et le personnel soignant tire des leçons de l'expertise du médecin-conseil.

Gestion des données

Dans toute organisation, la gestion et l'utilisation des données sont des éléments essentiels. Dans une mutuelle, les données relatives aux membres et à leurs soins de santé s'avèrent très utiles. Elles permettent d'assurer le suivi de la situation financière de la mutuelle, d'avoir une vision globale des soins de santé dispensés aux membres, de réaliser des prévisions financières, de fixer une cotisation correcte en fonction du panier de soins offerts (couple cotisation-prestation), de détecter les cas de fraude, etc. ...

L'objectif de cette partie de l'étude est de répertorier les données collectées par les mutuelles à la fois sur papier et de manière informatisée et, sur cette base, de formuler des recommandations pour la gestion et l'exploitation de ces informations. Comment procéder pour rassembler et gérer les données le plus efficacement possible ? Quel est le profil des membres des mutuelles et quels services utilisent-ils ? Quelles sont les données les plus pertinentes ? Comment les utiliser efficacement dans le fonctionnement des mutuelles ? Comment promouvoir l'informatisation des mutuelles dans les pays africains ?

Afin de pouvoir répondre à ces questions, nous avons distingué trois volets (Chapitres 3-5). Le Chapitre 3 débutera par un aperçu des données qui sont déjà collectées par les mutuelles. Dans le Chapitre 4, ces données sont analysées et nous permettent de dresser le profil des membres des mutuelles et de déterminer les soins de santé qu'ils utilisent dans le cadre de leur assurance. Grâce à cette analyse, nous pouvons proposer dans le Chapitre 5 des recommandations relatives à la gestion des données et au fonctionnement des mutuelles.

Chapitre 3 Aperçu des données disponibles

Au Togo et au Bénin, les mutuelles soutenues par Louvain Coopération collectent un grand nombre de données. Ce chapitre vous en donne un aperçu.

Dans un premier temps, les données sont disponibles sur papier, notamment les certificats qui mentionnent le coût d'une prestation dans un centre de santé ou les informations sur les membres et les cotisations qu'ils ont payées.

Une partie de ces données ont ensuite été numérisées. Les mutuelles tiennent différents fichiers Excel à jour, notamment des listes de bénéficiaires, le paiement des cotisations, les prestations par centre de santé. Grâce au soutien et à la coordination apportés par Louvain Coopération, toutes les mutuelles faisant partie du projet rassemblent ces données de manière standardisée et s'en servent également pour établir des tableaux de bord détaillés. Ceux-ci contiennent des indicateurs actualisés chaque mois, relatifs à la croissance de l'effectif, aux cotisations et aux interventions payées. Ce tableau de bord constitue donc pour les mutuelles un véritable outil de suivi.

Comme nous le verrons par la suite, certaines mutuelles utilisent également un outil de gestion inspiré de Microsoft Access qui offre de multiples fonctionnalités. Il permet de croiser et d'analyser toutes sortes de données différentes (sur les membres, les remboursements,...). Cet outil a déjà été utilisé pendant une courte période par les mutuelles de Sotouboua et Tchaoudjo au Togo, mais son usage n'est pas encore systématique. C'est toutefois un outil très prometteur qui fait d'ailleurs l'objet d'une de nos recommandations pour organiser la gestion des données.

Vous trouverez ci-après une description des différentes données rassemblées. Nous examinerons d'abord les données collectées par les mutuelles (Sections 3.1 à 3.3). Ensuite, nous nous pencherons sur le tableau de bord (Section 3.4) et enfin sur l'outil de gestion (Section 3.5).

3.1 Liste des bénéficiaires

La liste des bénéficiaires est un document Excel qui contient toutes les informations relatives aux personnes qui sont membres de la mutuelle, en ordre de cotisation et ayant fini leur période de stage. Cette liste est établie annuellement et elle reprend l'ensemble des personnes qui ont droit à une intervention de la mutuelle pour l'année en question.

La liste comporte des informations sur tous les membres du ménage (tant sur le titulaire que sur les personnes à charge) telles que le numéro d'identification du ménage et sa composition, le village, l'année de naissance et le lien de parenté avec le titulaire du ménage. Elle permet aussi d'avoir un aperçu du nombre de membres par catégorie d'âge.



3.2 Suivi du paiement des cotisations

Le fichier Excel consacré au suivi du paiement des cotisations contient des informations détaillées sur toutes les cotisations qui ont été payées. Les cotisations peuvent être payées en différentes tranches. Par conséquent, ce fichier permet de calculer le total des paiements et de déterminer quand la cotisation a été complètement payée. Lorsque ce paiement est en ordre, le membre peut bénéficier des interventions de la mutuelle pour le reste de l'année (après une période d'observation de deux ou trois mois lors d'une première affiliation).

3.3 Suivi des prestations par centre

Ce fichier Excel reprend des informations détaillées sur les prestations facturées par les différents centres de santé aux mutuelles de santé. Pour chaque centre et pour chaque type d'intervention, le coût total et le nombre des prestations sont repris chaque mois. Ces données permettent ensuite de calculer le coût moyen par prestation.

Grâce à ce fichier, nous pouvons, par exemple, déterminer le coût moyen des soins prénataux pour un tel mois dans un centre de santé spécifique. Le médecin-conseil peut se baser sur ces informations pour suivre étroitement les coûts dans les centres de santé. Elles permettent également de comparer les centres de santé entre eux et de surveiller l'évolution des prix des différentes prestations.

3.4 Tableau de bord

Le tableau de bord permet de suivre de près l'évolution de la situation de la mutuelle. Chaque mois, une vingtaine d'indicateurs en sont extraits pour examiner comment se porte la mutuelle. Vous trouverez un exemple de tableau de bord en annexe (p. 70).

Les indicateurs du tableau de bord reprennent différents aspects : le nombre de membres, les cotisations perçues et les interventions payées aux centres de santé. En ce qui concerne le nombre de membres, le tableau de bord indique, par exemple, le nombre de membres qui ont prolongé leur affiliation, ainsi que le nombre de nouvelles affiliations. Il permet ainsi au gestionnaire de réaliser le suivi des objectifs en matière de croissance de l'effectif.

Les indicateurs relatifs aux cotisations et aux remboursements permettent de réaliser un suivi rapproché de la situation financière. Le «taux de sinistralité» est, dans ce cadre, un indicateur particulièrement important. Il s'agit du rapport entre les remboursements de la mutuelle pour les prestations de soins et les cotisations perçues.

Le «coût moyen par prestation» représente un autre indicateur important pour prendre le pouls de la situation financière. Celui-ci est calculé sur base du montant total des remboursements de la mutuelle pour les prestations de soins et le nombre de prestations. L'évolution de cet indicateur est étroitement surveillé afin de pouvoir détecter rapidement les problèmes financiers ou liés au comportement des prestataires qui pourraient survenir à la suite de la hausse des dépenses des mutuelles pour couvrir les prestations offertes dans leur paquet de soins.

3.5 Outil de gestion

L'outil de gestion est un instrument où peuvent être rassemblées toutes les données présentées dans les sections précédentes. Il s'agit donc de l'information sur les membres, mais aussi sur les remboursements des mutuelles pour les prestations de soins et la prise en charge des membres pour ces prestations.

En ce qui concerne les membres, il s'agit aussi bien d'informations personnelles (nom, village, sexe, année de naissance, ...) que d'informations relatives aux cotisations qu'ils ont payées et la périodicité de ces paiements. Ces données permettent de déterminer s'ils peuvent ou non bénéficier des interventions.

En ce qui concerne les interventions pour les prestations de soins, toutes les informations sont encodées séparément. Par exemple : le membre qui a bénéficié de l'intervention, le montant payé par la mutuelle et le ticket modérateur du membre (c'est-à-dire, le montant restant à sa charge), le type de prestation, le centre de santé et la date de prestation.

Encoder séparément chaque prestation permet de consulter les interventions pour chacun des membres et de suivre leur consommation de façon plus détaillée.

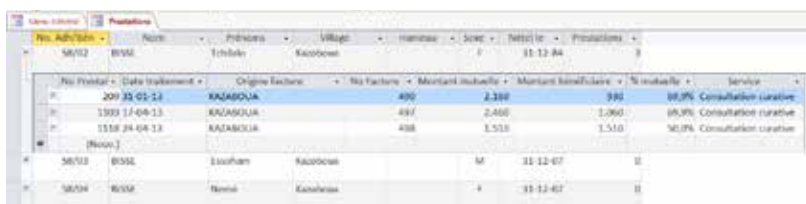
L'outil se base également sur toutes ces données pour fournir des rapports automatiques : par exemple, la liste des bénéficiaires qui ont payé leur cotisation et ayant droit à des interventions, le total des interventions par membre ou encore, un aperçu du nombre de membres par catégorie d'âge et par sexe. Par ailleurs, des indicateurs tels que le taux de sinistralité peuvent aussi être calculés sur la base de ces données.

Il s'agit d'une information très intéressante pour les gestionnaires des mutuelles : ils peuvent en un seul coup d'œil suivre la situation de la mutuelle de manière précise.

Cet outil de gestion n'est pas un concept théorique (voyez Figures 3 et 4) puisqu'il a été développé dans deux mutuelles de santé dans la Région Centrale du Togo, avec l'aide d'experts internationaux. En 2013, les mutuelles de Sotouboua et Tchaoudjo au Togo ont travaillé avec cet outil pendant quelques mois et elles ont servi de test à la mise en œuvre d'une informatisation des données. Il a donc fallu encoder manuellement les informations se trouvant sur le papier afin d'avoir une base de données utilisable, ce qui représente une charge de travail considérable.

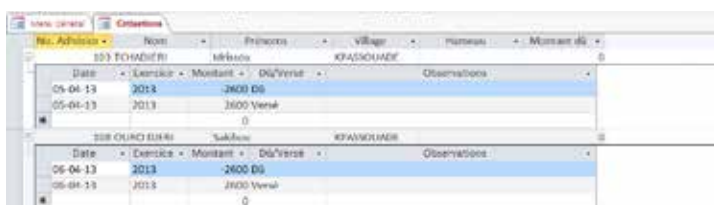
Cependant, ce projet n'a pas pu être poursuivi en raison de problèmes techniques. Entretemps, ceux-ci ont été résolus dans le cadre de cette étude. Louvain Coopération est actuellement en train de diffuser l'outil dans toutes les mutuelles qu'elle appuie au Bénin et Togo. L'objectif est de l'utiliser systématiquement et d'intégrer des données ou indicateurs supplémentaires.

Grâce à l'outil de gestion et à l'informatisation de certaines données, celles-ci ont pu être exploitées dans le contexte de cette recherche.



No. Adh/Date	Age	Prénoms	Village	Sexe	Date de	Prestations
209	32-02-12	KADABOUA				
1303	17-08-13	KADABOUA				
1318	24-04-13	KADABOUA				

FIGURE 3
Enregistrement des cotisations dans l'outil de gestion.



Date	Exercice	Montant	Diagnose	Observations
05-04-13	2013	2600 Dg		
05-04-13	2013	3600 Versé		

FIGURE 4
Enregistrement des prestations dans l'outil de gestion.

Chapitre 4 Analyse des données disponibles

4.1 Introduction

Les données rassemblées sont utilisées pour le fonctionnement et le suivi des mutuelles. Toutefois, elles permettent également d'avoir une image du profil des membres des mutuelles et de consommation en soins de santé.

Dans ce chapitre, les données disponibles ont été analysées. Pour ce faire, nous nous sommes focalisés sur les analyses les plus complémentaires possibles avec celles réalisées régulièrement en mutuelles (par exemple, la création d'indicateurs dans le tableau de bord). Les aspects suivants seront examinés :

- > le profil des membres des mutuelles (sur la base des listes des bénéficiaires),
- > les prestations remboursées par les mutuelles (sur la base du suivi des prestations dans les centres),
- > l'utilisation des soins de santé par membre (sur la base des données dans l'outil de gestion Access).

Nous avons réalisé l'analyse des données pour quelques mutuelles soutenues par Louvain Coopération. La méthodologie de l'analyse effectuée pour ces mutuelles de santé est transférable. Cette transférabilité permet qu'une grande partie des recommandations s'appliquent également aux autres mutuelles non prises en considération dans le cadre de cette étude, même si nous ne disposons pas des résultats spécifiques pour ces mutuelles.

Ainsi, en fonction de leur disponibilité, nous avons étudié les données des mutuelles dans les Régions Centrale et des Plateaux au Togo et dans l'Atacora au Bénin. Au Togo, il s'agit des mutuelles de Tchaoudjo, Blitta, Est-Mono, Sotouboua et Tchamba et au Bénin, des mutuelles de N'Dahonta et Coby.

4.2 Profil des membres des mutuelles

Les listes de bénéficiaires nous permettent d'avoir une image du profil des personnes qui s'affilient annuellement aux mutuelles. Avec ces informations, nous pouvons déterminer le profil des membres des mutuelles et si les mutuelles réussissent à atteindre l'entièreté de la population. Nous avons analysé ici les données des mutuelles des Régions Centrale et des Plateaux au Togo et de l'Atacora au Bénin.

La Figure 5 donne un aperçu de l'âge et du sexe des membres des mutuelles au Togo. Elle montre la proportion des affiliés dans une catégorie déterminée qui est définie par une tranche d'âge et l'appartenance à un sexe⁴. Par exemple, environ 9 pourcent des membres est un garçon entre 0 et 4 ans. Sur le même graphique, se trouve également la répartition de la population rurale du Togo selon l'âge et le sexe. Comparer les pyramides nous permet d'identifier les personnes qui deviennent membres ou non de la mutuelle.

En comparaison avec la population du Togo, nous constatons qu'au sein des mutuelles :

- > Les groupes suivants sont surreprésentés : les femmes entre 20 et 40 ans et les garçons (mais pas les filles) de 0 à 4 ans.
- > Les groupes suivants sont sous-représentés : les jeunes hommes (10-24 ans) et jeunes femmes (10-14 ans) et les personnes âgées (60 +).

Ces résultats correspondent de manière significative aux résultats liés à l'utilisation des soins de santé, comme nous le verrons dans la section l'analyse des dépenses (section 4.4). Les groupes surreprésentés sont exactement les mêmes groupes qui utilisent le plus de soins de santé et reçoivent les interventions les plus élevées dans la part des mutuelles.

Les femmes en âge de procréer (entre 20 et 40 ans) sont fortement surreprésentées au sein des mutuelles. Il semble logique que les femmes s'affilient plus rapidement vu qu'elles reçoivent des interventions pour les accouchements et les soins prénataux. Par ailleurs, elles ont souvent de jeunes enfants pour lesquels, nous le verrons plus tard, les interventions des mutuelles sont également plus élevées. Pour les femmes faisant partie de cette catégorie d'âge, une affiliation est donc particulièrement intéressante.

Concernant le fait qu'il y ait légèrement plus de garçons que de filles affiliés (entre 0 et 4 ans), les médecins-conseils qui se sont penchés sur ce phénomène apportent différentes explications. Dans certaines familles, les garçons occupent une place plus importante et ils seront plus rapidement emmenés au centre de santé lorsqu'ils sont malades. Il a également été suggéré

4

Les données proviennent d'une enquête représentative de la population du Togo réalisée en 2013/2014. Voir : «Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire - MPDAT/Togo, Ministère de la Santé - MS/Togo et ICF International, 2015. 'Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014'». Nous utilisons les données pour Togo rurale parce que les mutuelles en considération couvrent actuellement les populations rurales.

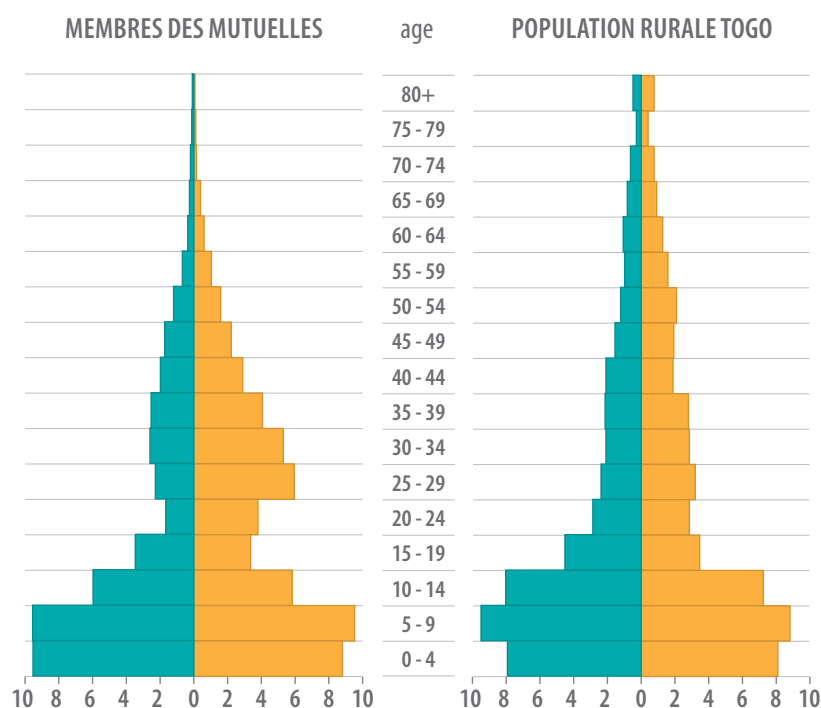


FIGURE 5
Répartition des membres des mutuelles (Togo, Région Centrale et Région des Plateaux) et de la population rurale du Togo, par sexe et groupe d'âge; 2015.

■ Homme
■ Femme

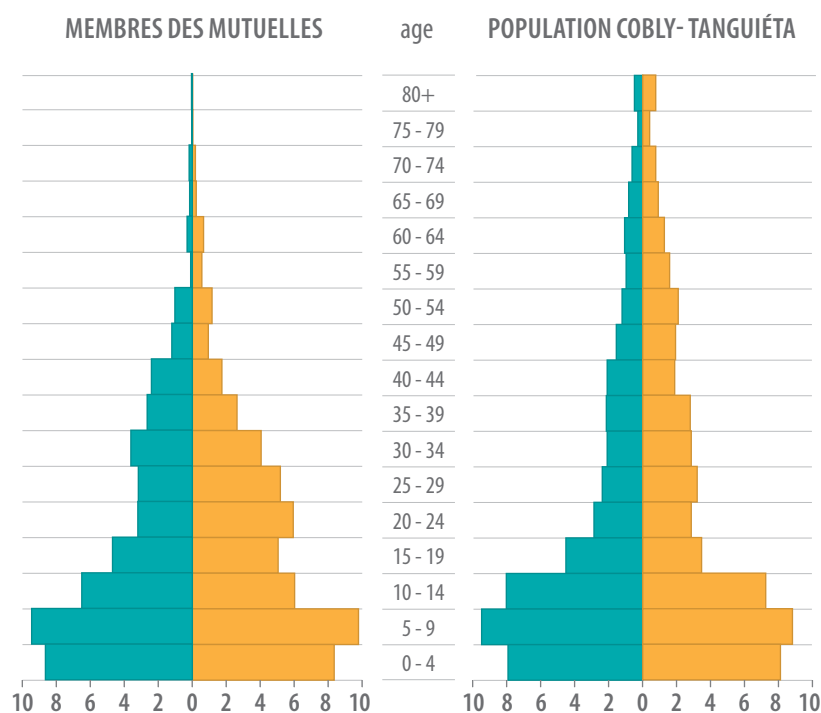


FIGURE 6
Répartition des membres des mutuelles (Bénin, Atacora) et de la population de la région dans laquelle travaillent les mutuelles, par sexe et groupe d'âge; 2015.

■ Homme
■ Femme

que les filles sont «plus résistantes» que les garçons. Les statistiques sanitaires montrent effectivement que la mortalité infantile (0 à 5 ans) au Togo et Bénin est plus élevée chez les garçons que les filles⁵. Dans tous les cas, nous verrons plus tard que l'intervention de la mutuelle pour les garçons de cette catégorie d'âge est plus élevée que pour celle des filles. Quelle que soit la raison, le remboursement plus important de la mutuelle peut également expliquer le pourcentage plus important d'affiliations.

5
"Unicef, United Nations, World Health Organization, World Bank, 'Levels & Trends in child mortality', 2015".

6

Mission de décentralisation, programme d'appui au démarrage des communes», 2006, «Etude sur le rôle des communes dans la promotion économique et la valorisation des filières porteuses», «Monographie de la commune de Cobly» et «Monographie de la commune de Tanguiéta». Ces rapports donnent le profil de la population pour chacune de ces communes. La Figure 6 (à droite) montre la moyenne pour les deux communes.

Pour la Figure 6, nous avons réalisé la même analyse pour les mutuelles de Cobly et N'Dahonta dans la région de l'Atacora au Bénin. Nous avons comparé le profil des mutuelles à celui de la population des communes dans lesquelles elles travaillent (Cobly et Tanguiéta)⁶.

Le profil des membres des mutuelles au Bénin est similaire à celui des mutuelles au Togo. Ici aussi, les femmes en âge de procréation sont surreprésentées et les personnes âgées, sous-représentées. Nous pouvons toutefois noter quelques divergences : par exemple, il n'y a pas de différence entre le nombre de garçons et de filles affiliés de 0 à 4 ans.

On constate aussi une légère surreprésentation des hommes de 30 à 34 ans. Une explication avancée est que ce groupe est également la cible d'autres interventions de Louvain Coopération. A travers ces interventions spécifiques, ces hommes pourraient rentrer plus facilement en contact avec les mutuelles.

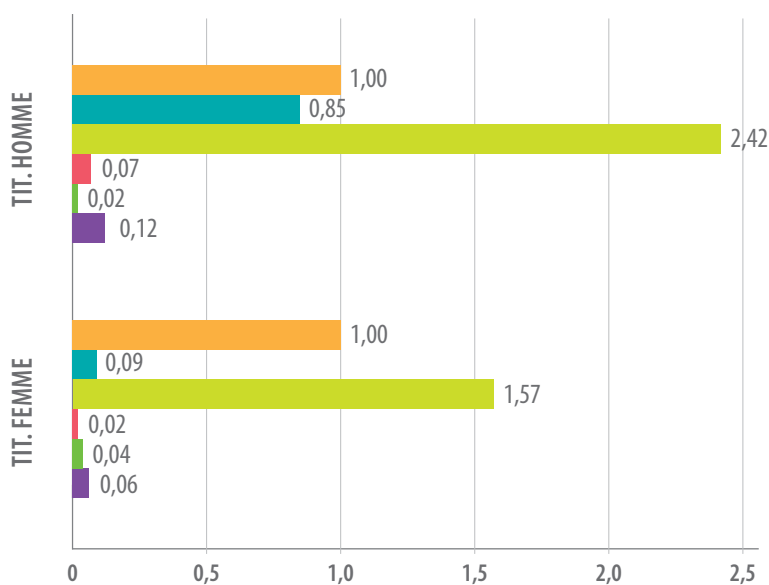
Globalement, le profil des membres au Bénin est donc similaire à celui des membres au Togo. Même si nous ne possédons aucune donnée pour le confirmer, il est probable que pour les mutuelles au Bénin, ce sont aussi les groupes bénéficiant des interventions les plus élevées qui deviennent le plus souvent membres de la mutuelle. Dans la suite de cette section, nous nous sommes concentrés sur les mutuelles au Togo, car les données disponibles pour ce pays sont un peu plus détaillées.

L'affiliation à la mutuelle concerne toute une famille qui prend la décision d'assurer ses membres contre les risques de maladie. La Figure 7 nous donne un aperçu de la composition des ménages affiliés. Une distinction est effectuée entre les ménages dont le titulaire est un homme ou une femme.

FIGURE 7

Composition des ménages affiliés à la mutuelle; Région Centrale et Région des Plateaux, Togo; 2015.
Nombre moyen de membres par ménage, par sexe du titulaire.

- Titulaire
- Conjoint
- Enfant
- Parent
- Petit enfant
- Autre



Nous constatons que les ménages affiliés se composent presque exclusivement du titulaire, de son (sa) partenaire et de leurs enfants. Episodiquement, les parents, frères et sœurs, ou autres membres de la famille du titulaire sont également affiliés, mais cette pratique demeure une exception.

On note une différence importante entre les ménages dont le titulaire est un homme et ceux dont c'est une femme.

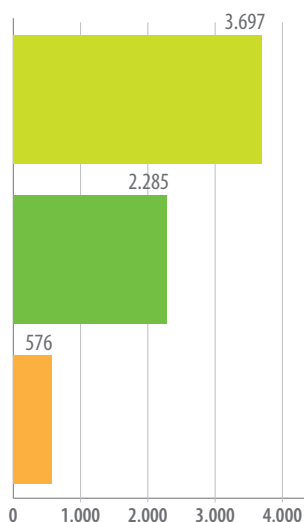
Lorsque le titulaire est un homme, sa compagne est également membre dans la plupart des cas. Même si une partie des ménages en Togo est polygame, il arrive très rarement (dans moins de 10 % des cas) que plusieurs femmes soient inscrites. Les familles avec un titulaire masculin semblent donc être des ménages monogames, même s'il est également possible qu'il s'agisse de ménages polygames dont le titulaire s'est affilié avec l'une de ces épouses.

Lorsque le titulaire est une femme, il est vraiment très rare qu'un homme soit également inscrit. Cela peut s'expliquer par le fait que la femme est veuve ou que l'homme n'est pas affilié car la femme fait partie d'un ménage polygame. Pour ces familles, il est autorisé que les différentes épouses s'inscrivent chacune en tant que ménage séparé avec leurs propres enfants. Il semble que les ménages polygames s'affilient principalement de cette manière.

La Figure 8 nous donne un aperçu du nombre de membres par ménage. Nous faisons une distinction entre les petits ménages (1-3 membres), les ménages moyens (4-6 membres) et les grands ménages (7 membres). Le graphique à gauche nous montre le nombre de ménages inscrits. La plupart des ménages sont de petites familles et le nombre de ménages comptant 7 membres ou plus est limité.

Pouvons-nous en déduire que les petites familles sont les plus importantes pour les mutuelles ? Il faut faire preuve de prudence dans cette affirmation, car les petits ménages sont ceux qui comptent par définition le moins de membres. La Figure 8 (à droite) illustre le nombre total de membres par type de ménage. Nous voyons que la moitié des membres fait partie d'un ménage moyen et que le nombre de membres présents dans les grands ménages n'est pas négligeable.

NOMBRE DE MÉNAGES



NOMBRE DE MEMBRES

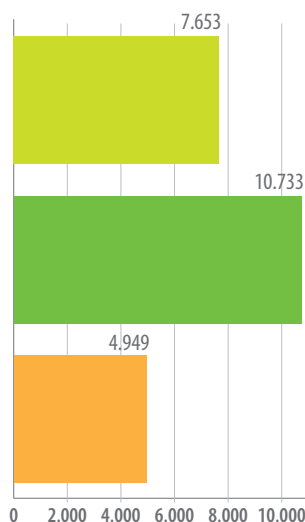


FIGURE 8

A gauche : nombre de ménages affiliés, sur la base de la taille du ménage.
A droite : nombre de membres affiliés, sur la base de la taille du ménage dont ils font partie; Région Centrale et Région des Plateaux, Togo, 2015.

- Petit ménage
- Ménage moyen
- Grand ménage

Une des préoccupations des mutuelles est d'atteindre les grandes familles. Etant donné que l'affiliation doit être payée par membre du ménage, le montant total que ces familles doivent payer est relativement élevé. C'est pourquoi, dans les mutuelles des Régions Centrale et des Plateaux au Togo, la cotisation par membre diminue lorsqu'une famille inscrit un nombre important de membres. Est-ce que cette mesure permet d'atteindre les grandes familles ?

Nous pouvons à nouveau comparer les ménages inscrits aux ménages du Togo rural pour essayer de répondre à cette question. Cette comparaison est toutefois loin d'être parfaite : puisque les femmes des ménages polygames peuvent s'inscrire séparément, les ménages mutualistes ne constituent pas des ménages « complets ». C'est pourquoi nous avons examiné les ménages dont le titulaire est un homme, car il semble moins probable que ces derniers soient des ménages polygames. Cette comparaison n'est pas parfaite non plus car, en procédant de la sorte, nous excluons principalement les grands ménages polygames. De plus, les gérants des mutuelles signalent que, même si c'est obligatoire, toute la famille n'est pas toujours inscrite. Nous devons donc nous montrer très prudents dans notre interprétation.

La taille moyenne d'une famille rurale au Togo (5,1) n'est pas si différente de celle d'un ménage mutualiste avec un titulaire masculin (4,5). Les mutuelles semblent donc attirer des familles typiques, et pas seulement les très petites familles.

Lorsque nous examinons les grandes familles (au moins sept membres), elles représentent 26 % dans le Togo rural contre seulement 16 % des familles inscrites avec un titulaire masculin. Cette constatation laisse penser que les grandes familles s'affilient moins rapidement à une mutuelle. Cependant, comme nous l'avons expliqué plus haut, cette comparaison est loin d'être parfaite et elle ne nous permet pas de nous prononcer définitivement sur cette question.

Malgré tout, les collaborateurs des mutuelles et de Louvain Coopération ont le sentiment qu'attirer de grandes familles reste difficile. Ces résultats, même s'ils n'apportent pas de réponse définitive, sont cohérents avec cette impression.

4.3 Prestations remboursées

Dans cette section, les prestations remboursées par les mutuelles ont été analysées. Tout comme dans la section précédente, nous avons examiné les données des mutuelles des Régions Centrale et des Plateaux au Togo et de l'Atacora au Bénin pour l'année 2015.

La couverture exacte et les modalités diffèrent d'une mutuelle à l'autre. Les mutuelles au Bénin ne proposent une couverture que pour les prestations dans les centres de santé locaux. Ces centres sont facilement accessibles, mais ils ne peuvent pratiquer que quelques interventions simples. Les mutuelles au Togo proposent également une couverture pour des opérations plus complexes dans les hôpitaux, mais elle demeure limitée.

Les conditions pour bénéficier des remboursements diffèrent aussi d'une mutuelle à l'autre. La plupart d'entre elles paient un pourcentage du prix de la prestation, souvent entre 50 et 70 %. Le membre doit alors payer lui-même les 30 à 50 % restants. D'autres mutuelles appliquent une franchise. Elles paient le montant total, à l'exception d'un montant fixe qui tourne autour des 1.000 FCFA (un peu moins de deux euros). Le membre doit alors toujours payer 1.000 FCFA de sa poche, quel que soit le prix total.

Dans le Tableau 2, vous trouverez, en guise d'illustration, un aperçu des prestations pour lesquelles la mutuelle de Tchaoudjo (Togo) est intervenue en 2015. Toutes les mutuelles prévoient une intervention pour les prestations réalisées dans les centres de santé locaux (soins curatifs, accouchements et consultations prénatales). Ces remboursements couvrent également les coûts des médicaments nécessaires. Les petites interventions chirurgicales sont plutôt exceptionnelles, en raison des moyens techniques limités dont disposent les centres de soins locaux. En comparaison avec les autres mutuelles, celle de Tchaoudjo propose une couverture assez large pour les prestations réalisées dans les hôpitaux telles que les interventions chirurgicales urgentes ou les hospitalisations médicalisées (mais pas d'opérations chirurgicales planifiées). Lorsqu'une couverture pour les soins en hôpitaux est proposée, elle comprend généralement les soins pédiatriques, les césariennes et le traitement des morsures de serpent.

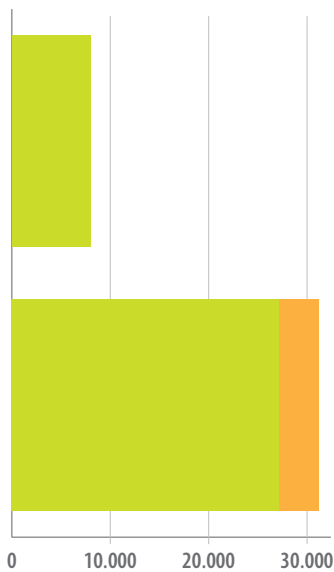
TABLEAU 2

Couverture de la mutuelle Tchaoudjo; Togo, 2015.

PRESTATION	CENTRE DE SOINS	INTERVENTION DE LA MUTUELLE (pourcentage du montant total)
Soins curatifs	Local	60 %
Accouchement	Local	50 %
Consultations prénatales	Local	50 %
Petites interventions chirurgicales	Local	60 %
Hospitalisation médicalisée	Hôpital	60 %
Interventions chirurgicales urgentes	Hôpital	100 %
Pédiatrie : malaria grave avec anémie	Hôpital	60 %
Césarienne/Grossesse extra-utérine	Hôpital	100 %
Morsure de serpent	Hôpital	60 %

Analysons à présent l'utilisation de ces prestations. La Figure 9 montre le nombre de prestations et le total des remboursements des mutuelles, ainsi que les proportions des prestations en centres de soins locaux et en hôpitaux. Au Bénin, seules les prestations dans les centres de santé locaux sont remboursées. Au Togo, une intervention est également prévue pour certaines prestations à l'hôpital, mais cela ne concerne qu'un nombre limité de prestations. Malgré tout, le coût total des prestations à l'hôpital au Togo n'est pas négligeable, car ces prestations sont sensiblement plus chères.

NOMBRE DE PRESTATIONS



REMBOURSEMENT TOTAL (FCFA)

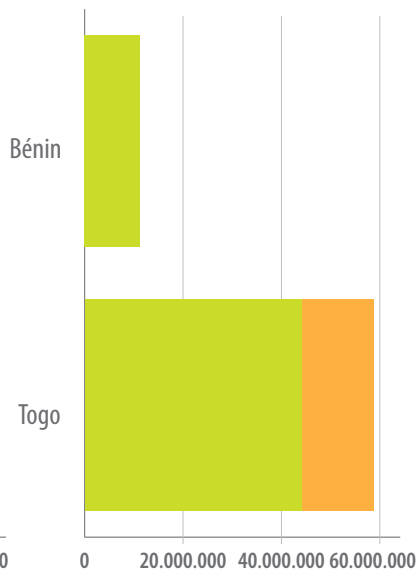


FIGURE 9

A gauche : nombre de prestations avec intervention de la mutuelle. A droite : montant total des remboursements; 2015.

- Centre local
- Hôpital

Le nombre de prestations à l'hôpital reste faible pour différentes raisons. Tout d'abord, seul un nombre limité de prestations réalisées à l'hôpital est remboursé, même si les mutuelles essayent, à la demande de leurs membres, d'étendre leur couverture pour ces « gros risques ». Ensuite, c'est un système de renvoi qui est appliqué : les soins reçus à l'hôpital ne sont remboursés que si le patient y a été envoyé par un centre local. En d'autres termes, la prestation réalisée à l'hôpital n'est remboursée que si elle ne peut pas avoir lieu dans un centre de soins local. Enfin, les frais de déplacement constituent une barrière importante pour un certain nombre de patients. Se rendre à l'hôpital peut coûter cher et prendre beaucoup de temps, surtout si la personne a des difficultés pour se déplacer. Il est à noter que les mutuelles n'interviennent pas dans les frais de transport.

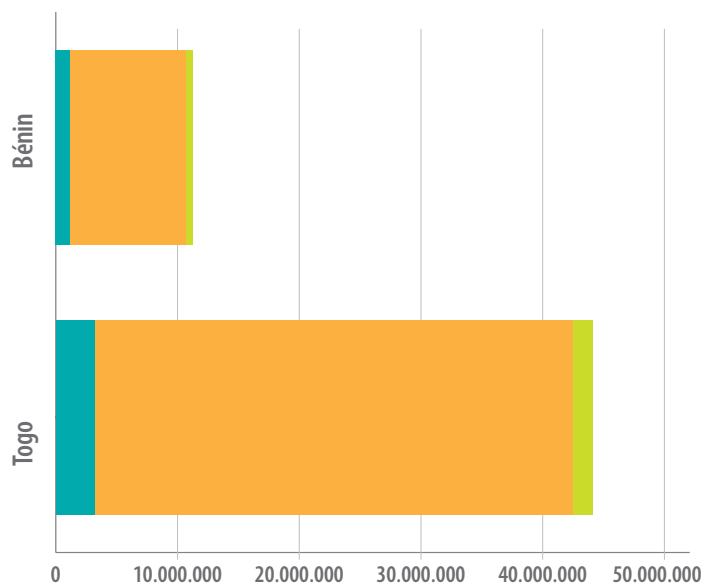


FIGURE 10

Remboursement total des mutuelles pour des prestations réalisées dans les centres locaux; 2015. (En FCFA)

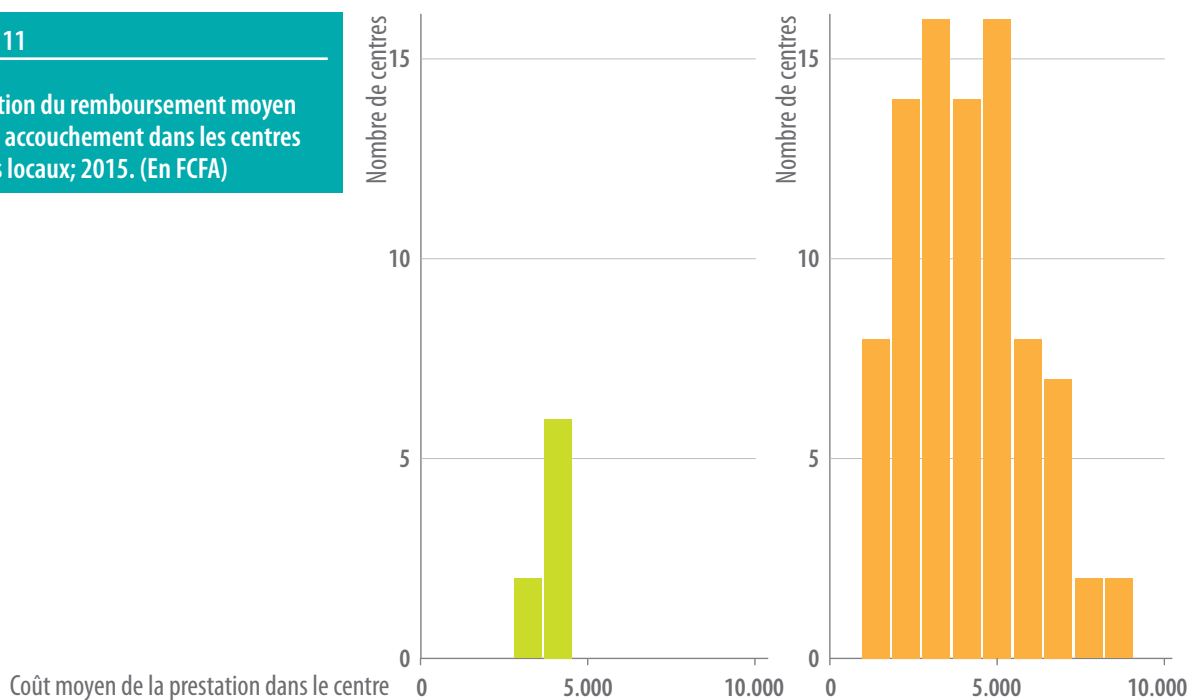
- Accouchement simple
- Consultation curative
- Consultation prénatale



FIGURE 11

Répartition du remboursement moyen pour un accouchement dans les centres de soins locaux; 2015. (En FCFA)

■ Bénin
■ Togo



La majeure partie des interventions concerne donc des prestations réalisées dans les centres de soins locaux. La Figure 10 donne un aperçu des différents types de prestations : tant au Bénin qu'au Togo, une petite partie des prestations regroupe les soins prénatals et les accouchements.

Toutes les autres prestations sont des «soins curatifs»⁷, qui comprennent les traitements pour différentes affections. Les maladies les plus fréquentes sont la malaria, les infections des voies respiratoires, l'anémie, la diarrhée et d'autres infections gastro-intestinales, sans oublier les blessures.⁸ Ces traitements sont toutefois regroupés dans les données sous la classification «soins curatifs» et nous ne pouvons pas donner d'aperçu plus détaillé des remboursements des mutuelles pour ces différentes maladies.

Ces données nous permettent aussi de comparer les différents centres. Dans la Figure 11, les centres sont examinés sur la base du coût moyen d'un accouchement. Par exemple, nous voyons qu'au Bénin, il y a six centres dont le coût moyen d'un accouchement est d'environ 4000 FCFA. Le Togo est caractérisé par de grandes différences entre les centres : dans certains d'entre eux, un accouchement coûte en moyenne près de 10.000 FCFA, alors que dans d'autres, ce coût s'élève à seulement 2.000 FCFA.

Plusieurs raisons expliquent ces grandes différences de prix. Même si tous ces centres sont qualifiés de «centres de soins locaux», ils ne sont pas logés à la même enseigne. Certains centres sont plus avancés et peuvent réaliser des accouchements plus difficiles (et donc plus chers). Cet élément ne peut toutefois pas expliquer les différences. Au sein d'un seul et même centre, certains prestataires facturent parfois des montants différents.

7

En principe, le traitement des morsures de serpent est également remboursé dans les centres locaux. Néanmoins, ces soins sont en pratique souvent prodigués dans les hôpitaux, car les centres locaux ne sont pas encore en mesure de le faire.

8

Pour plus de détails, voir «Ministère de la santé, zone sanitaire de Tanguéta-Matéri-Cobly; Annuaire des statistiques sanitaires, 2015».

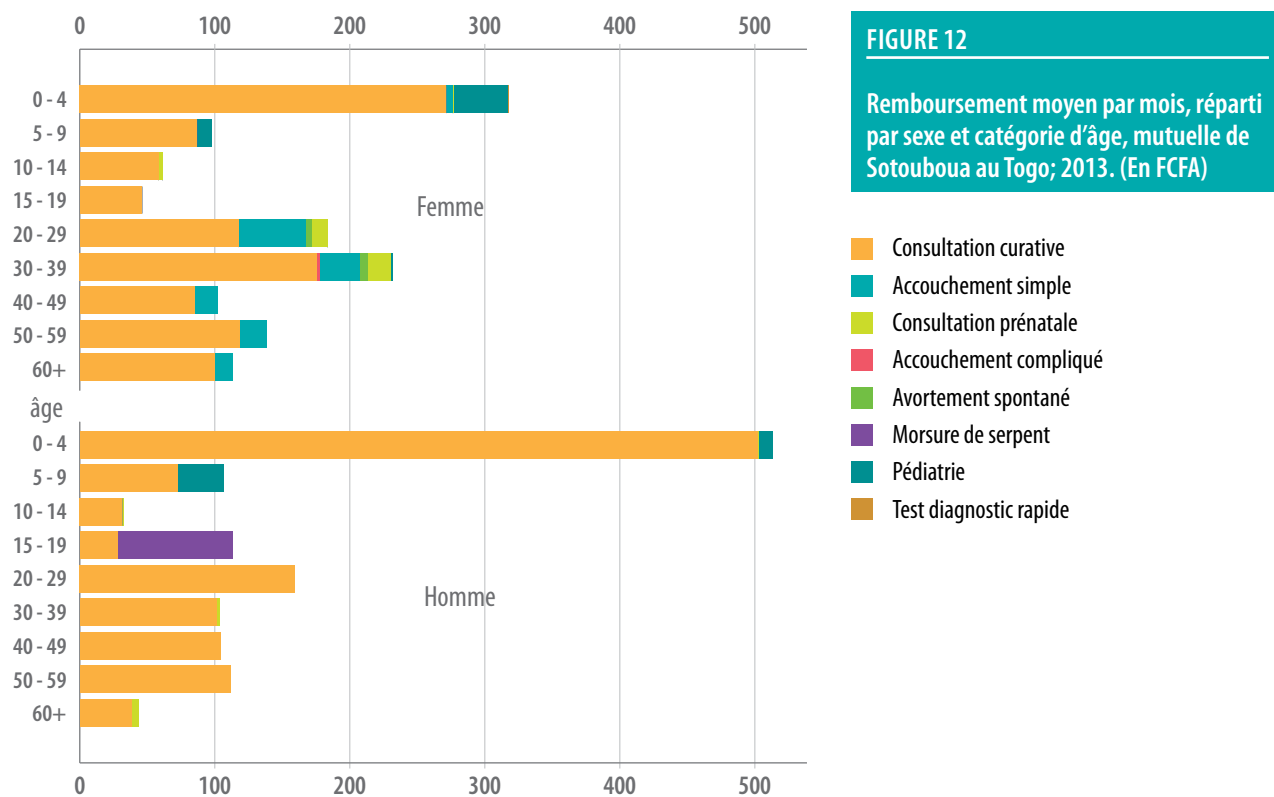
4.4 Exploitation des données individuelles

Les dernières données que nous avons analysées sont les données individuelles sur les membres, enregistrées dans l'outil de gestion.

De janvier à avril 2013, la mutuelle de Sotouboua au Togo a encodé des informations sur ses membres et sur les remboursements de prestations. Les prestations ont été enregistrées chacune séparément dans l'outil, avec toutes les informations sur le membre qui a reçu l'intervention. Ces données nous permettent de réaliser des analyses plus détaillées et, plus particulièrement, d'identifier les groupes qui ont les frais les plus élevés pour leurs soins de santé.

La Figure 12 nous montre un aperçu du remboursement moyen par mois pour les membres, sur la base de leur âge et de leur sexe. Les différences entre les groupes sont relativement importantes. Ce sont les jeunes enfants (0-4 ans) qui reçoivent les remboursements les plus élevés. Si nous examinons ces chiffres en détail, nous constatons que ce sont surtout pour les enfants de 0 à 2 ans que les dépenses sont les plus importantes.

Les dépenses pour les jeunes garçons sont supérieures à celles pour les filles⁹, car le nombre de visites est plus élevé pour eux. Comme nous l'avons mentionné dans la Section 4.2, les médecins-conseils avancent différentes explications : les garçons auraient un rôle plus important au sein de la famille et tomberaient plus vite malades, ce qui est confirmé par les taux de mortalités qui sont plus élevés chez les garçons que chez les filles (0-5 ans).



Nous voyons également que les dépenses sont supérieures pour les femmes entre 20 et 40 ans, car elles reçoivent des remboursements supplémentaires pour leurs grossesses et les soins prénataux.

Enfin, nous pouvons voir que les personnes âgées reçoivent en moyenne moins de remboursements. C'est une différence importante par rapport aux dépenses dans les pays occidentaux. Les dépenses pour les personnes âgées y sont plus élevées, entre autres parce que celles-ci souffrent plus souvent de maladies chroniques. Ces maladies chroniques, telles que le diabète par exemple, ne sont bien souvent pas traitées dans les centres de santé locaux au Bénin et au Togo. Il n'y a pas non plus d'intervention des mutuelles dans la prise en charge des maladies chroniques.

Veuillez noter que tous les résultats dans cette section doivent être interprétés avec prudence. Les données sont en effet limitées et ne concernent qu'une seule mutuelle pour une période

9

La différence entre les jeunes garçons et les filles n'est toutefois pas significative d'un point de vue statistique. La différence pourrait aussi être due au hasard.

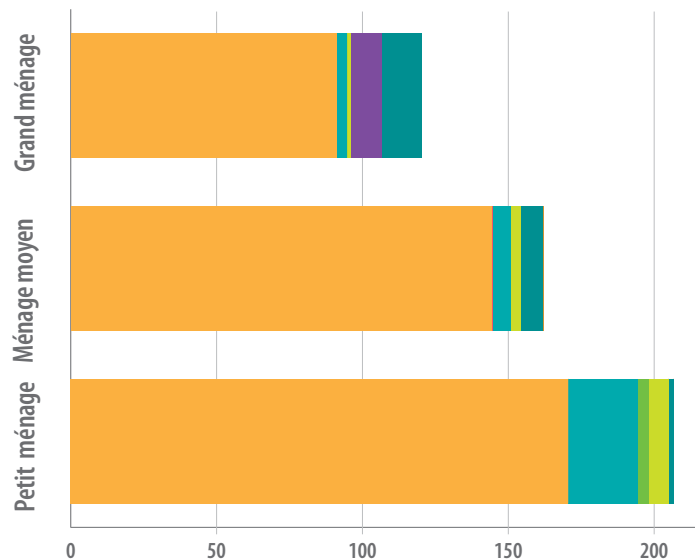
de 4 mois. Par exemple, la moyenne des remboursements pour les garçons entre 15 et 19 ans est particulièrement élevée en raison d'un seul remboursement (élevé) pour une morsure de serpent.

Un autre groupe de membres pour lesquels la moyenne des remboursements est également élevée est constitué par les membres des petites familles. La Figure 13 illustre le remboursement moyen par membre, sur la base de la taille des ménages. Le remboursement moyen pour un membre d'une petite famille est presque deux fois plus élevé que le remboursement pour un membre d'une grande famille.

FIGURE 13

Remboursement moyen par membre, sur base du nombre de membres dans le ménage, mutuelle de Sotouboua au Togo; 2013. (En FCFA)

- Consultation curative
- Accouchement simple
- Consultation prénatale
- Accouchement compliqué
- Avortement spontané
- Morsure de serpent
- Pédiatrie
- Test diagnostique rapide

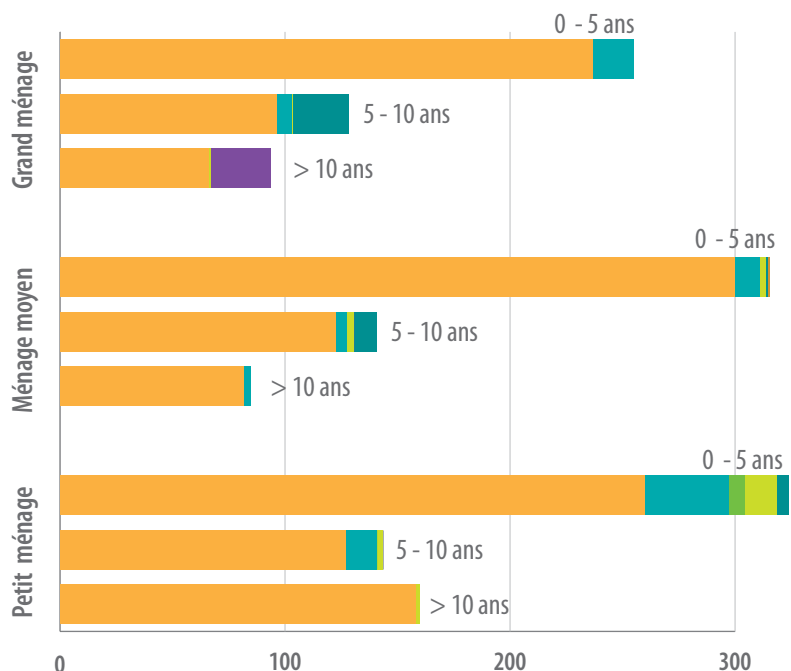


Pourquoi les membres des petites familles reçoivent-ils des remboursements plus importants ? Pour répondre à cette question, nous avons à nouveau séparé les résultats dans la Figure 14, cette fois sur la base de l'âge moyen des enfants du ménage. Nous constatons alors que les différences entre les petites et grandes familles s'amenuisent.

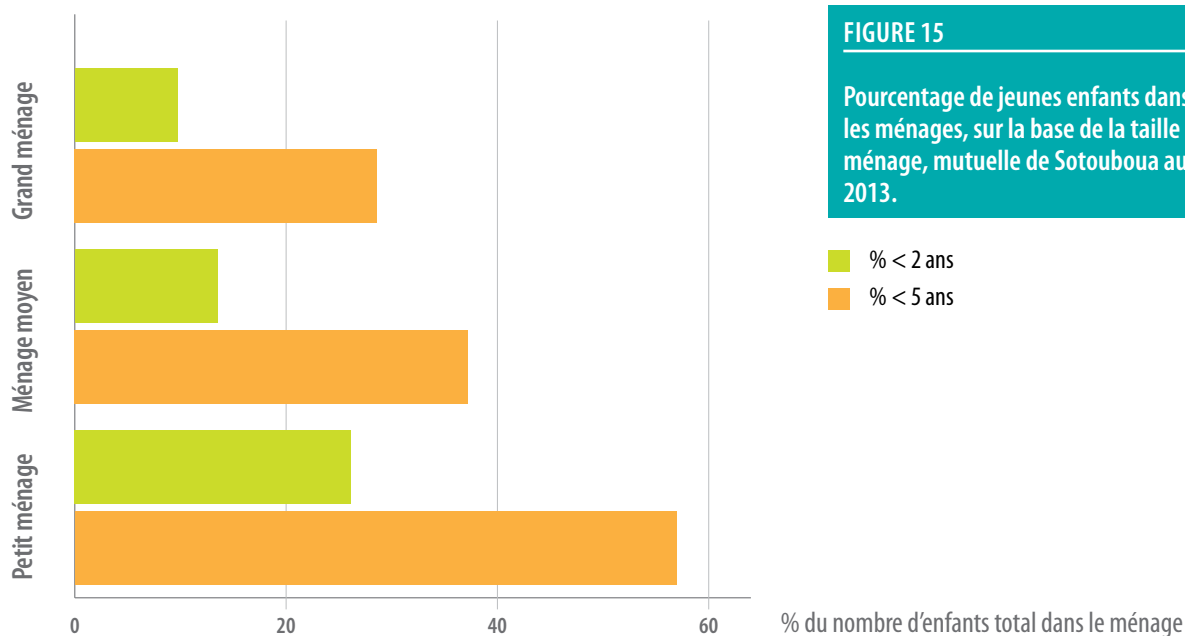
FIGURE 14

Remboursement moyen par membre, sur la base de la taille du ménage et de l'âge moyen des enfants du ménage, mutuelle de Sotouboua au Togo; 2013. (En FCFA)

- Consultation curative
- Accouchement simple
- Consultation prénatale
- Accouchement compliqué
- Avortement spontané
- Morsure de serpent
- Pédiatrie
- Test diagnostique rapide



Les différences principales concernent les familles avec de jeunes et de grands enfants. Lorsque l'âge moyen des enfants est de moins de 5 ans, les dépenses sont deux à trois fois plus élevées que lorsque l'âge moyen est de plus de 10 ans. Ces résultats ne sont pas étonnants; nous avons déjà pu constater que les jeunes enfants reçoivent beaucoup de remboursements plus élevés. Cette donnée explique aussi les différences entre les grandes et les petites familles. Les petites familles reçoivent des remboursements plus élevés, car elles ont plus de jeunes enfants. La Figure 15 confirme que les petites familles ont effectivement plus d'enfants en bas âge.



Nous avons constaté à plusieurs reprises au fil de l'analyse que les groupes qui reçoivent des remboursements moyens sont les plus à même de devenir membres. Ce n'est pas nécessairement étonnant. Il est en effet plus intéressant pour ces personnes de devenir membres en raison du panier de soins offerts et des interventions plus élevées.

Il est toutefois important pour les mutuelles d'en comprendre les raisons. Il serait d'ailleurs intéressant d'atteindre une partie représentative de la population, y compris les personnes qui ont de faibles dépenses en soins de santé, afin de limiter les remboursements des mutuelles. Ceci contribue à la stabilité financière de la mutuelle (baisse des taux de sinistralité) et peut contribuer à ce que le montant des cotisations reste limité pour les membres.

Deux hypothèses peuvent expliquer pourquoi les mutuelles attirent les personnes qui ont des dépenses élevées en soins de santé. Tout d'abord, les mutuelles appliquent la règle selon laquelle toute la famille doit devenir membre lors d'une inscription, justement pour éviter qu'un ménage n'inscrive que les personnes malades qui ont un besoin élevé de soins de santé. Une première hypothèse est donc que cette règle n'est pas suffisamment respectée. Les membres des mutuelles ont des dépenses en soins de santé plus élevées parce que seuls sont inscrits les membres de la famille qui sont susceptibles de recourir aux services offerts. Ce phénomène est connu dans la littérature sous le nom de «sélection adverse».

Il y a toutefois une seconde hypothèse. Il se peut que la règle relative à l'inscription de toute la famille soit bien respectée, mais que ce sont précisément les familles dont les besoins en soins de santé sont les plus importants qui s'affilient.

La différence entre les deux hypothèses est subtile et le résultat final est le même : la mutuelle couvre les personnes parmi la population qui ont les dépenses les plus élevées en soins de santé. Il est toutefois important que les mutuelles puissent faire la distinction :

- > S'il s'avère que la première hypothèse est vraie, les mutuelles doivent veiller à ce que les règles existantes soient mieux respectées.
- > Si c'est la seconde hypothèse qui correspond à la réalité, elles doivent essayer d'atteindre aussi les familles qui ont moins de frais de maladie.



Pouvons-nous, en nous basant sur les données dont nous disposons, déterminer laquelle de ces hypothèses est vraie ? A moins qu'elles ne se vérifient toutes les deux ? La tâche n'est pas aisée et les données à notre disposition ne nous permettent pas de faire une distinction formelle entre les hypothèses.

La première hypothèse est, au moins, partiellement vraie. Les collaborateurs des mutuelles et de Louvain Coopération expliquent qu'il arrive parfois que toute la famille ne soit pas inscrite. Malgré les efforts soutenus des mutuelles, il est difficile de toujours vérifier l'application de cette règle.

Il est néanmoins essentiel de souligner que les données sont pour le moins compatibles avec la seconde hypothèse. Nous voyons par exemple que les petites familles bénéficient d'interventions plus élevées. Ce qui peut s'expliquer par le fait que ces familles comptent de jeunes enfants. De plus, les titulaires de ces jeunes familles sont en moyenne plus jeunes. Il semble donc s'agir effectivement de jeunes familles, plus petites par définition (et non pas de familles qui affilient uniquement leurs enfants malades). Les données nous suggèrent dès lors que la seconde hypothèse se vérifie, ou du moins en partie, et qu'il n'y a pas nécessairement de gros problème concernant l'inscription de la famille au complet. Nous y reviendrons plus en détails dans la Partie III, pour les mutuelles de l'Atacora au Bénin.

Dans la présente section, les données informatisées et disponibles dans l'outil de gestion ont été analysées. Les responsables des mutuelles de Sotouboua et Tchaoudjo ont déjà réalisé une évaluation de cet outil sur la base de leurs premières expériences. Leur appréciation est positive et ils avancent des suggestions pour améliorer l'outil. Nous y reviendrons dans les recommandations.

Chapitre 5 Recommandations

Les analyses présentées dans les sections précédentes montrent que les mutuelles au Togo et au Bénin soutenues par Louvain Coopération ont déjà rassemblé et numérisé un grand nombre de données qui permettent la réalisation d'analyses utiles. En vue de professionnaliser davantage les mutuelles de santé, il est nécessaire d'accompagner les efforts accomplis par les acteurs sur le terrain et de proposer des pistes d'amélioration.

Dans cette section, nous formulons des recommandations sur la base des résultats des analyses quantitatives, de notre connaissance de pratiques mutualistes et du contexte dans lequel évoluent les mutuelles, en tenant compte notamment de l'impact du programme MASMUT et de son futur développement dans les régions considérées.

Différents domaines ont été passés en revue. La Section 5.1 est consacrée à la gestion et à l'exploitation des données, la Section 5.2 au fonctionnement des mutuelles de santé. Celles-ci s'intègrent dans un contexte régional, national et international et la Section 5.3 traite de leur collaboration avec les autres acteurs et de la coordination du réseau mutualiste.

La liste des recommandations est longue et ambitieuse. Par conséquent, il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que les mutuelles qui disposent de moyens limités puissent rapidement implémenter toutes ces recommandations. C'est la raison pour laquelle nous indiquons une estimation de la priorité accordée à chacune de ces recommandations : haute, moyenne ou faible. Ces priorités ont été déterminées par les résultats de la recherche. Elles sont proposées par les chercheurs et elles ont fait ensuite l'objet d'une validation par les collaborateurs de Louvain Coopération.

5.1 Gestion et exploitation des données

5.1.1 Utiliser un seul outil de gestion pour tous les processus de gestion de données dans la mutuelle

[Priorité : haute]



Afin de pouvoir gérer les données de la façon la plus efficace possible, nous recommandons de centraliser toutes les données dans un seul outil de gestion. Cet outil doit être en mesure de traiter l'ensemble des données relatives aux membres, aux cotisations payées et aux remboursements.

L'outil de gestion que certaines mutuelles ont déjà utilisé répond déjà à ces conditions. Nous conseillons de poursuivre le développement de cet outil et nous formulons ci-après des recommandations quant à son développement.

Les responsables des mutuelles ayant travaillé avec l'outil ont effectué une évaluation. Globalement, celles-ci est positive mais ils suggèrent quelques améliorations techniques comme le calcul automatique des cotisations qu'il reste à payer ou le contrôle systématique de l'adhésion du membre lors de l'encodage de nouvelles prestations.

Il est primordial que cet outil remplace tous les outils existants. L'outil doit donc pouvoir générer automatiquement les listes de membres, les tableaux de bord, le suivi des prestations dans les centres de santé, etc. Même si l'enregistrement des données prend du temps, il devrait permettre un gain d'efficacité. Lorsque les certificats et autres données ont été encodés dans l'outil, il n'est plus nécessaire de les parcourir manuellement pour rassembler les informations.

Un tel outil pourrait aussi être développé avec les mutuelles d'autre pays. Nous reviendrons sur ce sujet dans les recommandations relatives à la collaboration internationale (Section 5.3).

5.1.2 Utiliser l'outil de gestion comme moyen de suivi efficace de la situation de la mutuelle

[Priorité : haute]



L'outil de gestion permettrait de générer automatiquement des données qui sont aujourd'hui collectées manuellement. Les tableaux de bord et le suivi des prestations dans les centres qui sont utilisés actuellement afin d'examiner régulièrement la situation financière de la mutuelle doivent pouvoir être consultés par le biais de l'outil de gestion.

L'un des avantages de l'outil informatique est de réaliser un suivi beaucoup plus détaillé. Cette possibilité serait particulièrement utile pour le médecin-conseil qui disposerait de meilleures informations afin d'agir plus efficacement et d'effectuer des contrôles plus ciblés. De cette façon, les mutuelles ont des instruments visant à garder leurs coûts sous contrôle.

Il est également important que les utilisateurs de l'outil, comme les gérants des mutuelles, sachent correctement l'utiliser et en exploiter toutes les possibilités. Ceux-ci ont par ailleurs exprimé leur souhait d'être formés à des outils comptables et d'avoir également accès à ces logiciels. Des formations adéquates devraient donc être organisées lorsque l'outil sera mis à la

disposition de ses utilisateurs et un volet devrait être consacré à l'exportation de résultats (sous forme de tableaux et graphiques) afin que les gestionnaires puissent facilement montrer les statistiques aux non-utilisateurs.

Voici quelques exemples d'analyses :

- > La détection des prestataires de soins caractérisés par un nombre élevé de prestations. Existe-t-il des prestataires qui facturent plus de prestations que nécessaire ? Si la réponse est positive, il peut s'agir d'un cas de fraude.
- > La détection des membres avec un nombre élevé de prestations. De même, si le nombre d'interventions est anormalement élevé, il peut s'agir d'une indication de fraude.
- > Le nombre de visites par prestataire ou par centre de santé pour lesquelles des médicaments ont été prescrits, ainsi que le type de médicaments et la quantité prescrite. Des différences dans le comportement de prescription peuvent ainsi être détectées et, le cas échéant, corrigées par le médecin-conseil.
- > L'évolution des coûts par prestation et par prestataire de soins. Existe-t-il des prestataires qui facturent des prestations avec des coûts beaucoup plus élevés que d'autres, pour la même prestation ? Qui sont-ils ?
- > Le suivi d'une campagne d'affiliation et en particulier, les difficultés de paiement au début de la campagne.
- > Une connaissance plus approfondie du profil des membres. Les données de l'outil permettent de montrer quels sont les groupes de la population (par tranche d'âge et sexe) qui deviennent membres de la mutuelle et par conséquent, ceux qui ne s'inscrivent pas (voir les analyses effectuées dans la Section 4.2).
- > La fixation du montant des remboursements pour des sous-groupes de membres. A quel âge les remboursements sont-ils le plus et le moins élevés ? Si la mutuelle répertorie les inscriptions de groupe, elle pourrait comparer la consommation des membres appartenant à un groupe à celle des membres qui se sont inscrits individuellement.

Ces exemples sont des exemples parmi d'autres. L'outil actuel est par ailleurs déjà capable de créer de tels rapports. Il est toutefois important d'élargir aussi le reporting automatique chaque fois que des informations supplémentaires sont ajoutées dans l'outil (par exemple, sur les médicaments ou les prestataires de soins). Cette possibilité permet d'utiliser au mieux ces informations complémentaires dans le fonctionnement de la mutuelle.

[Priorité : haute]



5.1.3 Enregistrement détaillé des motifs de consultation

Le motif de la visite chez le prestataire de soins est déjà enregistré dans l'outil actuel (soins curatifs, soins prénataux,...). La majeure partie des prestations fait partie des soins curatifs. Toutefois, comme cette catégorie regroupe différents types de traitements, cette classification n'apporte pas beaucoup d'informations.

Nous conseillons dès lors de découper la catégorie des soins curatifs en plusieurs catégories plus détaillées (traitement de la malaria, malaria grave, infections des voies respiratoires, anémie, etc.). Ceci permettra d'obtenir une image plus précise des remboursements de la mutuelle. De plus, des données détaillées permettent aussi de réaliser des prévisions plus précises des dépenses futures. Sur la base de ces données, les mutuelles pourront mieux estimer les cotisations que les membres paient, ce qui est tout bénéfique pour la stabilité financière des mutuelles.

Un prestataire de soins peut être consulté pour plusieurs motifs. Il est donc important que l'outil mentionne les différentes raisons d'une consultation.

Proposer une recommandation sur la répartition exacte en différentes catégories de soins dépasse le cadre de cette étude, mais l'une des possibilités est de s'aligner sur les catégories utilisées par les autorités en matière de santé. Les centres de santé doivent déjà enregistrer leurs traitements et indiquer un motif de visite. Utiliser ces mêmes catégories rendrait une comparaison plus aisée et limiterait autant que possible une charge administrative supplémentaire.

[Priorité : faible]



5.1.4 Enregistrement du prestataire de soins

Actuellement, lors de l'enregistrement des prestations, le centre de santé est mentionné, mais pas le prestataire qui a traité le patient. Il y a toutefois des différences, au sein d'un même centre, dans les pratiques des prestataires en ce qui concerne le coût des traitements, le comportement de prescription et la fraude éventuelle.

Enregistrer le prestataire de soins permettrait au médecin-conseil d'agir de manière beaucoup plus ciblée lors de la détection de prestataires dont le comportement s'éloigne des autres

(beaucoup de prescriptions, beaucoup de traitements, etc.). Lorsque le médecin-conseil est en mesure d'assurer un meilleur suivi des prestataires de soins, il est possible que les directives de la mutuelle soient mieux respectées.

5.1.5 Enregistrement spécifique des médicaments

Prescrire trop de médicaments et trop systématiquement est un problème qui est signalé régulièrement. La surconsommation de médicaments entraîne un coût supplémentaire important, tant pour les patients que pour les mutuelles.

Pour en assurer le suivi, il est nécessaire de savoir précisément combien de médicaments sont prescrits. Les attestations actuelles ne font aucune distinction entre l'intervention pour la consultation et pour les médicaments. C'est pourquoi nous conseillons à court terme de mentionner séparément le coût pour la consultation et le coût pour la médication.

Lors d'une phase ultérieure, il sera également conseillé d'encoder les médicaments en plus ample détail. Les médicaments peuvent être enregistrés individuellement ou bien par groupe. L'important est qu'un code soit attribué à chaque médicament - ou groupe de médicaments - afin qu'il puissent être enregistré et analysé efficacement. On pourrait aussi envisager d'encoder séparément le coût pour les actes en laboratoire. Lorsque le panier des soins offert par la mutuelle couvrira des prestations en milieu hospitalier, ces frais risquent de devenir importants. Disposer d'informations plus détaillées sur les médicaments présente différents avantages. Actuellement, les conditions de remboursement sont identiques pour tous les médicaments parce qu'ils ne font pas l'objet d'une distinction. Les séparer par catégorie permet de différencier les remboursements.

Par ailleurs, le suivi du comportement de prescription des prestataires de soins constitue une tâche importante pour le médecin-conseil. S'il dispose d'informations plus détaillées sur les médicaments prescrits, il peut assurer un suivi plus efficace et plus rapide du comportement de prescription et intervenir plus vite, le cas échéant.

[Priorité : haute]



5.1.6 Enregistrement d'informations complémentaires sur les membres

Actuellement, les mutuelles enregistrent un nombre limité d'informations sur les membres comme l'âge, le sexe et le lien de parenté avec le titulaire. Des informations additionnelles pourraient être collectées et nous en avons listé quelques-unes.

> Plus d'information sur la polygamie.

Dans le cas d'un ménage polygame, une autre épouse avec ses enfants a la possibilité de s'inscrire séparément, son mari étant déjà inscrit avec sa première famille. Comme cette information n'est pas recensée, l'analyse des tailles des ménages est limitée (voir Section 4.2). Il serait donc intéressant d'enregistrer si un ménage est polygame et si une inscription concerne le ménage «complet» ou seulement une partie d'un ménage polygame.

> Information sur les inscriptions de groupe.

Quand les mutuelles utiliseront d'avantage le système d'inscription de groupe, il serait opportun de suivre les dépenses pour les personnes faisant partie d'un groupe. Le type d'inscription (groupe versus individu) devrait donc être mentionné.

> Indicateurs de pauvreté.

Une mutuelle a tout intérêt à connaître le taux de pauvreté de ses membres. Les mutuelles arrivent-elles à atteindre les personnes vulnérables dans la communauté ? Comment le taux de pauvreté des membres évolue-t-il dans le temps ? Pour mesurer le taux de pauvreté, il existe des indicateurs simples et validés scientifiquement.¹⁰

[Priorité : faible]



5.1.7 Certificats : les compléter facilement et les encoder efficacement

Notre étude comporte différentes recommandations sur l'utilisation d'un outil de gestion et sur l'enregistrement des informations complémentaires. Ceci implique que les certificats doivent être encodés systématiquement dans l'outil de gestion. Même si cet outil entraîne un gain d'efficacité en remplaçant certaines tâches, l'enregistrement de tous ces certificats continuera à prendre du temps. Les mutuelles disposent de moyens limités et cette tâche constitue pour elles un point d'attention important.

Il est dès lors essentiel que les certificats soient conçus de façon à être facilement enregistrés. Voici quelques suggestions d'amélioration.

> Le «texte libre» dans lequel le prestataire note certaines informations doit être évité autant que possible. Encoder ces informations, et ensuite les analyser, demande beaucoup de temps. Par exemple, les motifs les plus récurrents de consultation chez le prestataire de soins peuvent être mentionnés sur le certificat afin de pouvoir les cocher.

> Par ailleurs, il est important d'utiliser des codes. On pourrait attribuer un code à chaque centre de santé et à chaque prestataire de soins. Ce code doit figurer sur l'attestation.

[Priorité : moyenne]



10

Voyez, par exemple, www.progressoutofpoverty.org/fr Ils proposent dix indicateurs, adaptés au pays concerné, qui permettent d'estimer le taux de pauvreté.

[Priorité : moyenne]



5.1.8 Utiliser des numéros d'identification uniques pour les membres et ne pas en changer

L'enregistrement des données par membre permet de répertorier toutes ses dépenses en soins de santé et d'effectuer des analyses complémentaires. Par exemple : toutes les femmes qui accouchent ont-elles bénéficié d'une visite prénatale ? Quels sont les membres avec une consommation annuelle de médicaments très élevée ?

Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de pouvoir identifier les membres sur la base d'un numéro d'identification. Ce numéro doit être unique (un seul numéro pour un seul membre) et stable (une fois que le membre a reçu son numéro, il ne change plus).

Les mutuelles travaillent déjà avec un numéro d'identification. Il s'agit d'un numéro par ménage et, au sein de celui-ci, chaque membre reçoit un numéro de suite. Ces deux numéros juxtaposés forment un numéro d'identification correct pour le membre.

Il y a pourtant une exception. Le numéro de suite du titulaire au sein du ménage est toujours le 1. Lorsque le ménage change de titulaire, le nouveau titulaire reçoit le numéro de suite 1. Le numéro d'identification du membre est ainsi modifié et il n'est plus possible de le suivre dans le temps.

C'est pourquoi nous conseillons de ne pas modifier le numéro de suite des membres du ménage lorsque le titulaire change. De cette manière, le numéro d'identification peut être utilisé pour identifier le membre à tout moment.¹¹ L'inconvénient de ce système est que le titulaire ne peut plus être identifié sur base du numéro de suite. Or la notion de titulaire doit être clairement indiquée dans les données.

5.2 Fonctionnement des mutuelles

[Priorité : haute]



5.2.1 Attirer une partie plus représentative de la population, y compris les groupes avec de faibles frais de soins de santé

L'analyse des données existantes révèle que les membres des mutuelles ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population. Les personnes avec des dépenses en soins de santé plus élevées s'affilient plus souvent à la mutuelle. Comme l'inscription n'est pas obligatoire mais qu'elle se fait sur base volontaire, les personnes qui recourent ou vont recourir aux services de la mutuelle ont davantage intérêt à s'affilier. De plus, ils forment aussi un groupe cible important pour les mutuelles et la protection financière mutualiste constitue un filet de sécurité pour ces individus confrontés à des dépenses élevées en soins de santé.

Toutefois, il est important que les actions des mutuelles touchent l'entièreté de la population, y compris les individus avec de faibles dépenses en soins de santé. Lorsque ces personnes deviennent membres, les dépenses totales de la mutuelle diminuent, étant donné que la charge financière porte sur un plus grand nombre d'individus dont des personnes qui recourent peu aux services offerts. Par conséquent, les taux de sinistralité qui sont actuellement souvent trop élevés baissent. Cette mesure contribue à une bonne santé financière de la mutuelle et évite les conséquences négatives d'une révision de la cotisation des membres à la hausse.

Cependant, il n'est pas évident d'atteindre les membres qui n'ont pas de dépenses importantes en soins de santé. Une initiative très intéressante à ce propos a vu le jour dans une mutuelle du Togo : une école a inscrit tous les enfants de son établissement en même temps. Une telle inscription en masse génère automatiquement un groupe représentatif comprenant à la fois des personnes avec des dépenses élevées en soins de santé et des individus avec de faibles dépenses. De telles inscriptions de groupe sont très prometteuses car la population affiliée à la mutuelle est semblable à la population de la région.

Différents types de groupe peuvent faire l'objet d'une inscription commune. À côté des écoles, les tontines, les groupements d'agriculteurs ou les groupes qui contractent ensemble des micro-crédits peuvent être pris en considération. Lorsque ces groupes effectuent déjà des transactions financières en commun (épargne, crédit), il est possible de les persuader d'allouer une petite partie de leurs revenus pour le paiement de la cotisation à la mutuelle.

Une des stratégies est d'approcher des communautés qui jouent le rôle de relais en diffusant efficacement les informations sur la mutuelle et en veillant au paiement des cotisations, bien qu'il soit plus intéressant de proposer l'affiliation de groupe.

11

Remarquez que cette modification ne résulte toujours pas dans un système d'identifiants parfait. Quand un bénéficiaire qui était une personne à charge commence un nouveau ménage, il s'inscrit comme le titulaire d'un nouveau ménage à la mutuelle. Comme l'identifiant est lié à l'identifiant du ménage, cette personne aura donc un nouveau numéro d'identification. Pour résoudre ce problème il faudrait donner des identifiants aux membres qui ne sont pas liés aux numéros d'identification du ménage. Par contre, ceci serait une modification importante au système d'identifiants des mutuelles pour peu de bénéfice.

5.2.2 Définir l'offre de soins afin que tous les groupes reçoivent régulièrement des remboursements

[Priorité : faible]



Dans la section relative à l'analyse des données, nous avons constaté que les remboursements sont beaucoup plus élevés pour certains groupes de personnes : les jeunes enfants et les femmes entre 20 et 40 ans sont caractérisés par des remboursements beaucoup plus élevés des mutuelles pour leur recours aux soins de santé; par contre, c'est le phénomène inverse que l'on observe pour les adolescents et les personnes âgées. Cette observation semble logique : les jeunes enfants entraînent plus de frais de maladie. Le fait que les mutuelles tiennent compte de cet élément dans la composition de leur panier de soins est très positif.

En même temps, dans de nombreuses mutuelles, les personnes qui ne reçoivent pas de remboursements pendant un an ont tendance à ne pas renouveler leur affiliation, car elles ont le sentiment de pas avoir de retour sur leur investissement dans leur santé. Cette perte de membres représente un problème épineux pour les mutuelles du Togo et du Bénin (voir la Partie III de cette étude). Il est dès lors important de veiller à ce qu'un remboursement ait lieu régulièrement, même pour les groupes qui se rendent moins souvent dans les centres de santé. Par exemple, les personnes âgées reçoivent relativement peu de remboursements. Dans un premier temps, les mutuelles pourraient identifier les prestations utilisées surtout par les personnes âgées et les ajouter ensuite au panier de soins. Alternativement, pour les personnes qui ne fréquentent pas régulièrement les centres de santé, les mutuelles pourraient offrir des services non médicaux, comme par exemple la distribution de moustiquaires ou la mise sur pied d'actions de prévention. Dans le domaine des maladies chroniques - et notamment le diabète ou l'hypertension - qui touchent fortement les pays africains, le traitement est onéreux pour la majorité de la population et il n'est pas pris en charge par les mutuelles.

Néanmoins, les mutuelles de santé doivent garder comme ligne de conduite l'équilibre entre le panier de soins offerts et un montant de cotisation raisonnable permettant d'attirer suffisamment de personnes. C'est la raison pour laquelle les mutuelles sont réticentes à élargir la couverture offerte. Un panier de soins plus large aura comme conséquence directe une augmentation des cotisations, alors que l'affilié, de son côté, privilégie un montant plus faible qui est déterminé par sa capacité contributive. Si une couverture un peu plus étendue est destinée à des groupes présentant de faibles dépenses, ce nouveau panier de soins pourrait attirer des affiliations supplémentaires et la hausse attendue des cotisations serait ainsi modérée.

Les gestionnaires des mutuelles de santé ont toutefois intérêt à ce que les changements dans les cotisations des membres soient limités le plus possible. Néanmoins, une prise en charge de certains soins non encore remboursés par la mutuelle de santé, aussi minime soit-elle, contribue à une image positive de la mutuelle.

5.2.3 Intensifier les efforts pour attirer des grandes familles

[Priorité : moyenne]



L'analyse des données a mis en évidence deux éléments concernant les grandes familles. Tout d'abord, il y a relativement peu de grandes familles affiliées auprès des mutuelles. Ensuite, la moyenne des remboursements par personne est plus faible pour les grandes familles.

Les mutuelles font déjà des efforts pour attirer les grandes familles. Dans les mutuelles des Régions Centrale et des Plateaux, à partir de la 8ème personne qui s'affilie à la mutuelle, la cotisation par personne diminue de 10 %. Cette mesure aide les grandes familles, car le montant total des cotisations reste payable. Etant donné la grande différence en matière de remboursements, nous conseillons d'augmenter cette réduction pour les familles nombreuses, pour autant que la situation financière de la mutuelle le permette ou de réfléchir à des stratégies de recrutement lors des campagnes de promotion.

En ce qui concerne cette réduction, les mutuelles de santé pourraient envisager des alternatives attrayantes comme affilier gratuitement un membre du ménage dès que, par exemple, six membres sont déjà inscrits.

Tout comme pour la recommandation précédente, nous devons rester prudents avec de tels changements. La conséquence éventuelle d'une augmentation de la réduction octroyée aux grandes familles est une cotisation plus élevée pour les autres membres. Cependant, ces modifications pourraient attirer des personnes dont les dépenses en soins de santé sont faibles et donc permettre de limiter l'augmentation des cotisations.

5.3 Collaboration et coordination

[Priorité : haute]



5.3.1 Collaboration à travers des unions de mutuelles

Tant au Bénin qu'au Togo, les mutuelles sont nombreuses et souvent confrontées à des défis similaires. Les échanges et la collaboration entre mutuelles peuvent donc s'avérer très utiles.

Pour structurer correctement cette collaboration, la création d'unions de mutuelles représente peut-être une piste. Les mutuelles togolaises et béninoises sont en train de l'explorer et certaines se sont déjà rassemblées pour former une union.

Les rôles dévolus à une union de mutuelles ont été amplement discutés dans des groupes de travail lors de formations organisées par les mutualistes au Bénin et au Togo dans le cadre du programme MASMUT. Nous nous sommes basés ici sur les contributions de ces groupes de travail et nous avons formulé un certain nombre de tâches possibles pour une union de mutuelles :

- > Stimuler l'échange d'expériences et de bonnes pratiques entre les mutuelles.
- > Négocier des contrats avec les centres de soins (et ainsi renforcer la position des mutuelles dans les négociations).

L'union peut également être responsable de la négociation et proposer une assurance complémentaire pour les frais d'hospitalisation («les gros risques») et les frais de transfert pour certains cas d'urgence.

- > Permettre que les membres des mutuelles reçoivent également une intervention dans les centres de soins d'une autre région (couverte par une autre mutuelle).
- > Centraliser le développement des outils informatiques.

Plus précisément, toutes les mutuelles d'une même union devraient utiliser le même outil de gestion. Cela faciliterait la comparaison et l'échange de données entre mutuelles. Il est d'ailleurs intéressant que les données soient harmonisées non seulement au niveau de l'union mais aussi au niveau national. Les unions pourraient coopérer pour une harmonisation des données et même pour le développement d'un outil commun.

- > Analyser les données des mutuelles.

L'union a pour avantage de pouvoir développer une expertise dans l'analyse des données. De plus, elle peut comparer les données des différentes mutuelles. Les données mises en commun apportent également une image plus représentative de l'utilisation des soins de santé par la population. De telles analyses qui fournissent des informations utiles sur le système des soins de santé contribuent à ce que l'union soit reconnue comme un partenaire dans la politique de santé menée par le gouvernement.

- > Être un interlocuteur des autorités en tant que représentant d'un grand nombre de membres des mutuelles.
- > Apporter de l'aide dans le suivi technique de l'utilisation des soins de santé par les membres. L'union peut engager un médecin-conseil commun.
- > Apporter de l'aide dans l'analyse technique des dépenses et en particulier, dans le calcul des cotisations correctes que les membres doivent payer.

- > Partager les risques entre les mutuelles.

En raison de circonstances imprévues, il peut arriver que les cotisations des membres ne suffisent pas à financer toutes les interventions. Dans ce cas, la mutuelle est obligée soit de demander une cotisation supplémentaire aux membres, soit de diminuer les remboursements. Pour éviter cette situation, un fonds de réserve commun peut être mis en place dans lequel les mutuelles ont la possibilité de puiser afin de faire face à de telles situations. Cette proposition est toutefois très délicate. Les mutuelles n'ont pas de capacité financière solide et elles ne sont pas en mesure de soutenir une mutuelle structurellement en déficit. Dans un premier temps, un tel fonds devrait être limité et des règles strictes concernant son utilisation devraient être édictées. Il est vital qu'une mutuelle en déficit ne menace pas la stabilité financière des autres mutuelles.

- > Proposer des services communs aux mutuelles, comme par exemple en matière de communication et de formation.

[Priorité : moyenne]



5.3.2 Relation avec les autorités sanitaires

Les mutuelles ne sont pas les seules à rassembler des données sur les soins dispensés dans les centres. Les autorités sanitaires le font également et elles collectent des données de façon harmonisée au niveau national.

Le système gagnerait en efficacité si les mutuelles et les autorités sanitaires enregistraient conjointement leurs données, mais cette possibilité ne semble pas être réaliste à court terme. Les mutuelles et les autorités continueront provisoirement à collecter, chacune de leur côté,

des informations sur les prestations dans les centres de santé. Il est néanmoins important que ces données soient rassemblées de manière similaire et uniforme afin qu'elles puissent être comparées si nécessaire. De plus, cette première étape d'uniformisation faciliterait les démarches ultérieures visant à une récolte commune des données.

Enfin, il pourrait aussi être utile, à l'avenir, de lier les données des mutuelles et des autorités sanitaires, dans le but de permettre la réalisation d'analyses plus détaillées. Pour ce faire, les personnes apparaissant dans les différentes bases de données doivent être identifiées d'une même manière, grâce à un numéro d'identification commun. Implémenter une telle méthode demeure difficile pour le moment, notamment car très peu de personnes au Togo et au Bénin possèdent une carte d'identité. Par ailleurs, la réglementation de l'UEMOA sur les mutuelles prévoit également la mise en place d'un système de numéro d'identification, mais il n'est pas encore appliqué. Dès que ces numéros d'identification seront disponibles, nous conseillons de les ajouter dans les données.

5.3.3 Collaboration au niveau international

Les mutuelles se développent dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest. Au-delà du développement national, elles collaborent et partagent des informations sur le plan international. Cette collaboration vise le fonctionnement des mutuelles ou encore la législation nationale et internationale en matière de système de santé et de mutuelle. Ces échanges contribuent aussi à la professionnalisation de la profession.

Plusieurs conférences ont déjà été organisées, permettant la rencontre des acteurs provenant de différents pays de l'Afrique de l'Ouest et d'experts mutualistes d'Europe.

La «Conférence internationale sur les perspectives du mouvement mutualiste africain dans le cadre des couvertures santé universelles» a été organisée à Abidjan dans le contexte du programme MASMUT (pour la période 2014-2016). L'«Atelier sous-régional sur la mise en application de la réglementation UEMOA sur la mutualité sociale et le rôle des mutuelles de santé dans la gestion de l'assurance maladie universelle» a suivi à Ouagadougou en 2016. En décembre 2016, des formations sur différents aspects des mutuelles ont eu lieu à Lomé pour les mutualistes du Togo et du Bénin et une journée a été consacrée aux fonctionnaires togolais. Il est primordial que de telles initiatives se poursuivent à l'avenir.

A cet égard, le programme MASMUT contribue également à la collaboration au niveau international. Ainsi, pendant la conférence à Ouagadougou, les participants avaient déjà réfléchi aux thèmes pour lesquels une collaboration internationale soutenue par le programme MASMUT pourrait s'avérer utile. Voici quelques domaines importants qui avaient été évoqués :

- > Support technique : le développement d'outils informatiques communs pour la gestion des données et la comptabilité.
- > Support thématique : l'échange d'expériences au sujet des bonnes pratiques, la manière de structurer les mutuelles et d'exercer du lobbying, ...
- > Un volet études : des recherches sur la contribution des mutuelles dans les régions considérées.
- > Renfort des capacités politiques : lobbying auprès des organisations internationales (Banque mondiale, UNICEF, Organisation mondiale de la Santé, Bureau International du Travail, Union Européenne, UEMOA,...) et des autorités nationales avec le support des autres pays.
- > Soutien des échanges entre les plateformes des différents pays grâce à l'organisation de conférences, groupes de travail, visites d'échanges, etc...

En ce qui concerne le développement d'un outil de gestion commun, un inventaire des outils utilisés dans les différents pays a déjà été réalisé dans le cadre du programme MASMUT.¹² Les mutuelles des différents pays utilisent actuellement des outils qui diffèrent en termes de possibilités et de complexité. Plusieurs acteurs sont intéressés par le développement d'un outil commun, mais cette réflexion n'en est qu'à ses balbutiements. Cependant, au Bénin, Louvain Coopération travaille déjà sur l'intégration de deux outils de gestion basés sur Access.

Indépendamment du fait qu'un outil commun soit développé ou non, une analyse comparative des situations des différents pays devrait être un but poursuivi. Il semble peu réaliste que les données individuelles des mutuelles des pays puissent être rassemblées dans un seul endroit, tant pour des raisons pratiques qu'en termes de respect de la vie privée. Toutefois, il est important que les données collectées favorisent les comparaisons des systèmes de santé et des mutuelles des différents pays. Dans cette optique, l'une des pistes est de définir des indicateurs communs qui sont des données agrégées et non plus individuelles (au sujet des membres, du coût des prestations, etc..) et chaque mutuelle serait responsable de fournir ces informations.

[Priorité : moyenne]



12

Voir Section 2.IV du rapport de l'atelier de Ouagadougou pour en avoir un aperçu : «Atelier sous-régional sur la mise en application de la réglementation UEMOA sur la mutualité sociale et le rôle des mutuelles de santé dans la gestion de l'assurance maladie universelle, Ouagadougou, Mai 2016, 'Rapport Général'»

Renouvellement de l'affiliation

Chapitre 6 Introduction

La plupart des mutuelles de santé prises en considération dans le cadre de cette recherche sont opérationnelles depuis déjà quelques années. Cependant, on constate que le taux de pénétration – c'est-à-dire la part de la population affiliée par rapport au nombre d'individus habitant dans la région - demeure relativement faible : la majorité des mutuelles touchent un peu moins de 10 % de leur public cible. Pour l'instant, seule une minorité de la population bénéficie donc de la protection de la mutuelle contre les risques de santé. Ce constat n'est pas propre aux pays de l'Afrique de l'Ouest, puisque les organismes internationaux qui œuvrent dans le secteur mutualiste répètent qu'une des difficultés majeures à laquelle les mutuelles sont confrontées est le plafonnement de l'augmentation des taux de pénétration dans un contexte où l'adhésion aux mutuelles de santé n'est pas obligatoire.

A titre d'exemple, nous nous sommes intéressés aux mutuelles de santé présentes dans l'Atacora au Nord du Bénin pour examiner ce phénomène et proposer des pistes de réflexion. En effet, c'est dans cette Région où Louvain Coopération appuie la création et le fonctionnement des mutuelles de santé et que les Mutualités Libres montrent leur implication dans le mouvement mutualiste africain en soutenant, à la fois financièrement et sur le plan technique, les initiatives déployées.

Le Tableau 3 montre l'évolution du nombre de membres et la fidélité des membres des trois mutuelles de l'Atacora : Cobly, N'Dahonta et Materi. Les mutuelles de Cobly et N'Dahonta existent depuis dix ans déjà et le nombre de membres fluctue annuellement. La mutuelle de Materi qui a été fondée en 2015 enregistre une forte augmentation de son effectif. C'est un phénomène que l'on observe souvent dans le cas des mutuelles de santé qui sont nouvellement constituées. Au début, elles attirent une population en demande de soins. Lorsque cette demande de soins est satisfaite, elles commencent à connaître des difficultés pour recruter de nouveaux membres.

Comme les chiffres l'indiquent, les deux mutuelles de Cobly et de N'Dahonta doivent faire des efforts considérables pour conserver leurs membres : le taux de fidélité oscille entre 52 et 81 %. Chaque année, une part non négligeable de la population affiliée ne se réinscrit pas. Afin d'assurer la pérennité des mutuelles, il faudrait que cette perte soit compensée par un nombre au moins équivalent de nouvelles personnes qui s'affilient, ce qui demande aux gérants des mutuelles un investissement, à la fois financier et créatif, dans les campagnes de recrutement.

	COBLY			N'DAHONTA			MATÉRI		
	46.700 habitants			15.600 habitants			83.700 habitants		
	Nombre membres	Evolution	Fidélité	Nombre membres	Evolution	Fidélité	Nombre membres	Evolution	Fidélité
2014	3.732	/	74 %	2.481	/	52 %	/	/	/
2015	3.784	+1 %	74 %	2.822	+14 %	81 %	1.010	/	/
2016	3.017	-20 %	62 %	2.825	0 %	69 %	2.829	+180 %	78 %

TABLEAU 3

Evolution du nombre de membres des mutuelles de l'Atacora au Bénin.

Cette partie de l'étude examine les raisons de ce faible taux de renouvellement.

Nous avons procédé en deux étapes. Nous avons d'abord analysé la littérature scientifique qui examine les raisons pour lesquelles les personnes deviennent membres d'une mutuelle et prolongent cette affiliation. Ensuite, nous avons complété cette analyse de la littérature par une recherche empirique dont l'objectif est de comprendre les faibles taux de renouvellement¹³ dans les mutuelles de santé de la région de l'Atacora.

Le Chapitre 7 donne un bref aperçu de cette littérature et les principales leçons que nous pouvons en tirer. Le Chapitre 8 présente les résultats de ce vaste travail sur le terrain réalisé par un stagiaire, Marnick Vanlee, dans le cadre de son mémoire¹⁴, ainsi que les recommandations formulées sur la base des observations récoltées.

13

Dans cette étude, nous utilisons les termes "renouvellement", "fidélisation" et "prolongation de l'affiliation" comme synonymes.

14

"Marnick Vanlee, 'Understanding health insurance systems and the notion of risk in Northern Bénin', KULeuven, 2016

Chapitre 7 Etude de la littérature

Ce chapitre donne un aperçu des études existantes qui analysent les raisons pour lesquelles les personnes s'affilient à une mutuelle et renouvellent cette affiliation. Nous nous sommes concentrés sur les facteurs principaux qui sont souvent invoqués dans la littérature¹⁵ : accessibilité financière, compréhension de l'assurance, confiance, fréquence de paiement, qualité des services, formalités lors de l'affiliation et lors du paiement de la cotisation.

Les études analysant les mutuelles dans les pays en voie de développement ont été sélectionnées, par souci de cohérence. Nous avons étendu le champ de l'analyse en ajoutant des recherches qui portent sur les affiliations à d'autres types de micro-assurances, comme les assurances agricoles. Certaines études ne se réfèrent donc pas aux mutuelles de santé et dans ce cas précis, nous l'avons indiqué explicitement.

7.1 Accessibilité financière

La raison qui est sans doute le plus souvent avancée pour expliquer le faible pourcentage d'affiliations est le fait que les personnes ne peuvent pas payer la cotisation. Ce motif est en effet régulièrement mentionné par les membres eux-mêmes. C'était également la principale explication du non-renouvellement des membres à une assurance santé au Burkina Faso (Dong et al., 2009). Nous constatons par ailleurs que le montant de la cotisation a une incidence sur les affiliations. Lorsque le montant diminue de 10 %, les affiliations augmentent de 4 à 11 % (Cole et al., 2013 ; Dercon et al., 2011 ; Karlan et al., 2014).

Mais l'accessibilité financière de la cotisation n'est certainement pas la seule cause de ces faibles taux d'affiliation. Dans le cadre des assurances agricoles, Cole et al. (2013) mais aussi Karlan et al. (2014) ont étudié des assurances qui ont été vendues à un prix fortement réduit. Malgré tout, moins de 50 % des personnes ont souscrit à ces assurances. Dans le cadre des assurances santé, tant Bonan et al. (2012) que Thornton et al. (2010) ont octroyé une assurance gratuite dans un premier temps, mais le pourcentage d'affiliation n'atteignait qu'environ 30 %. L'accessibilité financière est donc une raison importante des faibles pourcentages d'affiliation, mais un prix plancher n'est pas un élément suffisant pour générer de nombreuses affiliations. C'est pourquoi nous allons à présent aborder les autres facteurs influençant aussi la décision d'affiliation.

7.2 Compréhension de l'assurance

Une bonne compréhension de la notion d'assurance par les nouveaux clients potentiels constitue un grand défi pour les mutuelles. Le concept d'assurance - verser de l'argent en échange d'un remboursement potentiel pour un problème potentiel - n'est pas si simple. Une compréhension limitée du concept d'assurance pourrait donc avoir un impact important sur les pourcentages d'affiliation. Les études disponibles en donnent toutefois une image plutôt contrastée.

Tout d'abord, le fonctionnement de l'assurance est bien souvent mal compris. Le fait que les nouveaux membres demandent régulièrement s'ils récupéreront leur cotisation lorsqu'ils n'ont pas bénéficié d'un remboursement pendant un an, en constitue probablement le meilleur exemple (Basaza et al., 2008). De plus, nous constatons systématiquement que les personnes les plus formées s'affilient plus rapidement à une assurance santé (Giesbert et al., 2011 ; Jehu-Appiah et al., 2011 ; Schneider et Diop, 2004). Il est possible que leur niveau plus élevé d'éducation leur permette de mieux comprendre le concept d'assurance et facilite leur affiliation.

Sur la base de cette information, différents chercheurs ont organisé des sessions d'information sur les assurances à destination de membres potentiels d'une assurance santé. Bonan et al. (2012) ont organisé une formation de trois heures sur l'assurance et la gestion financière ; Schultz et al. (2013) ont présenté des modules sur différents thèmes ; et Dercon et al. (2011) ont organisé des groupes d'étude discutant des assurances. De manière assez surprenante, ces sessions d'information n'ont pas eu le moindre impact sur les affiliations : les membres potentiels qui avaient assisté aux sessions étaient aussi susceptibles de s'affilier que ceux qui ne les avaient pas suivies.

Devons-nous en déduire qu'une compréhension limitée du concept d'assurance ne constitue pas un problème ? Pas nécessairement. Ces études démontrent qu'il n'y a pas d'effet à court terme : disposer de plus d'informations sur l'assurance ne semble pas directement engendrer davantage d'affiliations.

15

Pour plus de détails, voir: J.P. Platteau, O. De Bock et W. Gelade, *The Demand for Micro-Insurance: A Literature Review*, World Development, 2017.



Une bonne compréhension des assurances semble toutefois bel et bien être un facteur important pour les affiliations à long terme. Platteau et Ugarte (2016) ont remarqué, dans une assurance santé en Inde, qu'en général, les membres ne renouvelaient pas leur affiliation lorsqu'ils ne recevaient pas de remboursement pendant un an, sauf lorsqu'ils avaient bien compris le concept des assurances. Pour mettre en place une assurance durable qui peut conserver ses membres et en attirer de nouveaux, il semble dès lors important que la notion d'assurance soit bien comprise par les membres.

7.3 Confiance

En s'affiliant à une mutuelle, un membre accepte de commencer par payer une cotisation et ne recevoir des remboursements que plus tard. Il faut donc avoir la certitude que les montants soient effectivement remboursés en temps voulu. La réaction des membres aux remboursements est un facteur indiquant que la confiance est un élément important dans la décision de devenir membre et de le rester. Les membres qui bénéficient de remboursements renouvellent beaucoup plus souvent leur affiliation (Fitzpatrick et al., 2011 ; Dong et al., 2009 ; Platteau et Ugarte, 2016). Plusieurs explications sont possibles, mais la plus probable est que les membres qui reçoivent des remboursements font davantage confiance à la mutuelle. Dans le cadre des assurances agricoles, Cole et al. (2013) ainsi que Karlan et al. (2014) pensent par exemple que les personnes souscrivent plus souvent des assurances si elles constatent que leurs connaissances reçoivent des remboursements. Une confiance suffisante semble donc être un facteur important dans la décision de s'affilier.

Faire appel à des personnes en qui les membres ont confiance permet d'accentuer la confiance en l'assurance. Différentes études montrent une augmentation substantielle du nombre de membres lorsque des personnes de confiance sont responsables de la promotion et de la vente (Giné et al., 2008 ; Cole et al., 2013). Cela semble donc être un excellent moyen d'augmenter le nombre d'affiliations. Mais étant donné l'importance de la confiance, toute mesure la favorisant est essentielle : impliquer des organisations locales de confiance, obtenir le soutien de personnes respectées dans la communauté, veiller à suffisamment de transparence en matière d'assurance, impliquer la communauté dans les décisions relatives à la mutuelle,...

7.4 Fréquence de paiement

Nous avons déjà déclaré que les membres bénéficiant de remboursements renouvellent plus souvent leur affiliation. S'ils sont remboursés fréquemment, les membres pourraient donc rester affiliés plus longtemps. Dans une étude en Ethiopie (Norton et al., 2011), les chercheurs



demandent directement aux personnes le type d'assurance qu'elles préfèrent, et ce sont évidemment celles qui remboursent plus souvent qui sont les plus plébiscitées.

Il faut savoir qu'il n'est pas évident de faire en sorte que l'assurance génère des remboursements régulièrement. Nous avons déjà constaté l'importance de l'accessibilité financière et elle est encore plus précieuse lorsque l'assurance couvre de gros risques liés à l'hospitalisation avec un impact important sur la vie des membres. Obtenir une assurance payable, couvrant les gros risques et remboursant fréquemment de petits risques (c'est-à-dire, la prise en charge en milieu ambulatoire) est difficile... mais pas impossible. Les petits risques peuvent faire l'objet d'un remboursement limité sans impact important sur le prix de l'assurance, mais en octroyant un remboursement régulier aux membres pour que ces derniers accordent davantage leur confiance à l'assurance.

7.5 Qualité des services

Il est évident que la qualité des services dans les centres de santé est très importante pour une assurance santé. Différentes études identifient ce point comme l'un des facteurs les plus importants dans la décision de devenir membre (Criel et Waelkens, 2003 ; Basaza et al., 2008 ; De Allegri et al., 2006). La qualité des centres est une notion large qui contient non seulement la qualité des soins mais aussi la distance par rapport au centre. Il est donc important de tenir compte de toutes les facettes. Selon Dong et al. (2009), les plaintes concernant le comportement du personnel médical sont la deuxième raison citée pour ne pas renouveler l'affiliation.

7.6 Formalités lors de l'affiliation

La manière dont les cotisations des membres sont récoltées ne semble pas si importante. Différentes études démontrent toutefois un nombre sensiblement plus élevé d'affiliations lorsqu'il est facile de payer la cotisation.

Pour une assurance santé au Nicaragua, Thornton et al. (2010) donnent la possibilité aux marchands de s'affilier directement sur le marché (au lieu de passer par une procédure d'une journée). Cette méthode engendre 30 points de pourcentage d'affiliations en plus. Capuna et al. (2014) constatent aussi que les affiliations augmentent de 36 points de pourcentage lorsqu'ils aident les personnes à compléter les formulaires et les apportent eux-mêmes au bureau. Et ce, alors qu'un ensemble coûteux de mesures (dont 50 % de réduction, rappels SMS pour inscription et package informatif supplémentaire) n'a engendré que 5 points de pourcentage d'inscriptions supplémentaires. De petites modifications à ce niveau peuvent donc avoir un impact important sur les affiliations.

Il est bien entendu également important que les membres reçoivent suffisamment d'informations sur la manière dont ils doivent s'inscrire. Fitzpatrick et al. (2011), mais aussi Platteau et Ugarte (2015) remarquent qu'une grande partie des membres qui ne se réinscrivent pas ignoraient où ils devaient se rendre pour accomplir cette formalité. Il est possible que ce cas porte uniquement sur des assurances mal organisées, mais cela montre bien qu'il est important de prêter attention au transfert d'informations vers les membres.

7.7 Moment du paiement de la cotisation

En plus de la manière dont se fait le paiement, le moment où il doit être effectué a également toute son importance. Les familles ne disposent pas toujours d'argent tout au long de l'année. Il peut dès lors être important de percevoir les cotisations lorsque l'argent est disponible (p. ex. après une récolte).

Une étude de Casaburi et Willis (2015) relative à une assurance agricole en constitue la meilleure preuve. Ils ont donné l'opportunité aux personnes de faire un emprunt pour souscrire l'assurance. L'emprunt était remboursé par la suite avec l'argent de la récolte. Cette méthode a permis à 72 % des personnes d'acheter l'assurance (contre 5 % auparavant). Il s'agit d'un pourcentage d'affiliation particulièrement élevé pour ce type d'assurance. Ceci démontre que les personnes souhaitaient acheter l'assurance, mais n'avaient pas les liquidités nécessaires au moment de la vente.

Dans la plupart des cas, il n'est pas possible de vendre des assurances via un emprunt comme dans cette étude. Mais cela démontre bien qu'il faut réfléchir soigneusement au moment où la cotisation est demandée. Quand les personnes ont-elles de l'argent ? Plusieurs moments sont-ils possibles et sont-ils identiques pour tous ?

7.8 Conclusion

Nous avons donné un bref aperçu de la littérature scientifique sur les raisons qui expliquent que des personnes deviennent membres d'une mutuelle (et le restent). Nous nous sommes concentrés sur les facteurs considérés comme les plus importants dans la littérature. L'accessibilité financière, la confiance en l'assurance et des centres de santé de bonne qualité (accessibles géographiquement) sont les facteurs qui peuvent grandement influencer la décision de s'affilier. Faire en sorte que les membres comprennent bien le concept d'assurance semble surtout important à long terme pour s'assurer qu'ils restent membres d'année en année. Enfin, de petits changements dans le déroulement des inscriptions et du paiement de la cotisation ont un impact important sur la décision de s'affilier.

7.9 Références

Basaza, R., B. Criel, & Van der Stuyft, P. (2008) Community health insurance in Uganda: Why does enrolment remain low? A view from beneath. *Health Policy*, 87(2), 172-184.

Bonan, J., Dagnelie, O., LeMay-Boucher, P. & Tenikue, M. (2012). *Is it all about money? A randomized evaluation of the impact of insurance literacy and marketing treatments on the demand for health microinsurance in Senegal* (LISER Working Paper No 2012-03). Luxembourg : Luxembourg Institute of Socio-Economic Research (CEPS/INSTEAD).

Capuno, J. J., Kraft, A. D., Quimbo, S., Tan Jr, C. R., & Wagstaff, A. (2014). *Effects of interventions to raise voluntary enrollment in a social health insurance scheme: a cluster randomized trial* (Policy Research Working Papers). United States: World Bank.

Cole, S., Giné, X., Tobacman, J., Topalova, P., Townsend, R., & Vickery, J. (2013). Barriers to household risk management: evidence from India. *American Economic Journal: Applied Economics*, 5(1), 104-135.

Casaburi, L., & Willis, J. 2015. Time vs. State in Insurance: Experimental Evidence from Kenya Contract Farming. Unpublished manuscript. Department of Economics, Harvard University, United States.

Criel, B. & Waelkens, M.P. (2003), Declining subscriptions to the maliando mutual health organisation in Guinea-Conakry (West Africa): What is going wrong? *Social Science & Medicine*, 57(7), 1205-1219.

De Allegri, M., Sanon, M., Bridges, J., & Sauerborn, R. (2006). Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa. *Health Policy*, 76(1), 58-71.

Dercon, S., Gunning, J.W., & Zeitlin, A. (2011). The demand for insurance under limited credibility: evidence from Kenya. Unpublished manuscript. Oxford University, UK.

Dong, H., De Allegri, M., Gnawali, D., Souares, A., & Sauerborn, R. (2009). Drop-out analysis of community-based health insurance membership at Nouna, Burkina Faso. *Health Policy*, 92(2-3), 174-179.

- Karlan, D., Osei, R., Osei-Akoto, I., & Udry, C. (2014). Agricultural decisions after relaxing credit and risk constraints. *Quarterly Journal of Economics*, 129(2), 597-652.
- Fitzpatrick, A., Magnoni, B. & Thornton, R.L. (2011). *Microinsurance utilization in utilization in Nicaragua :A report on effects on children, retention, and health* (ILO Microinsurance Innovation Facility Research Research Paper No 5). Geneva: Microinsurance Innovation Facility.
- Giesbert, L., Steiner, S., & Bendig, M. (2011). Participation in micro life insurance and the use of other financial services in Ghana. *Journal of Risk and Insurance*, 78(1), 7-35.
- Giné, X., Townsend, R., & Vickery, J. (2008). Patterns of rainfall insurance participation in rural india. *World Bank Economic Review*, 22(3), 539-566.
- Jehu-Appiah, C., Aryeetey, G., Agyepong, I., Spaan, E., & Baltussen, R. (2012). Household perceptions and their implications for enrolment in the national health insurance scheme in Ghana. *Health Policy and Planning*, 27(3), 222-233.
- Norton, M., Osgood, D., Madajewicz, M., Holthaus, E., Peterson, N., Diro, R., Mullally, C., The, T.L., & Gebremichael, M. (2011). Evidence of Demand for Index Insurance: Experimental Games and Commercial Transactions in Ethiopia. *Journal of Development Studies*, 50(5), 630-648.
- Schneider, P. & Diop, F. (2004), Community-based health insurance in rwanda. In Health financing for poor people: resource mobilization and risk sharing. In A.S. Preker & G. Carrin (Eds.), *Health financing for poor people* (251-74). Washington: The World Bank.
- Schultz, E., Metcalfe, M. & Gray, B. (2013) *The impact of health insurance education on enrolment of microfinance institution clients in the Ghana national health insurance scheme, northern region* (ILO Microinsurance Innovation Facility Research Research Paper No 33). Geneva: Microinsurance Innovation Facility.
- Thornton, R.L., Hatt, L.E., Field, E.M., Islam, M., Solís Diaz, F., & González, M.A. (2010). Social security health insurance for the informal sector in Nicaragua: a randomized evaluation. *Health economics*, 19, 181-206.
- Platteau, J.-P. & Ugarte, D. (2016). *Understanding and information failures: Lessons from a health microinsurance program in India* (CRED Working Papers). Belgium: University of Namur.

Chapitre 8 Renouveau de l'affiliation dans l'Atacora au Bénin

8.1 Introduction

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats de l'enquête de terrain, réalisée entre septembre et octobre 2016 dans trois mutuelles de santé de l'Atacora au Bénin. Cette recherche se concentre donc sur les facteurs explicatifs des taux insatisfaisants de renouvellement et elle propose des pistes de solutions. De nombreux acteurs (gérants et animateurs des mutuelles, collaborateurs des centres de santé, responsables des autorités) ont été interrogés pour les besoins de cette étude et par ailleurs, plus de 250 enquêtes ont été réalisées auprès de membres en règle de cotisation et d'anciens membres. Dans cette étude, nous désignons par «anciens membres», ceux qui étaient membres en 2015 mais ne l'étaient plus au moment de l'enquête (en 2016).

Le contexte dans lequel fonctionnent les mutuelles de santé ayant déjà été évoqué dans le Chapitre 2, nous nous sommes donc focalisés, dans ce chapitre, sur les données intéressantes récoltées sur le terrain (Section 8.2).

Nous avons analysé ensuite ces données : quels sont les facteurs importants pour le renouvellement de l'affiliation et lesquels ne le sont pas ? (Section 8.3)

Les principaux faits saillants sont repris dans la discussion (Sections 8.4) et nous terminons cette partie par une série de recommandations (Section 8.5). Des analyses supplémentaires sont reprises dans l'annexe (p. 71).

8.2 Données

Nous avons collecté les données de l'enquête de deux manières : via 256 enquêtes auprès des membres (anciens et actuels) et via 27 interviews auprès de différents acteurs (personnel des centres de santé et collaborateurs des mutuelles, par exemple).

Cette enquête de terrain a eu lieu dans les communes de Tanquiéta (N'Dahonta), Matéri et Coby et dans la ville de Natitingou, toutes situées dans le département de l'Atacora au Nord-Bénin. Etant donné la grande variété de langues parlées dans la région, des enquêteurs locaux ont été engagés pour réaliser l'enquête dans les trois communes. Les rôles étaient bien définis puisque Marnick Vanlee était responsable de la coordination de l'équipe d'enquêteurs locaux et il a lui-même effectué les interviews.

8.2.1 Enquêtes

En utilisant la technique d'enquête sur le terrain, nous avons cherché les facteurs qui influencent la prolongation de l'affiliation. Nous nous sommes dès lors intéressés à l'expérience des membres qui ont décidé de renouveler leur affiliation ou qui ne l'ont pas fait. En comparant ces deux catégories, nous avons obtenu un aperçu des raisons pour lesquelles l'affiliation n'a pas été renouvelée.

Les personnes qui étaient membres d'une mutuelle en 2015 sont intégrées dans l'étude. Au sein de ce groupe, nous avons toujours interrogé le titulaire du ménage en tant que représentant de la famille, et nous avons fait une distinction selon que les personnes aient prolongé ou non leur affiliation en 2016. Par conséquent, sur la base des enquêtes, ce sont uniquement les décisions de renouvellement de l'affiliation en 2016 qui ont été examinées, sachant que des événements exceptionnels en 2015 ou 2016 ont pu influencer les résultats.

Pour la sélection, il était important de veiller à ce que les participants proviennent de chacune des trois communes, pour que l'influence d'une commune ne fausse pas les résultats. Onze villages par commune ont été sélectionnés arbitrairement et par village, il y a eu en moyenne huit enquêtes. La sélection des participants a eu lieu arbitrairement sur la base des listes de membres des mutuelles pour 2015 et 2016. Nous avons réalisé une répartition précise parmi les villages sélectionnés selon les chiffres de renouvellement effectif dans ces villages. Ainsi, si les trois quarts des membres d'un village avaient prolongé leur affiliation en 2016, alors six personnes de ce village ayant renouvelé leur affiliation étaient interrogées, contre deux qui ne l'avaient pas renouvelée. Lorsqu'une personne sélectionnée n'était pas disponible pour une enquête, elle était remplacée par une personne du même statut (renouvelé ou non) et du même sexe¹⁶.

Une équipe de trois enquêteurs locaux s'est chargée de la réalisation des enquêtes. Aucun d'entre eux ne provenait de l'un des villages sélectionnés. Chacun parlait la langue

16

Environ 3 personnes sélectionnées sur 10 n'étaient pas disponibles au moment de l'interview.

prédominante de l'une des trois communes et était exclusivement actif dans cette commune. Les enquêteurs - futurs diplômés à ce moment - ont une formation en recherches socio-anthropologiques et étaient par conséquent, extrêmement qualifiés pour réaliser cette tâche. Au niveau logistique, ils étaient soutenus par les animateurs des mutuelles pour l'identification des personnes à enquêter et pour le transport entre les différents participants et villages. Afin de ne pas influencer les réponses des personnes interviewées, les animateurs n'ont fait aucune enquête eux-mêmes. Leur tâche se limitait donc à préparer les visites des enquêteurs. Etant donné que l'animateur et l'enquêteur se présentaient toujours ensemble auprès d'un individu sélectionné, il se peut dès lors que les personnes soupçonnent une relation étroite entre eux. Au cours de chaque interview, l'enquêteur a bien spécifié que l'étude était indépendante des mutuelles et que les données resteraient anonymes.

L'enquête en elle-même se composait d'environ 80 questions et durait plus ou moins une heure par participant. Elle comportait des questions générales sur l'origine, la religion, les biens, etc. afin de dresser le profil de la personne interrogée. Ensuite venaient naturellement les questions sur le fonctionnement des mutuelles et des centres de santé, sur la solidarité et sur la décision de prolonger ou non l'affiliation. L'enquête a été réalisée sur tablette pour que les données soient sauvegardées de manière numérique et puissent être analysées instantanément.

Comment interpréter les données ?

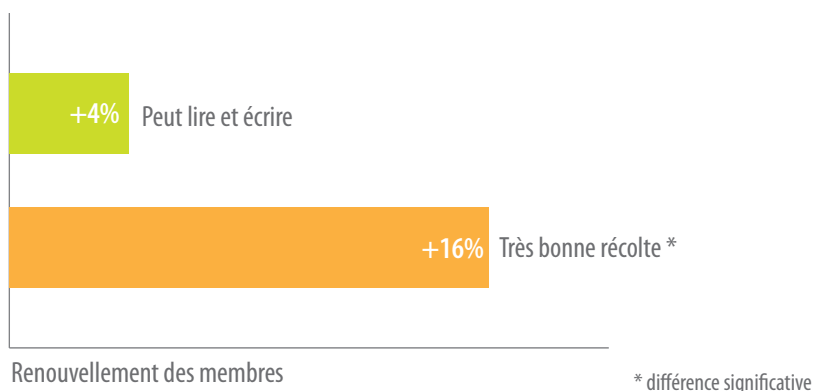
Dans un souci de cohérence, les résultats sont présentés de la même manière. A l'aide d'un exemple, nous expliquons ici comment les chiffres peuvent être interprétés.

FIGURE 16

Pourcentage de participants pouvant lire et écrire et qui avaient une bonne récolte, et le rapport avec le renouvellement de l'affiliation.

Proportion de la population

- 44%
- 37%



Nous voyons en premier lieu que les personnes qui «savent lire et écrire» ont 4 % de probabilité en plus de renouveler leur affiliation que les personnes analphabètes. Le pourcentage de renouvellement atteignait 71 % dans le groupe des personnes qui savent lire et écrire, contre 67 % chez les autres¹⁷. La différence est donc de 4 %¹⁸. De la même manière, nous voyons que les personnes qui «ont eu une très bonne récolte» avaient 16 % de probabilité en plus de renouveler leur affiliation que celles qui ont eu une mauvaise récolte.

Pour pouvoir interpréter les résultats correctement, nous avons également indiqué le pourcentage des participants impliqués. Ainsi, 44 % des personnes savent lire et écrire, alors que 37 % des personnes interviewées ont eu une bonne récolte.

Finalement, il est également important de tenir compte du fait que ces enquêtes n'ont été complétées que par un nombre limité de personnes (256). C'est pourquoi, une marge d'erreur est toujours appliquée aux résultats affichés. La marge d'erreur exacte diffère, mais elle oscille entre 5 et 20 %. C'est pourquoi nous indiquons également toujours si un résultat est «significatif d'un point de vue statistique». Cela signifie que la différence est supérieure à la marge d'erreur. Lorsqu'une différence est significative, nous pouvons donc avancer avec une certitude relativement importante qu'il y a effectivement une différence. Dans ce cas, nous rajoutons une étoile (*) au critère examiné.

Il ressort du graphique que la différence de renouvellement est significative pour les personnes avec une bonne récolte. Ces dernières sont donc réellement plus enclines à renouveler leur affiliation. Nous constatons aussi que la différence de renouvellement pour les personnes pouvant lire et écrire n'est pas significative. Il est donc possible qu'il n'y ait à vrai dire aucune différence entre les personnes qui savent ou ne savent pas lire et écrire.

Ajoutons enfin une remarque importante sur l'interprétation de ces résultats. Sur la base de ceux-ci, nous concluons qu'une bonne récolte est un facteur important pour le renouvellement de l'affiliation. Nous ne pouvons toutefois pas l'affirmer avec certitude : les personnes

17

Ces chiffres n'apparaissent pas dans la Figure 16. Nous sommes principalement intéressés par la différence de 4% entre ces deux chiffres.

18

La dénomination correcte est toutefois 4 points de pourcentage, pas pour cent. Pour une meilleure lisibilité, nous parlerons toutefois toujours de pourcentages.



avec une bonne récolte différent à d'autres points de vue de celles qui en ont eu une mauvaise. Nous ne pouvons donc pas exclure le fait que ce sont ces autres différences, et pas la bonne récolte, qui entraînent ces taux élevés de renouvellement.

Pour répondre (partiellement) à cette incertitude, nous avons réalisé une analyse complémentaire qui est présentée en annexe. Nous avons examiné les mêmes différences dans les chiffres de renouvellement, mais nous avons également tenu compte des différences dans les caractéristiques des membres (niveau de formation, richesse,...) et d'autres facteurs qui peuvent expliquer le renouvellement (connaissance de l'assurance, confiance en l'assurance,...). Nous n'y reviendrons pas ici, mais les résultats changent peu avec cette analyse complémentaire. Même si elle n'apporte aucune certitude absolue, elle renforce considérablement l'interprétation des résultats. Par exemple, nous pouvons affirmer avec davantage de certitude qu'une bonne récolte est un facteur important lors du renouvellement.

8.2.2. Interviews

Il est bien sûr important de donner la parole aux membres et anciens membres au sujet des taux de renouvellement insatisfaisants, mais de nombreux autres acteurs peuvent également contribuer au débat. Ainsi, le personnel soignant mérite une attention particulière ; il en va de même des collaborateurs des mutuelles ou de Louvain Coopération. Ces personnes n'ont pas répondu à l'enquête, puisque cette dernière visait à récolter l'information émise par des membres (et anciens membres). Par conséquent, nous avons décidé de compléter ces enquêtes avec des interviews de personnes actives dans le secteur de la santé ou dans les mutuelles. Les entretiens se sont déroulés individuellement ou non et de manière semi-structurée. Cela signifie que les questions de ces interviews étaient rédigées au préalable, sur la base de l'enquête, tout en laissant de la marge aux digressions apportant des idées pertinentes. Là où l'enquête avait comme but de collecter des informations bien précises, l'objectif des entretiens était de laisser la liberté aux personnes de s'exprimer et de développer leurs idées. Les entretiens ont eu lieu au cours de la même période que les enquêtes.

Le Tableau 4 donne un aperçu des personnes interviewées.

TABEAU 4**Liste des personnes interviewées.****LOUVAIN COOPÉRATION**

N'Boma Ernest, Assistant Technique pour la promotion des mutuelles de santé de Louvain Coopération, Bénin

Médecins-conseils des mutuelles de santé au Bénin et Togo

MUTUELLES

Equipe du management de la mutuelle de Cobly

Equipe du management de la mutuelle de Matéri

Equipe du management de la mutuelle de N'Dahonta

Gnammi Bio Benoît, animateur à N'Dahonta

Kona Mêmaton, animateur à N'Dahonta

Toumoudagou M'Poli Emmanuel, animateur à Cobly

Issifou Moustafa Yambogo, animateur à Cobly

Gnammi Sabi, animateur à Matéri

Gnammi Kouétcha Karim, animateur à Matéri

AUTORITÉS ET CENTRES DE SOINS

Kaukley Landry, Coordonnateur de la zone sanitaire de Tanguiéta-Cobly-Matéri

Boulga Paul Ruffin, major au centre de santé de Tantéga Matéri

Kiki, sage-femme au centre de santé de Tantéga Matéri

Issifou Soumouratou, major au centre de santé de Cobly

Sinmegui Azaratou, major au centre de santé de Kountori

Yame Rute Rafiatou, sage-femme au centre de Kountori

Aglin Alain, major au centre de santé de Taïacou N'Dahonta

Kouaro Vintorine, sage-femme au centre de santé de Taïacou N'Dahonta

Adamou Etiè, pharmacien au centre de santé de Dassari Matéri

Clémence, sage-femme au centre de santé de Dassari Matéri

Tagali Clodile, infirmière au centre de santé de N'Dahonta

Bétani Namboni Boni, infirmier au centre de santé de N'Dahonta

HÔPITAL SAINT JEAN DE DIEU (SJDD)

Dr Kouma Diombo, chef de médecine générale SJDD et médecin-conseil

Gnammi Patrice, comptable SJDD

Houedohounde Arsène, médecin généraliste, Adjoint au Chef de pavillon Pédiatrie à l'Hôpital Saint Jean de Dieu

Les membres du personnel soignant des secteurs privé et public ont agi en tant que représentants du secteur des soins lors des entretiens. Les centres de santé de la région où s'est déroulée l'enquête sont les centres de santé publics les plus décentralisés du Bénin. Ils constituent le premier point de référence pour la population locale (aussi appelé le « premier niveau de la pyramide sanitaire » dans le système sanitaire) et ils ont tous un partenariat avec les trois mutuelles. Il est dès lors évident que le personnel - qui est en contact avec les mutuelles quotidiennement - représente une source d'information intéressante pour compléter les résultats de cette enquête de terrain. Dans chaque commune, nous avons interviewé deux membres du personnel d'un centre de santé qui entretiendraient de bonnes relations avec les mutuelles et deux dont les relations seraient moins bonnes. De plus, il ne s'agit pas tant des relations entre les représentants des mutuelles et le personnel soignant, mais plutôt du comportement de ces derniers envers les membres. Leur attitude laisserait à désirer dans certains centres de santé, c'est pourquoi nous voulions leur donner la parole. Selon leurs disponibilités, nous avons interviewé les principaux prestataires du centre : major, sage-femme, infirmière ou encore

pharmacien.

> Médecin Coordonnateur de la zone sanitaire de Tanguiéta-Cobly-Matéri

Un entretien a également été organisé avec le Médecin Coordonnateur de la zone sanitaire¹⁹. Différents thèmes ont été abordés tels que la situation médicale générale dans la région et la perception de la solidarité au sein de la population locale sans oublier la relation parfois compliquée entre le personnel soignant et les membres, un sujet que le Médecin Coordonnateur n'a nullement éludé. Il a admis que des problèmes survenaient à l'occasion, principalement avec les nouveaux collaborateurs qui n'ont encore jamais travaillé avec des membres et n'y ont pas encore été formés. De plus, il a expliqué que la vente illicite²⁰ a fortement diminué depuis l'introduction des mutuelles et que certains prestataires de soins ne leur en sont pas reconnaissants.

Il s'est également exprimé sur la qualité des soins qui s'est grandement améliorée grâce au travail du médecin-conseil et sur la fréquentation des centres de santé qui a fortement augmenté depuis l'introduction des mutuelles. Une relation de collaboration lie donc la zone sanitaire et les mutuelles.

> Médecins-conseils des mutuelles de santé de l'Atacora

Nous avons également interrogé les trois médecins-conseils des mutuelles de santé appuyées par Louvain Coopération au Bénin et au Togo. Ils ont pu partager leurs perspectives sur les matières abordées dans l'enquête. Les discussions se sont tenues en groupe, ce qui a permis à chaque participant d'intervenir suffisamment. Comme l'a déjà mentionné le Médecin Coordonnateur, un élément important de leur rôle consiste à augmenter la qualité dans les centres de santé. Ils ne se contentent pas de contrôler les factures, mais donnent également du feedback quant à l'application correcte des directives. A travers les supervisions, ils assurent également une formation continue des prestataires. Ils trouvent dès lors que la qualité des centres de santé avec lesquels collaborent les mutuelles ne cesse d'augmenter.

Grâce à leurs contacts avec les centres de santé, ils prennent conscience de l'importance du soutien des prestataires de soins dans le recrutement des membres. Lorsque les prestataires sont favorables à la mutuelle - ou en sont même membres - cela peut, selon eux, encourager les gens à s'affilier.

> Prestataires de soins à l'hôpital de zone Saint Jean de Dieu

Concernant le secteur des soins privé, des entretiens ont été réalisés dans l'hôpital de zone Saint Jean de Dieu. Cet établissement a été érigé en 1970 et fait fonction d'hôpital de référence pour la zone sanitaire. Cela signifie que tous les patients de la zone ne pouvant pas être traités dans un centre de santé local doivent être admis dans cet hôpital. De plus, ce dernier a l'obligation de transmettre ses statistiques et rapports de santé aux autorités, en échange de subsides. La majorité du personnel est sous contrat avec Saint Jean de Dieu, mais l'équipe est renforcée par différents collaborateurs des autorités. Une visite à l'hôpital était particulièrement intéressante car de nombreux membres aimeraient que ces services soient inclus dans la couverture des mutuelles. Les mutuelles de l'Atacora soutenues par Louvain Coopération sont dès lors en train de constituer une union pour entamer les négociations avec l'hôpital. Au moment de la réalisation de l'étude, le médecin-conseil des mutuelles était également chef de service de l'unité de médecine générale de Saint Jean de Dieu. Un entretien a donc été prévu avec lui en premier lieu. Par ailleurs, nous avons également discuté avec un médecin du service pédiatrique et avec le comptable affecté par l'Etat à l'hôpital. Dans ces interviews, il était surtout question de la collaboration potentielle avec les mutuelles, de son opportunité et de sa faisabilité, mais aussi des habitudes et préférences de la population locale en matière de soins.

> Collaborateurs des mutuelles

Les échanges avec les collaborateurs des mutuelles étaient également importants. Plusieurs interviews distinctes ont été organisées dans chaque mutuelle, une individuelle avec chaque animateur et une collective avec quelques représentants de la direction. Ce rôle central a été attribué aux animateurs en raison de leurs contacts intenses avec les membres (potentiels) et les observations qu'ils rapportent du terrain. Il était dès lors particulièrement intéressant de comparer leurs remarques aux informations issues de l'enquête. L'entretien collectif avec le gérant et les représentants de la direction abordait principalement les résultats de la dernière campagne de recrutement et les difficultés qu'éprouvent les mutuelles à fidéliser leurs membres.

Les collaborateurs des mutuelles ont bien entendu une bonne idée des raisons éventuelles pour lesquelles les membres ne prolongent pas leur affiliation. Ils ont indiqué à plusieurs

19

La zone sanitaire se compose de toutes les communes dans lesquelles les mutuelles sont actives.

20

Il est d'usage que le prestataire de soins vende directement les médicaments au patient, plutôt que de passer par l'intermédiaire du pharmacien (comme cela devrait être le cas). Dans ce cas, le membre doit payer de sa poche. Ce point est détaillé plus tard.

reprises que les membres disposent de moyens limités et ne peuvent pas toujours payer la cotisation. Ils ont également cité toute une série d'autres raisons. Il n'y a pas suffisamment d'animateurs pour se rendre chez les membres pour collecter les cotisations. Les membres n'ayant pas bénéficié de remboursements pendant un an jugent qu'il n'est pas intéressant de se réaffilier l'année suivante. Les membres sont mal informés de la couverture et sont déçus lorsqu'ils ne reçoivent aucun remboursement pour une prestation pour laquelle ils pensaient être couverts. Ils ne sont pas bien reçus dans les centres de santé. Les mutuelles remboursent quelques médicaments génériques qui sont parfois épuisés et qu'ils doivent donc payer ailleurs. Le timing des revenus de la récolte ne correspond pas réellement à celui du paiement de la cotisation.

> Responsables de Louvain Coopération

Finalement, les entretiens avec les responsables de Louvain Coopération (Brice Titipo, responsable du programme des mutuelles au Togo et au Bénin ainsi qu'Ernest N'Boma, Assistant Technique au Bénin) ont aussi beaucoup éclairé les résultats de l'enquête sur le terrain. Brice a encadré le début de la mission et a donné une formation sur le fonctionnement des mutuelles à Marnick Vanlee et à l'équipe d'enquêteurs. Ernest est resté disponible pendant l'entièreté de la mission. Ils étaient une source d'information importante quant au fonctionnement et aux difficultés rencontrées par la mutuelle et aux raisons du non-renouvellement des membres. Cette étude n'aurait pas vu le jour sans leur soutien.

Les sections suivantes reposent en grande partie sur le contenu de ces interviews. Nous y combinerons les résultats des enquêtes auprès des membres et les informations récoltées via les interviews. Nous ne précisons pas toujours dans quelle interview nous avons obtenu telle ou telle information, mais il va de soi que ces informations étaient cruciales à la rédaction de ce rapport, en particulier pour les recommandations. Pour les formuler, nous nous sommes fortement appuyés sur les idées et suggestions des différents acteurs du secteur des mutuelles.

8.3 Résultats

Dans cette section, nous avons examiné pourquoi les membres des mutuelles ne renouvellent pas leur affiliation. Nous nous sommes basés sur les données des enquêtes et des interviews. En rassemblant ces informations, nous avons essayé d'obtenir l'image la plus complète possible des facteurs pouvant expliquer les taux de renouvellement considérés comme insatisfaisants. Sur la base de l'étude de la littérature et des discussions avec les collaborateurs de Louvain Coopération au Bénin et au Togo, nous avons dressé une liste de facteurs potentiels. Nous avons examiné l'impact de chacun d'entre eux sur le renouvellement.

- > Premièrement, les membres disposent-ils de moyens suffisants pour payer la cotisation ? (8.3.1)
- > Même s'ils ont des revenus suffisants, cet argent doit être disponible au moment du paiement de la cotisation. Le timing de leurs revenus correspond-il à celui du paiement de la cotisation ? (8.3.2)
- > Les mutuelles paient les soins dans les centres de santé locaux. Les membres y sont-ils bien reçus et y reçoivent-ils des soins de qualité ? (8.3.3)
- > Pour profiter au mieux de la protection de la mutuelle, il est important que les membres aient une bonne connaissance de son fonctionnement et de sa couverture. Dans quelle mesure connaissent-ils bien leur mutuelle ? (8.3.4)
- > Le fonctionnement de la mutuelle repose fortement sur la solidarité. Les membres partagent-ils ces principes de solidarité ? Des mécanismes de solidarité informels existent par ailleurs déjà dans les villages. Rendent-ils les mutuelles superflues ? (8.3.5)
- > Il est crucial que les membres fassent suffisamment confiance aux mutuelles. Pensent-ils que les mutuelles vont respecter leurs promesses et paieront les frais médicaux en cas de besoin ? (8.3.6)
- > Finalement, une affiliation est financièrement plus intéressante pour les personnes confrontées à des dépenses élevées en soins de santé. Les membres qui renouvellent leur affiliation sont-ils principalement ceux qui recourent beaucoup aux services de la mutuelle et qui s'attendent à avoir des coûts médicaux élevés ? (8.3.7)

Nous tenterons de répondre à ces questions dans les sections suivantes. Nous essayerons d'estimer l'importance de chaque élément et d'indiquer dans quelle mesure ils contribuent au renouvellement de l'affiliation.



8.3.1 Disponibilité des moyens

Une première condition nécessaire au renouvellement de l'affiliation est que les membres disposent effectivement de suffisamment de moyens pour payer la cotisation. Nous examinerons donc l'impact de la richesse et de la qualité de la récolte sur le renouvellement.

A cet égard, il est important de noter que plus de 90 % de la population active des communes de Cobly, Tanguiéta (N'Dahonta) et Matéri exerce une activité agricole. Dans une série d'études de 2006, il a été confirmé que 40 % des revenus agricoles dans cette zone provenaient de la récolte du coton et 36 % de l'exploitation de cultures vivrières²¹. Le coton est produit pour l'exportation et sa distribution est gérée par l'Etat béninois qui rachète la récolte aux producteurs dans tout le pays.

L'importance de la récolte de coton pour la population locale est également fortement soulignée par les collaborateurs de la mutuelle. Tous insistent sur le fait que, dans la zone de l'étude, la qualité de la récolte de coton et le prix auquel il est vendu ont une grande influence sur les taux de renouvellement des mutuelles. D'autres cultures sont également réalisées à grande échelle et la réussite de ces récoltes joue un rôle dans les budgets de nombreux ménages.

Les résultats confirment l'importance de disposer de moyens suffisants pour renouveler l'affiliation. Bien que seules 18 personnes trouvent la cotisation «trop chère», plus de la moitié des anciens membres indiquent des problèmes financiers comme principale raison de non-prolongation de leur affiliation en 2016.

Par ailleurs, la richesse du ménage et la qualité de la récolte semblent avoir un impact important sur le renouvellement. Dans la Figure 17, nous voyons que les ménages les plus riches ont 10 % de probabilité en plus de prolonger leur affiliation.

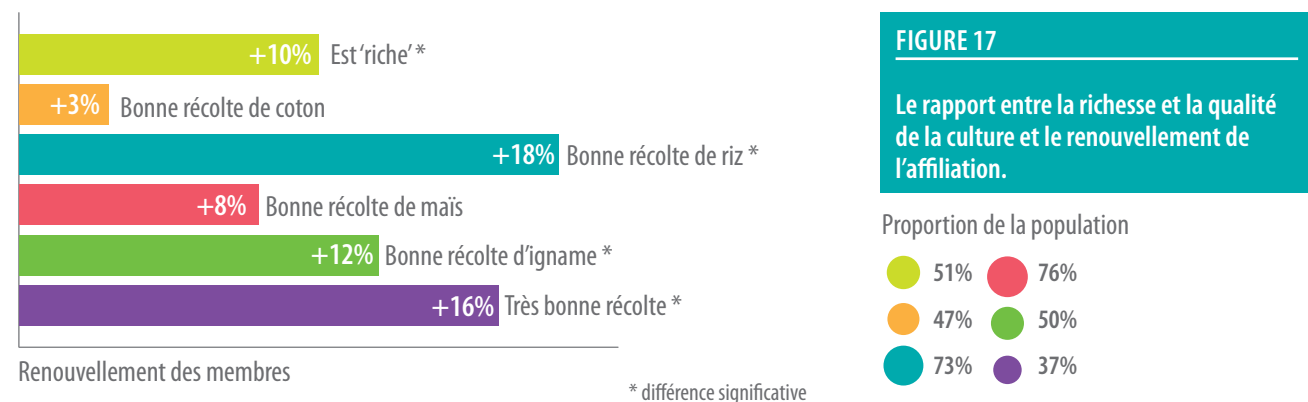
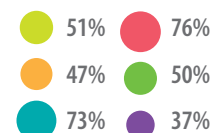


FIGURE 17

Le rapport entre la richesse et la qualité de la culture et le renouvellement de l'affiliation.

Proportion de la population



Une personne est qualifiée de «riche» si son ménage possède au moins deux des trois éléments suivants : une maison en briques ; une moto ou une auto ; et deux téléphones portables ou plus. Une récolte est bonne si elle est qualifiée de «bonne» ou «très bonne». Une «très bonne récolte» englobe tous ceux qui ont eu une très bonne récolte pour au moins une culture.

Nous montrons également les résultats pour la prolongation de l'affiliation. Pour chaque culture, une bonne récolte augmente la probabilité de renouvellement. On peut constater que la récolte de coton en soi n'est pas le facteur décisif lors du renouvellement de l'affiliation. Les membres dont la récolte de coton a été bonne n'ont que 3 % de chances supplémentaires de renouveler leur affiliation, contre 18 % pour ceux dont la récolte de riz a été bonne. Ce constat est donc légèrement opposé à la conception générale selon laquelle la récolte de coton est la plus importante pour un renouvellement : c'est plutôt la qualité générale de la récolte, et certainement pas uniquement la récolte de coton, qui joue un rôle important.

21

Voir «Mission de décentralisation, programme d'appui au démarrage des communes, 2006, 'Etude sur le rôle des communes dans la promotion économique et la valorisation des filières porteuses', 'Monographie de la commune de Cobly', « Monographie de la commune de Tanguiéta» et « Monographie de la commune de Matéri».

La récolte de riz semble avoir une influence significative sur le renouvellement. Remarque intéressante : ce sont traditionnellement les femmes et non les hommes qui cultivent et transforment le riz au Bénin²². Sans oublier que les animateurs ont constaté que ce sont également les femmes qui assument la responsabilité en matière de santé du ménage et qui prennent régulièrement l'initiative d'affilier leur famille à la mutuelle. Klein (2007) suggère que les femmes béninoises gèrent en effet leur propre petit budget dont la majeure partie est consacrée aux soins de santé du ménage.

Par conséquent, le lien entre une bonne récolte de riz et des taux de renouvellement plus élevés indique que les femmes ont une influence considérable dans le domaine de la santé du ménage. Il est significatif que 86 % des titulaires masculins affirment qu'ils sont les seuls à prendre les décisions financières à la maison, mais seuls 68 % indiquent avoir pris seuls la décision de devenir membres ou de renouveler l'affiliation. Ces chiffres s'élèvent respectivement à 69 % et 67 % pour les titulaires féminins et suggèrent que, même dans le cas où la femme n'est pas titulaire, elle exerce malgré tout une influence sur les dépenses de santé du ménage et sur la décision de devenir membre de la mutuelle. Ainsi les mutuelles contribuent à renforcer le rôle de la femme dans le ménage et dans la prise de décision importante.

En résumé :

- > Un manque de moyens financiers a une influence sur les taux de renouvellement. Les membres qui sont plus riches ou ont eu une bonne récolte prolongent plus souvent leur affiliation.
- > Même si l'importance de la récolte de coton est souvent avancée lors des interviews, les récoltes des autres cultures semblent être tout aussi essentielles pour la réaffiliation.
- > Le rôle fondamental des femmes dans la décision d'affiliation revient à la fois dans les enquêtes et dans les interviews.

8.3.2 Moment du paiement de la cotisation

La section précédente porte sur le manque de moyens. Remarquons toutefois que même si une personne possède des revenus suffisants, il faut aussi que ces revenus soient disponibles lorsque la cotisation doit être payée. C'est l'objet de la présente section.

La collecte de la cotisation est organisée entre janvier et juin. Lorsque toute la cotisation est payée, le membre obtient une couverture jusqu'à la fin de l'année calendrier. Dans le scénario idéal, l'affiliation est prolongée en janvier ou juste avant, pour que le membre puisse bénéficier de soins moins coûteux pendant toute une année.

La Figure 18 montre quand les membres disposent de la majeure partie de leurs revenus. Seuls 4 % des participants ont indiqué gagner la majorité de leurs revenus entre octobre et décembre. C'est donc ce petit groupe qui dispose, au bon moment, des moyens nécessaires à la prolongation de l'affiliation. Les 33 % qui déclarent recevoir la majorité de leurs revenus entre janvier et mars peuvent également tirer de nombreux avantages de l'affiliation s'ils procèdent rapidement au renouvellement. Les 40 % qui doivent surtout compter sur des revenus entre avril et juin (souvent des producteurs de coton) n'ont, par contre, pas beaucoup de temps pour prolonger leur affiliation avant la clôture des comptes fin juin. De plus, il reste relativement peu de mois pour bénéficier de l'assurance.

22

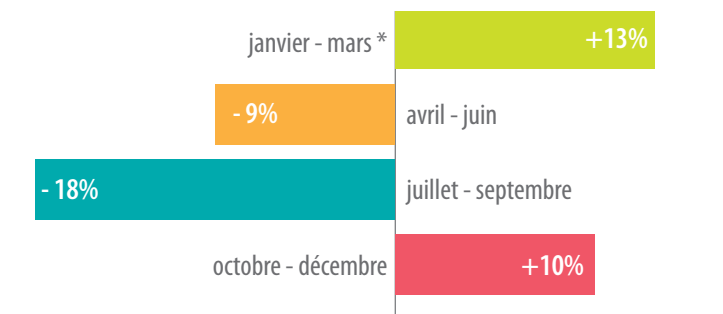
Voir la référence dans la note 21.

FIGURE 18

Période pendant laquelle les membres disposent de la majorité de leurs revenus et le rapport avec le renouvellement de l'affiliation.

Proportion de la population

- 33%
- 12%
- 40%
- 4%



* différence significative



Ce problème saisonnier est bien connu des mutuelles, mais le déplacement ou la prolongation de la période d'affiliation suscite peu d'enthousiasme pour l'instant, principalement pour des raisons administratives. Pourtant, lors du travail sur le terrain, l'importance de la récolte de coton pour la région a été soulignée à maintes reprises par les représentants des mutuelles. De plus, il est de notoriété publique que le paiement n'est effectué qu'en avril au plus tôt et d'ordinaire en mai. Les personnes souhaitant encore prolonger leur affiliation à ce moment-là réalisent qu'il ne leur reste que peu de mois pour profiter de l'assurance. En outre, elles se sont débrouillées seules les premiers mois de l'année - pendant lesquels une bonne partie de l'argent épargné a sans doute été dépensé en soins de santé - et la prime d'affiliation ne diminue pas en fonction des mois écoulés. Certaines personnes estiment qu'il est malgré tout encore intéressant de s'affilier, d'autres paient exceptionnellement déjà la cotisation pour l'année calendrier suivante. Une grande partie des membres sautent toutefois une année et projettent seulement de garder suffisamment d'argent de côté pour le renouvellement à la fin de l'année. Ils sont ensuite confrontés à d'autres éléments - prévus, mais aussi imprévus - nécessitant un investissement, ce qui met de nouveau en péril la prolongation de l'affiliation.

La saison des pluies au Nord-Bénin entre juillet et septembre est un facteur non négligeable. C'est à cette période que la demande de travail est la plus élevée, que les réserves de nourriture sont au plus bas et que les maladies (comme le paludisme) sont le plus fréquentes. Donc si quelqu'un s'inscrit seulement à partir de juillet, il sera quand même couvert pour cette période. Cela explique l'immense succès de recrutement des derniers mois de la période de collecte, qui est régulièrement prolongée jusqu'en juillet pour compenser les résultats décevants. En 2016, pas moins de 43 % des membres ont ainsi prolongé leur affiliation entre début juin et fin juillet et environ le même pourcentage de nouveaux membres a été recruté pendant cette période. Près de la moitié des membres sont donc contraints de renoncer à six mois de couverture. Pour ces individus, la mutuelle reste néanmoins suffisamment intéressante pour qu'ils s'affilient encore en juin ou juillet.

L'influence négative de ce timing de la période de collecte sur les taux de renouvellements est évidente dans la Figure 18. Nous voyons en effet que les membres disposant de la majorité de leurs revenus entre octobre et mars sont plus enclins à renouveler leur affiliation. On note au contraire une influence négative des mois d'avril à septembre, pendant lesquels la majorité des participants (52 %) récolte la majorité de leurs revenus.

Bien que 9 personnes sur 10 aient déclaré dans l'enquête que la période de recrutement et de prolongation entre janvier et juin leur convient, une adaptation ou une suppression de la période limitée pourrait avoir un impact important sur les taux de renouvellement (nous y reviendrons dans les recommandations). Certaines personnes ont déclaré à cet égard simplement avoir oublié de prolonger l'affiliation et d'autres ont affirmé qu'elles ne savaient pas exactement quand la période de renouvellement prenait fin. Mais on peut se demander si ce sont les vraies raisons pour ne pas renouveler l'affiliation. C'est un constat frappant, sachant que 92 % des participants ayant connu des difficultés financières en raison d'une maladie

ont remarqué que ce désagrément ne s'est jamais produit lorsqu'ils étaient membres d'une mutuelle. Si la période d'affiliation était conçue de manière à ce qu'ils soient couverts toute l'année (au lieu de 6 mois seulement), la plus-value d'une affiliation (perçue par le membre) pourrait fortement grimper.

En résumé :

- > Le timing des revenus du ménage ne correspond pas à l'organisation de la période de collecte. Une grande partie des membres ne sont donc couverts que 6 mois par an.
- > Cette organisation a un effet négatif sur les taux de renouvellement. Les membres dont le timing des revenus correspond mieux à la période de collecte sont davantage enclins à renouveler l'affiliation.

8.3.3 Les services dans les centres de santé

L'étude de la littérature révèle que le succès des initiatives des mutuelles dépend fortement de la manière dont les centres de santé associés sont perçus par la population. La qualité des soins et le comportement du personnel sont particulièrement importants ainsi que la disponibilité des médicaments.

Tous ces aspects ont été révélés en détails lors des entretiens avec les animateurs. Les points sensibles récurrents sont le mauvais accueil que les membres reçoivent parfois, le manque de médicaments dans certains centres de santé et la pratique de la vente illicite. Il s'agit d'une pratique selon laquelle des médicaments ne sont pas vendus par la pharmacie (procédure obligatoire), mais directement par le prestataire de soins. C'est un problème majeur pour les membres puisque, dans ce cas-là, ils ne reçoivent pas de remboursement de la mutuelle.

Si le comportement du personnel soignant à l'égard des membres laisse en effet à désirer, nous pouvons imaginer qu'il s'explique par deux raisons.

Premièrement, les responsables politiques des centres de santé affirment qu'aucun membre du personnel n'aime se charger de l'administration. Malheureusement, la collaboration avec les mutuelles engendre un surplus administratif. Les patients dits « ordinaires » (car ils ne sont pas affiliés à une mutuelle) sont diagnostiqués et, sur cette base, reçoivent une prescription. Mais dans la pratique, personne ne vérifie si cette prescription correspond bel et bien au diagnostic. Les mutuelles exigent au contraire une preuve écrite détaillée du traitement pour prendre en charge une partie des coûts. Une facture doit être établie pour chaque membre reçu dans un centre de santé, ce qui est chronophage et frustrant lorsque de nombreux autres patients attendent un traitement.

Deuxièmement, et découlant de ce premier point, l'exigence administrative des mutuelles rend la vente illicite impossible chez les membres. Cette pratique donne toutefois aux prestataires de soins l'opportunité de gagner un peu d'argent étant donné que les salaires semblent être payés de manière irrégulière. Les patients qui sont affiliés à la mutuelle sont encouragés à refuser ces propositions, sachant qu'ils ne sont pas assurés pour les médicaments obtenus de cette manière. Le personnel soignant qui compte sur ces petites rentrées d'argent préférerait donc ne pas recevoir de membres des mutuelles. Le représentant local de Louvain Coopération a ainsi rapporté qu'une infirmière a condamné le fait que les mutuelles aient sensibilisé les Peuls de N'Dahonta²³ à ne pas s'engager dans la vente illicite. Elle se demandait comment elle pourrait entretenir sa famille dans ces conditions.

Même si aucun membre du personnel soignant n'a souhaité confirmer les accusations de vente illicite ou une aversion envers les membres des mutuelles, la majorité a admis que l'administration pour les membres représente une charge de travail supplémentaire et que le paiement du salaire se fait parfois attendre longtemps. De plus, une petite minorité des sondés a en effet indiqué ne pas avoir renouvelé l'affiliation en 2016, car ils avaient été mal reçus dans les centres de santé.

L'immense majorité des individus interviewés sont en revanche satisfaits, voire très satisfaits de la qualité des soins dans le centre de santé qu'ils fréquentent le plus souvent (84 %) et de l'accueil qu'ils y reçoivent (90 %). Près de la moitié d'entre eux trouvent même que les membres sont mieux reçus que les autres. Ce dernier groupe est d'ailleurs le principal à N'Dahonta, où pas moins de 85 % ont déclaré que les membres sont privilégiés. A Matéri, les résultats sont ambigus et à Coby, presque tout le monde pense qu'aucun groupe n'est mieux ou moins bien traité que l'autre. Finalement, 95 % indiquent n'avoir rarement ou jamais été traités de manière désobligeante dans un centre de santé. Nous remarquons également que les chiffres sont assez élevés et doivent donc être abordés de manière critique, mais il n'est clairement pas question de mépris général entre membres et personnel soignant.

23

Un groupe ethnique pour lequel le soutien de la communauté est insuffisant.

	POURCENTAGE DES MEMBRES (anciens et actuels)
(Très) satisfait de la qualité des soins au centre de santé	84%
(Très) satisfait de l'accueil au centre de santé	90%
Rarement ou jamais traité de manière désobligeante dans un centre de santé	95%

TABLEAU 5

Opinions des membres sur la qualité des services au centre de santé

En résumé :

- > Les interviews ont révélé une inquiétude concernant le bon accueil des membres des mutuelles dans les centres de santé en raison de la charge administrative et de problèmes liés à la vente illicite de médicaments par les prestataires.
- > Les membres sont toutefois très positifs sur l'accueil et la qualité des soins dans les centres de santé. Cet élément ne semble donc pas être un élément important pour justifier les faibles taux de renouvellement.

8.3.4 Connaissance de la mutuelle

Il est important que les membres disposent d'une bonne connaissance de la mutuelle pour pouvoir en bénéficier de manière optimale, c'est-à-dire savoir à quoi ils peuvent prétendre, mais aussi connaître les modalités pratiques, comme le montant de la prime et les modalités de prolongation de l'affiliation.

Les données démontrent clairement un manque de connaissance de la couverture de la mutuelle. Deux participants sur trois déclarent n'avoir aucune idée des traitements remboursés par la mutuelle. Les connaissances des personnes prétendant connaître la couverture de l'assurance - 88 personnes au total - ne sont pas mauvaises, mais sont loin d'être parfaites.

C'est ce que montre le Tableau 6. Ainsi, 14 traitements ou éléments pouvant potentiellement être assurés par les mutuelles y sont repris. Les 7 premiers sont effectivement couverts et les 7 derniers pas. Il s'avère que la couverture pour les coûts d'accouchement²⁴, les consultations prénatales, toux et formes simples de paludisme est bien connue, mais c'est moins le cas pour la parasitose, les morsures de serpent et la petite chirurgie. En ce qui concerne les traitements non couverts, une majorité déclare effectivement qu'ils ne le sont pas. Mais nous pouvons à nouveau remarquer qu'il s'agit des connaissances de personnes déclarant connaître la couverture.

24

L'accouchement est couvert alors qu'une césarienne ne l'est pas, car une césarienne se pratique en milieu hospitalier et la mutuelle ne rembourse pas les services à l'hôpital. La césarienne est subventionnée par l'Etat béninois. Par ailleurs, les centres de santé ont mis en place une initiative « femmes pour femmes » (IFF). Les femmes en consultation prénatale donnent une cotisation de 100 FCFA qui permet d'assurer le transport de celles qui doivent être césarisées vers l'hôpital Saint Jean de Dieu.

INTERVENTION	POURCENTAGE DE PERSONNES PENSANT QUE C'EST COUVERT	EFFECTIVEMENT COUVERT PAR LA MUTUELLE
Accouchement	75 %	OUI
Consultations prénatales	81 %	OUI
Paludisme simple	91 %	OUI
Parasitoses	51 %	OUI
Toux	73 %	OUI
Morsure de serpent	24 %	OUI
Petite chirurgie	42 %	OUI
Césarienne	11 %	NON
Paludisme grave	25 %	NON
Transport des femmes enceintes	17 %	NON
Soins dentaires	7 %	NON
Intervention chirurgicale majeure	5 %	NON
Méningite	8 %	NON
Asthme	11 %	NON

TABLEAU 6

Connaissance de la couverture de la mutuelle. Uniquement les réponses des 88 personnes déclarant connaître la couverture.



Les membres ne connaissent pas bien non plus le montant exact des remboursements de la mutuelle. A Coby et N'Dahonta, seuls 22 % connaissent le pourcentage remboursé par la mutuelle. Par contre, à Matéri, 84 % des membres actuels sont au courant que le montant de la franchise s'élève à 1.000 FCFA, alors qu'aucun ancien membre ne le savait. Finalement, seul 1 participant sur 4 rapporte qu'un membre peut se rendre dans chaque centre de santé de la zone pour une prestation de soins moins coûteuse. Près de la moitié pense ne pouvoir se rendre que dans le centre de santé associé à sa propre commune. Heureusement, presque tous les participants (98 %) savent que les services de l'hôpital régional ne sont pas compris et qu'ils ont la possibilité d'adresser leurs questions urgentes aux animateurs.

Une mauvaise connaissance de la couverture a-t-elle également une influence sur la décision de renouveler l'affiliation ? La variable dans la figure 19 reflète l'influence d'une mauvaise connaissance de la couverture de l'assurance sur la fidélité des membres. Nous considérons qu'une personne a «une mauvaise connaissance de la couverture» lorsqu'elle déclare n'avoir aucune idée de la couverture ou lorsqu'elle pense qu'au moins 4 des 7 variables de la partie inférieure du Tableau 6 sont couvertes par la mutuelle. Selon cette définition, la majorité des personnes (64 %) connaît mal la couverture.

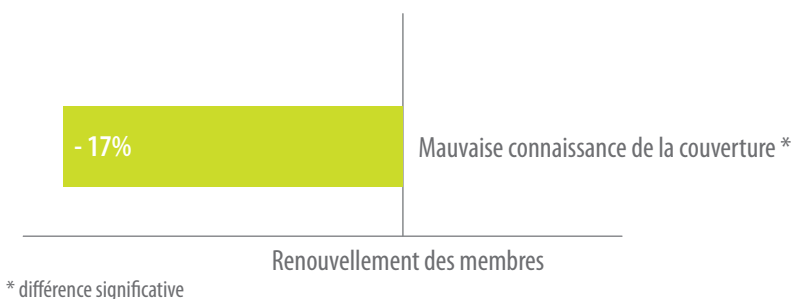
De plus, ce groupe a une probabilité de 17 % en moins de prolonger son affiliation (Figure 19). Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'une mauvaise connaissance a une influence sur le renouvellement. Il est aussi possible que les personnes qui n'ont pas renouvelé n'ont pas été en contact avec la mutuelle lorsqu'elles étaient affiliées et qu'elles ont, pour cette raison, une mauvaise connaissance de la couverture. L'étude de la littérature montrait également que, souvent, une mauvaise connaissance diminue effectivement la probabilité de renouvellement. Même si nous ne pouvons pas l'affirmer avec certitude, ces résultats suggèrent que le problème de mauvaise connaissance est un facteur explicatif du non renouvellement pour les mutuelles dans l'Atacora.

FIGURE 19

Rapport entre une mauvaise connaissance de la couverture et le renouvellement de l'affiliation.

Proportion de la population

● 64%



Ces résultats sont toutefois contestés par le personnel soignant qui estime que les membres sont bien informés et savent ce à quoi ils ont droit. Notre observation peut néanmoins indiquer que les membres qui n'ont pas été correctement informés ne se rendent pas souvent dans les centres de santé précisément pour cette raison, mais nous ne pouvons pas l'affirmer avec certitude.

La connaissance de la prime d'affiliation est en revanche assez bonne, comme le révèle le Tableau 7. Une cinquantaine de participants n'ont aucune idée du montant de la cotisation, mais les estimations des 206 autres personnes sont proches du montant correct. La connaissance de la cotisation à N'Dahonta est parfaite, et l'estimation est supérieure de maximum 160 FCFA à Coby et Matéri. Les estimations les plus basses sont toutefois les moins correctes, mais elles ont été données par un nombre réduit de personnes. La mutuelle de Matéri étant seulement dans sa deuxième année d'existence et les campagnes d'information étant en cours, il est logique que le niveau de connaissance soit légèrement plus faible que dans les autres mutuelles.

	ESTIMATION MOYENNE DE LA COTISATION	MONTANT CORRECT	ESTIMATION LA PLUS BASSE DE LA COTISATION	ESTIMATION LA PLUS HAUTE DE LA COTISATION
N'DAHONTA	1.430	1.430	1.430	1.430
COBLY	1.821	1.840	1.450	2.000
MATÉRI	1.667	1.700	800	1.850

TABLEAU 7
Cotisation annuelle des mutuelles, en FCFA, par rapport à une estimation des membres et anciens membres . Estimations par 206 des 256 personnes interrogées, les autres ont déclaré ne pas connaître le montant.

Les membres doivent savoir comment prolonger leur affiliation. 61 % des participants pensent qu'il est uniquement possible de payer la prime d'affiliation aux animateurs²⁵, alors que toutes les autres options sont bel et bien énumérées. Par conséquent, certains ont déclaré ne pas prolonger leur affiliation car «l'animateur n'est pas venu me voir» ou «on n'est pas venu chercher mon argent». Les membres ne sont donc pas réellement au courant des alternatives pour prolonger leur affiliation. 27 % mentionnent néanmoins la cellule mutualiste de base, une formation locale qui doit faire vivre les mutualités dans les villages du district. Ces instances sont donc bien connues par une partie du public cible.

Nous constatons qu'1 participant sur 2 déclare n'avoir rien vu ni entendu dans le courant de cette année concernant les mutuelles, alors que les animateurs disent passer chaque mois dans chaque village de leur zone. De plus, 13 % rapportent ne parler que rarement ou jamais des mutuelles dans la sphère familiale. Ce groupe a 37 % de probabilité en moins de renouveler son affiliation. Les mutuelles auraient donc tout intérêt à se manifester davantage dans les communautés pour y présenter les notions de solidarité et d'assurance santé.

En résumé :

- > La connaissance de la couverture des mutuelles est loin d'être parfaite. Ceci a un impact négatif sur les renouvellements.
- > Les membres connaissent la cotisation annuelle, mais pas les différentes possibilités de prolonger leur affiliation. Ils attendent que l'animateur vienne chercher leur argent.
- > La visibilité des mutuelles dans les villages est réduite et pourrait avoir un impact négatif sur les taux de renouvellement.

8.3.5 Mutuelle en tant que mécanisme de solidarité

Les mutuelles se distinguent des assurances privées par l'importance de la solidarité dans leur fonctionnement. Cette spécificité implique que les membres adhèrent également à cette philosophie et voient la mutuelle comme un moyen d'organiser la solidarité au sein de la communauté. La première question est donc de savoir si c'est effectivement le cas : les membres voient-ils la mutuelle comme un mécanisme de solidarité ou plutôt comme un moyen de protéger leurs risques personnels ?

La réponse à cette question est contrastée. Il est clair que la mutuelle est perçue comme un moyen utile pour couvrir le risque de coûts de santé élevés. La majorité des gens y voient surtout des avantages pour eux-mêmes lorsqu'on leur demande leur avis sur la solidarité (même si certains soulignent également que même les ménages les plus défavorisés ont accès aux soins grâce à la mutuelle). De plus, 9 personnes sur 10 pensent qu'il est important d'être membre en raison du risque potentiel de tomber malade.

Par ailleurs, plusieurs questions spécifiques sur la solidarité indiquent que l'affiliation signifie plus pour eux qu'une simple limitation des risques. Presque tout le monde (94 %) - membres actuels ou anciens - s'accorde sur le fait que la cotisation ne doit pas être remboursée aux personnes qui n'ont tiré aucun avantage financier de l'assurance. De manière similaire, ils (98 %) estiment que la cotisation doit être universelle et ne doit donc pas augmenter en fonction de l'état de santé ou de l'historique de santé d'un ménage. Finalement, quasi tous les participants trouvent logique que la cotisation des ménages qui sont rarement confrontés à la maladie soit utilisée pour financer les dépenses de santé des ménages malchanceux fortement touchés par la maladie. De plus, ces chiffres sont confirmés dans les interviews. Les enquêteurs rapportent le cas unique d'un individu ayant réclamé la cotisation après un an d'affiliation mais selon eux, la majorité des personnes est d'accord avec le règlement solidaire. La mutuelle est donc clairement considérée comme un moyen d'organiser la solidarité dans la communauté.

²⁵ Les personnes qui le croient (erronément) ne sont toutefois pas moins susceptibles de prolonger leur affiliation.

La solidarité est également une valeur importante au Bénin où il existe de nombreux mécanismes de solidarité informels, dans lesquels les personnes s'entraident en cas de besoin. Il est donc possible que cette solidarité existante offre déjà une bonne protection contre les dépenses de santé élevées et qu'une affiliation à la mutuelle offre peu de protection supplémentaire.

Ce n'est toutefois pas le cas. La moitié des sondés déclare avoir déjà été confrontée à des problèmes financiers liés aux coûts des soins de santé. Seules 10 de ces personnes l'ont expérimenté alors qu'elles étaient membres de la mutuelle. Cela signifie que les initiatives mutualistes offrent un complément opportun à la solidarité informelle existant dans les communautés.

La solidarité formelle organisée par la mutuelle est donc indiscutablement appréciée par la société. 66 % des anciens membres et 82 % des membres actuels indiquent se sentir plus solidaires envers les membres que les non-membres lorsqu'on leur demande à qui s'adresse leur sentiment de solidarité. Cela signifie-t-il que toute la population de la zone est convaincue du principe de solidarité ? Certainement pas, mais cette réponse porte à croire que les personnes qui ont été impliquées au sein de la mutuelle approuvent ces principes importants de solidarité.

En résumé :

- > Même si les mutuelles sont d'abord considérées comme un moyen de couvrir des risques personnels, les membres et anciens membres approuvent les principes de solidarité sur lesquels se basent les mutuelles.
- > Les mécanismes de solidarité informels existants ne suffisent pas à couvrir les risques de santé des ménages. Les mutuelles peuvent donc être un complément opportun à ces mécanismes.

8.3.6 Confiance en la mutuelle

La confiance en la mutuelle est un facteur très important pour les personnes qui envisagent de prolonger leur affiliation. Elles doivent en effet être convaincues qu'elles recevront les remboursements nécessaires en cas de besoin.

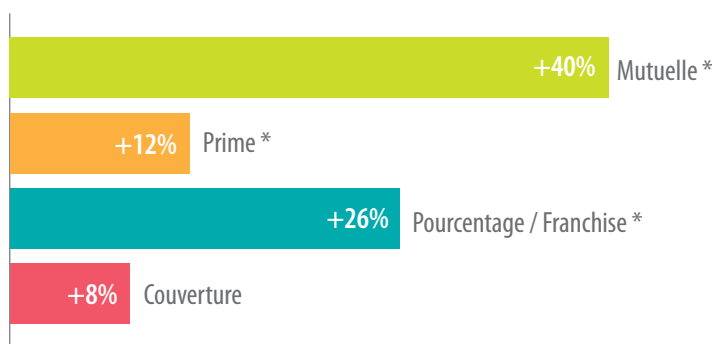
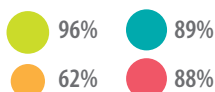
Cette confiance est instaurée par un bon fonctionnement de la mutuelle, mais de mauvaises expériences avec d'autres organisations peuvent également affecter la confiance en la mutuelle. Les trois communes en question ici n'ont pas été épargnées par ce scénario. Des histoires d'escrocs collectant des cotisations pour des initiatives fictives surgissent régulièrement. Les enquêtes révèlent toutefois que la confiance accordée aux mutuelles est assez élevée (Figure 20). 96 % déclarent ainsi avoir confiance en la mutuelle et en sa gestion financière. La confiance en d'autres points plus spécifiques est également élevée. La plupart des membres et anciens membres ont la conviction qu'en cours d'année, aucune prime supplémentaire ne sera exigée (62 %) ou que les conditions de remboursement ne changeront pas (89 %) et que la couverture restera la même d'une année à l'autre (88 %).

Malgré ces chiffres élevés, la confiance reste un facteur important dans la décision de renouvellement. Les chiffres varient en fonction de l'objet de cette confiance (Figure 20) mais globalement, nous voyons que lorsque la confiance est élevée, les membres ont de bien meilleures probabilités de renouveler leur affiliation. Il est donc crucial que la confiance accordée aux mutuelles demeure élevée.

FIGURE 20

La confiance des membres en la mutuelle et le rapport avec le renouvellement de l'affiliation.

Proportion de la population



* différence significative

Renouvellement des membres

Le Tableau 8 ci-après montre que la confiance en la mutuelle peut rapidement disparaître. Nous avons examiné le niveau de confiance qui se rapporte à chacune des trois mutuelles séparément. Nous voyons que les différences entre les mutuelles ne sont pas trop importantes, à une exception près : à Coby, seuls 12 % des individus sont convaincus qu'ils ne devront pas payer de prime supplémentaire en cours d'année, alors que ces chiffres atteignent respectivement 77 % et 96 % dans les autres mutuelles. Ceci est dû au fait que la mutuelle de Coby a déjà été contrainte deux fois (en 2010 et 2015) de réclamer une prime supplémentaire en cours d'année en raison de problèmes financiers. En 2016, suite à ces problèmes, seuls 62 % des membres ont renouvelé l'affiliation. Malgré le fait que la confiance générale en la mutuelle de Coby reste élevée, ces actions entreprises dans le passé auraient eu des impacts sur le pourcentage de renouvellement. La confiance doit toujours être un point d'attention.

	POURCENTAGE FAISANT CONFIANCE À ...			
	MUTUELLE	PRIME	POURCENTAGE/ FRANCHISE	COUVERTURE
N'DAHONTA	97 %	77 %	83 %	72 %
COBLY	96 %	12 %	97 %	98 %
MATÉRI	97 %	96 %	99 %	95 %

TABLEAU 8

Confiance des personnes enquêtées dans les différents aspects de la mutuelle, par mutuelle.

En résumé :

- > Les membres et anciens membres ont une grande confiance envers les mutuelles et leur fonctionnement.
- > La confiance est un facteur important lors du renouvellement de l'affiliation. Il est dès lors crucial que les mutuelles maintiennent un niveau élevé de confiance.
- > Comme le montre l'exemple de Coby, la confiance existante peut vite disparaître. Maintenir la confiance reste donc un point d'attention.

8.3.7 Faire appel à la mutuelle

L'affiliation est plus intéressante financièrement pour les personnes qui sont souvent malades et se rendent régulièrement dans les centres de santé. Nous avons déjà pu constater dans la Partie II de cette étude que cet élément joue un rôle dans le choix de s'affilier. Les groupes dont les coûts médicaux sont élevés, comme les femmes enceintes, sont plus souvent affiliés à la mutuelle.

Nous allons maintenant examiner s'il en va de même pour les renouvellements. Les ménages souvent malades renouvellent-ils également plus fréquemment leur affiliation ? Par ailleurs, il est également possible que les ménages renouvellent uniquement l'affiliation des personnes du ménage qui tombent plus souvent malades. Nous examinerons ces deux aspects.

Prétendre que les ménages qui tombent plus souvent malades prolongent plus fréquemment leur affiliation n'est pas exact. Le Tableau 9 montre le nombre de fois que des membres du ménage sont tombés malades pendant les trois mois précédant l'enquête. Pendant cette période de trois mois avant l'enquête, les anciens membres déjà n'étaient plus affiliés à la mutuelle.

Il en ressort qu'il n'y a aucune différence entre les membres et les anciens membres. Nous avons également demandé d'estimer, de manière plus subjective, si les membres du ménage étaient souvent malades²⁶. Les différences entre les membres et les anciens membres sont également minimales à ce niveau. Contrairement au choix de s'affilier, le nombre de remboursements que les membres s'attendent à recevoir semble donc ne pas avoir de grande importance lors de la réaffiliation.

La question de savoir si tous les membres du ménage sont (ré)inscrits à la mutuelle, ou uniquement ceux dont les coûts médicaux sont élevés, se pose également. Les membres sont contraints d'inscrire tous les membres du ménage, mais dans la pratique, ce n'est pas toujours le cas. Dans le Tableau 9, nous avons comparé le nombre d'enfants dans le ménage au nombre d'enfants inscrits. Nous voyons que les membres actuels ont en moyenne 4 enfants, dont 3,4 sont inscrits. La plupart, mais pas tous, sont donc inscrits.

La différence avec les anciens membres est donc marquée. Seuls 2,4 des 3,9 enfants (en moyenne) étaient inscrits lorsque leur ménage était affilié. Cela pourrait indiquer que les efforts des mutuelles portent leurs fruits et qu'une plus grande partie du ménage est inscrite. Mais nous devons également rester prudents : il est possible que les personnes interrogées

26

Il a été demandé aux membres d'indiquer la fréquence de maladie dans l'ensemble du ménage, avec les modalités suivantes : jamais, rarement, de temps en temps, régulièrement et tout le temps.



n'aient pas toujours voulu admettre qu'elles n'avaient pas inscrit toute leur famille. Ceci pourrait particulièrement s'appliquer aux membres actuels. Cet élément expliquerait donc en partie la différence entre les membres et les anciens membres.

Finalement, dans le Tableau 9, nous avons également comparé les coûts médicaux des membres et anciens membres et nous avons constaté de grandes disparités. Ce sont les coûts par cas de maladie pendant les trois mois qui précèdent l'enquête. Au moment de l'interview, seuls les anciens membres n'étaient plus couverts par les services de la mutuelle. Cette observation est donc objective car elle permet de vérifier les dépenses restant à charge d'une personne qui bénéficie d'une couverture mutualiste avec les dépenses d'autre personne dont les coûts sont entièrement à sa charge.

Un cas de maladie coûte en moyenne 4.195 FCFA aux anciens membres, contre 1.835 FCFA seulement aux membres actuels. La protection par la mutuelle parvient donc réellement à fortement diminuer les coûts médicaux des membres.

TABEAU 9

Nombre d'enfants inscrits par ménage, nombre moyen de cas de maladie et dépenses moyennes par cas de maladie, membres actuels et anciens membres.

	MEMBRES ACTUELS	ANCIENS MEMBRES
Nombre moyen d'enfants	4,0	3,9
Nombre moyen d'enfants inscrits	3,4	2,4
Nombre moyen de cas de maladie ces trois derniers mois	1,3	1,3
Dépenses moyennes par cas de maladie	1.835 FCFA	4.195 FCFA

En résumé :

- > Les familles qui sont plus souvent malades ne renouvellent pas plus fréquemment leur affiliation.
- > Les ménages sont contraints d'inscrire tous leurs membres. Ils ne le font pas toujours, mais la majorité des enfants sont inscrits.
- > Les coûts médicaux des membres actuels sont fortement inférieurs à ceux des anciens membres. La mutuelle offre donc une réelle protection contre les coûts médicaux élevés.

8.4 Discussion

Les trois mutuelles analysées dans le cadre de cette étude jouent un rôle important au sein de la société béninoise. Elles veillent à ce que les soins de santé soient accessibles et le restent pour les personnes dont les ressources sont limitées. Elles contribuent ainsi à un niveau de santé plus élevé et à un taux de pauvreté plus faible. De plus, deux de ces trois mutuelles fournissent des services depuis plus de dix ans déjà et ont dès lors toute la confiance de la population locale. La collaboration avec les centres de santé se déroule plutôt bien et le travail réalisé par les mutuelles est fortement apprécié par la communauté. Il est intéressant de constater que les membres et anciens membres des mutuelles ne considèrent pas seulement l'affiliation comme une assurance, mais également comme un véritable mécanisme de solidarité pour les participants.

Ces points montrent que les mutuelles ont assurément leur place dans la communauté, mais elles ne parviennent pas, jusqu'à présent, à augmenter systématiquement leur effectif. L'une des raisons est qu'elles éprouvent des difficultés à convaincre les membres déjà affiliés de prolonger cette affiliation. Ce processus exige énormément d'efforts et de moyens. Pour l'instant, le pourcentage de renouvellement n'excède jamais 80%. Dans le but d'assurer la continuité des mutuelles, il est important que les différents acteurs impliqués dans le développement mutualiste se penchent en profondeur sur la prolongation de l'affiliation. A cet égard, nous avons formulé une série de recommandations dans la section suivante. Le tableau 10 regroupe les principales constatations.

	IMPORTANCE
Richesse des familles	
Timing des revenus	
Qualité de la récolte	
Services dans les centres de santé	
Connaissance de la couverture de la mutuelle	
Visibilité de la mutuelle	
Confiance en la mutuelle	
Faire appel à la mutuelle	

TABLEAU 10

Éléments à prendre en considération dans la prolongation de l'affiliation et importance de ces facteurs.

La richesse globale du ménage joue assurément un rôle lorsqu'une prolongation de l'affiliation à la mutuelle est envisagée. L'affiliation requiert des efforts financiers importants et il est évident que ce processus est plus facile pour les ménages plus aisés que pour les plus défavorisés. En outre, le timing des revenus joue également un grand rôle. Même un ménage disposant de relativement peu de revenus est en mesure de prolonger l'affiliation si ces revenus rentrent au bon moment (entre octobre et mars). Dans plusieurs familles, le budget se compose principalement d'une grosse somme d'argent versée après la récolte, au moment où de nombreuses décisions financières importantes sont prises. Nous avons également constaté que ce paiement stimule de nombreuses affiliations et réaffiliations. Le timing des revenus par rapport à la période de recrutement à la mutuelle est dès lors très important. Bien entendu, le fait que la récolte soit de bonne qualité est une condition majeure afin qu'elle génère suffisamment de profits pour une réaffiliation. Les ménages dont la récolte a été bonne sont en général souvent plus enclins à renouveler leur affiliation que ceux dont la récolte a été mauvaise. Par contre, ce constat est légèrement opposé à la conception générale selon laquelle la récolte de coton joue un rôle primordial pour un renouvellement : c'est plutôt la qualité générale de la récolte, et certainement pas uniquement la récolte de coton, qui entre en ligne de compte dans le processus décisionnel.

A côté des aspects financiers, d'autres facteurs peuvent influencer le renouvellement aux mutuelles. L'information des membres sur la couverture à laquelle ils ont droit a été mise en évidence comme élément favorable. Les personnes qui n'ont aucune idée de la couverture, voire même une vague estimation, sont beaucoup moins enclines à prolonger l'affiliation. Ne connaissant pas les services offerts, elles ne s'adressent pas correctement ou rarement à l'assurance.

Par contre, la qualité des services dans les centres de santé semble être un facteur secondaire pour justifier les faibles taux de renouvellement. Un mauvais accueil dans les centres de santé et les problèmes liés à la vente illicite sont souvent cités. Quant aux membres, ils s'estiment cependant très satisfaits de l'accueil dans les centres de santé et de la qualité des services qu'ils y reçoivent.

Selon nos données, l'utilisation attendue de l'assurance n'a aucune influence sur les chiffres de renouvellement. Contrairement au phénomène observé dans le cas des affiliations, les familles qui tombent souvent malades ne renouvellent pas plus rapidement leur affiliation. C'est un constat frappant qui suggère que les membres prennent conscience de l'importance de l'assurance et de la solidarité.

Finalement, les mutuelles doivent faire en sorte d'être suffisamment visibles. Les mutuelles ne constituent pas un sujet de conversation. Par conséquent, la période d'affiliation ou de réaffiliation passe à la trappe et la prolongation de l'affiliation n'est plus possible. Davantage de visibilité permet d'ancrer encore plus profondément les mutuelles dans la communauté et donne à juste titre l'impression qu'elles y sont à long terme.

Une visibilité accrue peut renforcer la confiance que les personnes portent aux instances, ce qui a également une influence positive sur les taux de renouvellement. Les trois mutuelles obtiennent pour l'instant de très bons résultats en matière de confiance de leurs (anciens) membres et il est essentiel que cette situation perdure. Elles doivent faire en sorte de bien respecter leurs promesses et de ne pas imposer d'exigences supplémentaires aux membres – comme par exemple demander une prime additionnelle ou modifier la couverture en cours d'année - car ces changements imprévus pourraient porter préjudice à la relation établie. Une grande confiance dans les organisations concernées est indispensable pour garantir la continuité des mutuelles.

Cette étude démontre que de multiples facteurs jouent un rôle dans le renouvellement de l'affiliation. Cette constatation se s'applique pas uniquement aux mutuelles béninoises. Ainsi, l'analyse de la littérature a précédemment mis en évidence que les jeunes mutuelles dans les pays en développement éprouvent également des difficultés à garder leurs membres et ce, pour différentes raisons.

Les résultats de cette recherche sont généralement cohérents avec ceux avancés dans la littérature scientifique. Celle-ci recense une longue liste de facteurs potentiellement importants pour expliquer la réaffiliation à une mutuelle de santé.

L'enquête réalisée sur le terrain a permis de confirmer ou d'infirmer ce qui est communément admis dans la communauté internationale, en confrontant la théorie au contexte local des mutuelles dans l'Atacora. Un fait surprenant émanant des interviews est celui-ci : contrairement à ce qui est avancé dans les articles sur le sujet, les membres affichent une certaine confiance dans la mutuelle et ils s'estiment relativement satisfaits des services offerts par les centres de santé. D'autres facteurs montrant un frein à la réaffiliation qui ressortaient de l'analyse de la littérature ont été pareillement cités comme des obstacles par les personnes ayant répondu à l'enquête. Il s'agit, par exemple, du manque de connaissance de la couverture et du moment inadéquat du paiement de la cotisation.

Cette recherche s'est concentrée uniquement sur les facteurs qui déterminent le choix d'un individu de renouveler son affiliation. D'autres thématiques pourraient être abordées dans des travaux futurs. Voici quelques pistes de réflexion : Comment atteindre les personnes handicapées ? Quel rôle joue l'alphabétisation dans le processus décisionnel ? De quelle manière les mutuelles peuvent-elles diffuser des messages à travers des campagnes d'alphabétisation ? Quel est le rôle exact des femmes dans la prise de décision concernant la santé ? Comment mieux approcher les femmes qui sont chefs de ménage et les impliquer dans le mouvement mutualiste ?

8.5 Recommandations

Le travail accompli par les trois mutuelles dans l'Atacora est grandement apprécié par la population locale. Les avantages en sont reconnus et peu de problèmes sont rapportés. De plus, les membres peuvent eux-mêmes décider de la direction prise par les mutuelles. Ces dernières ne parviennent néanmoins pas à convaincre durablement le grand public et par conséquent, elles seront confrontées à de nombreux défis si elles veulent continuer à se développer à l'avenir et occuper une position prééminente dans les communautés.

La stratégie visant à attirer de nouveaux membres et l'organisation d'une campagne de collecte de cotisations sont dès lors essentielles. Ces campagnes de promotion font l'objet d'une réflexion à laquelle participe l'ensemble des mutuelles promues par Louvain Coopération sur les territoires béninois et togolais. Ces réunions annuelles visent à échanger sur les bonnes pratiques et les suggestions ou solutions émanant de cette étude pourraient être discutées et analysées au cours de ces réunions de préparation de la nouvelle campagne.

D'autres facteurs que ceux traditionnellement liés au fonctionnement de la mutuelle jouent également un rôle. C'est la raison pour laquelle nous formulons différents types de recommandations. Vu leur nombre important, nous avons classé ces recommandations en fonction de leur priorité (haute, moyenne ou faible).

[Priorité : haute]



8.5.1 Aligner davantage la période de collecte au moment où les membres perçoivent leurs revenus

La période de collecte s'étend actuellement de début janvier à fin juillet et connaît un certain attrait dans les semaines autour de ce dernier mois. L'inscription est valable pour le reste de l'année calendrier (jusqu'en décembre). En raison de cette division par année, une grande partie du public cible (agriculteurs) ne bénéficie que d'une inscription d'une demi-année et ce, au tarif d'une année complète. Cette situation justifie que certains membres décident de ne pas prolonger l'affiliation en juin ou juillet - lorsque l'argent de la récolte est disponible - dans l'espoir d'économiser suffisamment pour se réaffilier en janvier. L'effet est clairement visible dans les chiffres de renouvellement : les membres disposant de la majorité de leurs revenus en milieu d'année renouvellent moins souvent leur affiliation.

Deux options permettent d'y remédier.

- > La première est de lever la limite de temps et de permettre le paiement de la cotisation annuelle à tout moment. Un ménage aurait alors droit à 365 jours d'assurance pour chacun de ses membres, à partir du jour du paiement. Il y a toutefois plusieurs défis logistiques pour implémenter correctement ce système.
- > L'alternative plus réaliste consiste à conserver une période d'affiliation limitée et d'en

déplacer le début au mois d'avril ou de mai, lorsque les affiliations démarrent réellement. Les membres seraient alors couverts jusqu'en avril de l'année suivante. L'affiliation serait ainsi beaucoup plus intéressante pour les grands groupes d'agriculteurs dépendant principalement des revenus de cette période. En plus de taux de renouvellement plus élevés, cette piste permettrait également aux membres d'avoir une couverture continue.

Ce changement implique une période de couverture plus longue et il est à l'origine d'une augmentation des dépenses des mutuelles. Dans la logique d'une bonne gestion financière, il faudrait donc évaluer l'impact sur le couple prestation-cotisation avant de mettre en place cette mesure. De plus, une modification des périodes d'affiliation engendrera inévitablement des adaptations des outils comptables utilisés par les mutuelles.

Finalement, le meilleur moment de paiement de la cotisation et l'organisation de la campagne peuvent aussi varier d'une année à une autre. A titre d'illustration, certains ménages dépensent des montants considérables lors de la « fête des femmes » dans l'Atacora et ne disposent plus de réserves pour renouveler les cotisations. Les mutuelles peuvent anticiper ce type d'événement dans la collecte des cotisations, mais aussi dans la communication autour de la campagne.

8.5.2 Prévoir un rôle plus important pour les cellules mutualistes de base lors de la collecte de cotisations et la promotion de la mutuelle

[Priorité : moyenne]



Nous avons constaté que les membres déclaraient régulièrement ne pas prolonger leur affiliation car l'animateur n'était pas venu récupérer la cotisation. La recommandation principale pour ce point est une transformation de la campagne de recrutement, d'un modèle push à un modèle pull. Cela signifie que les mutuelles croient en leurs propres capacités et souhaitent que les intéressés les contactent plutôt que l'inverse. L'animateur ne ferait donc plus seulement du porte à porte ou des présentations d'un village à un autre, mais le membre prendrait lui-même l'initiative de prolonger son affiliation. Des instances locales devront naturellement se charger de l'administration et traiter l'enregistrement des membres.

Heureusement, de telles instances existent déjà à l'heure actuelle sous la forme de cellules mutualistes de base. Ces structures devraient être renforcées et jouer un rôle plus important dans le processus de recrutement, pour que les animateurs aient un rôle d'accompagnement et prennent la responsabilité de toutes les cellules mutualistes de base de leur zone. La présence et la visibilité des mutuelles seront ainsi renforcées dans les petits villages. Les animateurs sont très occupés à collecter les cotisations. Par conséquent, ils n'ont pas suffisamment de temps pour accomplir d'autres tâches et pour établir un climat de confiance avec la communauté. Si les cellules mutualistes de base se chargent des inscriptions aux mutuelles, il devrait en principe être possible de s'affilier tout au long de l'année. Dans ce cas, les animateurs pourraient représenter les mutuelles à temps plein et promouvoir l'affiliation.

8.5.3 Envoyer des messages automatiques aux membres dont l'affiliation va expirer

[Priorité : faible]



La troisième recommandation concerne un système permettant d'envoyer des messages (automatiques) aux membres dont l'affiliation risque d'expirer, afin de stimuler le renouvellement. Cette mesure s'adresse uniquement aux personnes qui possèdent un téléphone portable et qui savent lire et écrire. Les autres membres peuvent, comme auparavant, s'attendre à recevoir la visite de l'animateur ou d'un représentant de la cellule mutualiste de base.

Cette démarche se base sur un système dans lequel le membre est davantage proactif dans la prolongation de son affiliation. Les membres sont responsables de la prolongation de leur affiliation dans la cellule mutualiste de base de leur communauté, mais la mutuelle fait en sorte qu'un signal soit envoyé à temps pour rappel. Si la période d'affiliation était déplacée à avril ou mai, un sms ou une visite de l'animateur pourrait coïncider avec la période de rentrée de revenus de la récolte afin de rappeler aux membres qu'ils peuvent utiliser ces revenus pour prolonger leur affiliation.

8.5.4 Une plus grande attention accordée au rôle des femmes dans la décision de renouvellement

[Priorité : moyenne]



Nous avons analysé la manière dont les femmes occupent une place centrale dans le ménage en matière de soins de santé. Bien qu'elles n'aient pas la responsabilité principale des finances du ménage - et les soins de santé engendrent des coûts élevés - elles jouent souvent un rôle important dans la décision de s'affilier à la mutuelle.

Il existe différents moyens de prêter davantage attention au rôle des femmes dans le processus décisionnel. Il serait intéressant d'évaluer l'impact de l'introduction d'une animatrice ou d'une représentante féminine dans la cellule mutualiste de base. Notez toutefois que les mutuelles font déjà des efforts de travailler avec des femmes. Ainsi, les mutuelles de Matéri et N'Dahonta sont présidées par des femmes. Par ailleurs, la collecte des cotisations pourrait également être

mieux adaptée aux revenus des femmes en misant davantage sur la pratique existante de paiements partiels (cotisation partielle) (voir recommandation suivante).

[Priorité : faible]



8.5.5 Recourir davantage aux cotisations partielles

La disponibilité des moyens et le timing de la collecte des cotisations sont avancés comme facteurs importants lors du renouvellement. Nous avons déjà suggéré précédemment de mieux aligner la période de collecte à la période pendant laquelle les moyens sont disponibles. Ceci ne résout toutefois pas tous les problèmes : les membres ne disposent pas nécessairement de l'entièreté du montant de la cotisation à un moment donné pendant la campagne. Cette situation est problématique, surtout pour les femmes dont les sources de revenus sont inférieures, mais plus régulières.

C'est pourquoi nous recommandons de recourir davantage aux paiements partiels (cotisation partielle). Ce système - dans lequel un ménage paie l'affiliation par tranches pour étaler l'investissement - existe depuis quelque temps, mais reste pour l'instant méconnu et très peu utilisé. Les animateurs admettent que cette pratique n'est que sporadique et qu'ils affilient pour l'instant surtout des agriculteurs dont la récolte a été payée.

Une cellule mutualiste de base renforcée peut aussi avoir un rôle à jouer en la matière. Elle est aisément accessible pour les membres. De petits montants disponibles peuvent ainsi être versés plus facilement. De cette manière, l'animateur ne doit venir récupérer les cotisations qu'à intervalles réguliers et clôturer l'inscription lorsque le paiement est complet. Alternativement, les systèmes de paiement à travers un téléphone portable offrent la possibilité d'effectuer des avances. Lorsque ces systèmes seront accessibles à une partie suffisamment importante des membres, ils constitueront une voie abordable dans le versement de cotisations partielles.

[Priorité : haute]



8.5.6 S'assurer qu'aucune cotisation supplémentaire ne doit être réclamée en cours d'année

La confiance accordée aux mutuelles est élevée et il est important que cette situation perdure. Le plus gros risque de rupture de confiance est lié au fait que la mutuelle ne puisse pas respecter ses promesses. Ce cas se produit lorsque l'argent récolté par les mutuelles via les cotisations ne suffit pas à rembourser les prestations de santé des membres.

Le couple prestation-cotisation est déséquilibré et le taux de sinistralité de la mutuelle - cet indicateur est obtenu en divisant le montant remboursé des prestations par le montant des cotisations versées - risque de passer au-delà du seuil de 70% à 80% communément admis pour une bonne gestion. La mutuelle se trouve alors dans une situation délicate. Pour s'assurer de conserver une bonne santé financière, elle est contrainte de demander une cotisation supplémentaire aux membres ou de modifier la couverture en cours d'année, après avoir obtenu l'aval d'une Assemblée Générale extraordinaire. Comme nous l'avons constaté dans le cas de la mutuelle de Coby, ce changement a un impact négatif sur la confiance accordée à la mutuelle. Pour éviter ces effets défavorables, il est important d'évaluer annuellement la cotisation et la couverture correspondante sur la base des dépenses de l'année précédente et sur une bonne anticipation des coûts futurs. Lorsque des informations plus détaillées sur les dépenses auront été rassemblées (voir les recommandations de la Partie II de cette étude), des prévisions financières plus précises pourront être réalisées pour l'année suivante. Une cotisation suffisante pour rembourser les soins de santé garantis pourra être définie sur cette base, en respectant les calculs et la méthodologie appliqués pour déterminer le couple prestation-cotisation.

Une estimation plus précise des dépenses futures ne suffira toutefois pas à éviter tous les problèmes financiers. Des dépenses exceptionnelles sont susceptibles de survenir, comme par exemple en présence d'un cas de paludisme qui affecte toute la zone couverte par la mutuelle et qui engendre des coûts non prévus. Plusieurs solutions peuvent être envisagées pour faire face à ces difficultés. Premièrement, nous constatons que les taux de sinistralité dépassent aujourd'hui régulièrement le seuil de 70% à 80%, ce qui limite la mutuelle à prendre en charge des dépenses additionnelles. Celles-ci devraient donc viser à ramener leur indicateur dans la fourchette communément admise. Deuxièmement, un fonds de réserve peut être constitué. A long terme, l'union pourrait assurer la gestion de ce fonds (cfr. recommandations dans Partie II). A court terme, il serait plus facile de constituer des fonds de réserve individuels au niveau de la mutuelle et l'union les superviserait. Finalement, pour détecter rapidement des problèmes financiers pouvant mettre en danger la stabilité d'une mutuelle, il est important de suivre de près les indicateurs présents dans le tableau de bord. D'une part, nous recommandons de construire le plus vite possible les indicateurs, dès que l'information nécessaire est disponible, et d'autre part, nous conseillons aux collaborateurs qui examinent ces statistiques de prendre directement connaissance de l'évolution des chiffres et d'agir le cas échéant.

8.5.7 Mieux informer les membres de la couverture de la mutuelle

[Priorité : haute]



L'un des principaux résultats de cette étude est le manque d'information des membres sur la couverture de la mutuelle, ce qui semble impacter leur décision de renouvellement.

A l'heure actuelle, les mutuelles comptent vivement sur l'Assemblée Générale pour transmettre des informations aux membres. Le personnel souligne que toutes les informations sont transmises minutieusement lors de cette réunion. Cette stratégie a toutefois plusieurs inconvénients. Être présent à l'Assemblée Générale est donc essentiel pour examiner en détails le fonctionnement des mutuelles, ce qui n'est pas toujours évident. Par ailleurs, les informations y sont souvent transmises oralement et peuvent dès lors être déformées et oubliées.

C'est pourquoi nous conseillons de transmettre les informations aux membres sur un support écrit. Une brochure illustrée pourrait être réalisée et remise à chaque membre lors de son affiliation. Elle pourrait expliquer ce que comporte précisément la couverture et aussi les services non inclus, le fonctionnement du système de «bon de prise en charge» ainsi que le moment et l'endroit pour prolonger l'affiliation.

Des informations peuvent également être transmises dans le carnet d'affiliation ou reprises sur les bons de prise en charge. Le carnet d'affiliation comporte déjà une quantité limitée d'informations qui peuvent être mieux détaillées. Les bons de prise en charge ont l'avantage d'être renouvelés chaque année. Les informations reprises sur ces bons peuvent donc être adaptées annuellement. Ils pourraient reprendre un aperçu très succinct des soins couverts et des pourcentages de remboursement. L'analphabétisme est à prendre en considération (56 % des titulaires ne savent ni lire ni écrire) ; c'est la raison pour laquelle nous conseillons de travailler également avec des images ou pictogrammes.

Il est essentiel que les habitants de chaque village connaissent leur point de contact en cas de questions. Les membres entrent rarement en contact avec les animateurs, ces derniers ne peuvent donc pas constituer l'unique référence. Une cellule mutualiste de base renforcée peut aussi jouer un rôle déterminant en répondant aux questions et en abordant les problèmes de manière structurée. Cette cellule mutualiste de base mérite une place plus importante dans ce partage d'informations.

8.5.8 Une collaboration renforcée entre les mutuelles et les centres de santé

[Priorité : moyenne]



Les mutuelles et les centres de santé peuvent se renforcer réciproquement de différentes manières. En premier lieu, les centres de santé peuvent promouvoir les mutuelles. Nous avons remarqué dans cette étude que les membres paient près de 2,5 fois moins dans les centres de santé que les non-membres. Des affiches promotionnelles mettant ce type d'avantage en valeur seraient, par exemple, apposées dans les centres de santé. Elles comprendraient également des informations sur la couverture exacte. En plus de la promotion, elles contribuent à mieux faire connaître la mutuelle aux membres.

Le personnel des centres de santé pourrait davantage parler des services offerts par les mutuelles et de leur rôle dans la communauté lors des consultations. Les affiliations sont bénéfiques aux centres de santé car les membres se rendent plus souvent aux centres et font mieux contrôler leur santé. L'affiliation aide donc le centre à accomplir sa mission et contribue à sa bonne situation financière.

Par ailleurs, les centres de santé sont également chargés de la sensibilisation relative aux soins de santé biomédicaux et à l'information relative aux maladies contagieuses de leur district. Les autorités espèrent ainsi convaincre tout le monde de donner plus de poids à la médecine scientifique par rapport à la médecine traditionnelle. Ils manquent toutefois de personnel pour se charger de l'offre complète de sensibilisation.

C'est pourquoi les mutuelles pourraient également jouer un rôle dans la sensibilisation de la population. La mutuelle, et en particulier le conseil mutualiste de base, sont proches de la population. Ils sont donc bien placés pour prendre part à la sensibilisation et à la prévention de la population. Agir dans le domaine de la prévention fait partie de la mission des mutuelles. Les actions préventives contribuent à éviter des maladies et augmentent ainsi la visibilité des mutuelles.

Comme il s'agit d'une des missions des mutualités du Nord, celles-ci pourraient soutenir cette initiative et donner des conseils aux gérants des mutuelles de santé qui le souhaitent.

8.5.9 Prévoir une couverture pour les «gros risques»

[Priorité : moyenne]



Contrairement aux mutuelles du Togo, les mutuelles de Coby, Materi et N'Dahonta ne couvrent aucun soin hospitalier, mais elles prévoient néanmoins de le faire. Cette couverture supplémentaire rendrait l'affiliation à la mutuelle encore plus intéressante : 95 % des membres actuels et précédents indiquent qu'ils seraient plus enclins à renouveler leur affiliation si les

services de l'hôpital Saint Jean de Dieu étaient compris, même si leur intégration entraînait une augmentation de la cotisation.

Il y a toutefois plusieurs points d'attention. Le transport des personnes provenant des différents districts et communes vers Tanguiéta - où se situe l'hôpital - est difficile voire impossible dans certains cas, particulièrement pendant la saison des pluies. De plus, ce transport engendre des coûts additionnels. La commune de Coby ne possède pas d'ambulance pour transporter les cas sévères. Un renvoi vers l'hôpital sera inévitablement associé à du retard et sera source de complications. Les femmes enceintes sont heureusement regroupées dans les «Initiatives Femmes pour Femmes (IFF)», qui prennent en charge les frais de transport entre les centres de santé locaux et l'hôpital en échange d'une petite cotisation. Pour réussir à inclure les services de Saint Jean de Dieu, les mutuelles devront mettre au point un régime similaire pour que tous les membres puissent effectivement recourir aux services de l'hôpital.

Cette couverture supplémentaire pour les coûts hospitaliers et le transport vers l'hôpital impliquera toutefois une augmentation de la cotisation. Pour que la cotisation reste payable pour tous, les mutuelles pourraient envisager, dans un premier temps, de rendre cette couverture optionnelle. Une piste pour réduire ces frais supplémentaires est la couverture qui serait offerte, non plus par chaque mutuelle individuellement, mais bien par l'union des mutuelles dont l'un des rôles est de centraliser les risques - notamment financiers - liés à la création de nouveaux services. Elle pourrait aussi se charger d'étudier la faisabilité de cette assurance avant qu'elle ne soit mise en place.

[Priorité : moyenne]



8.5.10 Attention accordée au rôle du médecin-conseil

Plus qu'une recommandation, cet élément est un point d'attention. Nous soulignons la place importante du médecin-conseil dans le système des mutuelles. Il contribue à ce que la qualité des soins s'améliore visiblement dans la région et est, de plus, l'interlocuteur idéal pour identifier les problèmes potentiels entre le personnel soignant et les membres ou la mutuelle. Cette fonction ne doit pas être sous-estimée : il est essentiel que la zone sanitaire, mais aussi les mutuelles en reconnaissent l'intérêt. Un soutien fort du médecin-conseil par les mutuelles est nécessaire pour qu'il puisse réaliser un travail efficace.

[Priorité : faible]



8.5.11 Le personnel soignant des centres locaux et hôpitaux comme ambassadeur des mutuelles

Comme nous l'avons remarqué lors des interviews, le personnel de santé qui sensibilise déjà aux avantages et aux actions de la mutuelle va être enclin à promouvoir les services offerts. Il représente en quelque sorte le porte-parole des mutuelles. Nous recommandons aux mutuelles de travailler avec des personnes qui sont considérées comme des relais de leurs activités et qui ont des contacts réguliers avec les membres. L'idéal serait que ces ambassadeurs soient également membres des mutuelles.

Conclusion

La situation actuelle des mutuelles africaines fait penser au long chemin parcouru par les mutualités belges. Lancées au 19^e siècle pour offrir une couverture minimale aux ouvriers en cas de problèmes de santé, elles sont ensuite devenues l'un des acteurs-clés de l'organisation de l'assurance maladie et de la protection sociale en Belgique. Cette évolution a pris du temps et le temps est un élément dont les mutuelles africaines ont également besoin.

Aujourd'hui, de nombreux mutualistes au Bénin et au Togo œuvrent à un meilleur accès à des soins de santé de qualité et financièrement abordables, afin de contribuer à la protection sociale de la population locale. Ceci reste un énorme défi. Les Mutualités Libres et Louvain Coopération soutiennent le développement des mutuelles béninoises et togolaises. Cette étude ainsi que ses observations et recommandations peuvent conduire à davantage de professionnalisation de ces jeunes organisations. Stabilité financière, bonne gestion des données mutualistes, couverture attrayante pour les assurés et collaboration renforcée via les unions de mutuelles : ces quelques exemples sont un aperçu des étapes essentielles à mettre en place.

Les autorités nationales béninoises et togolaises doivent également soutenir les mutuelles locales. Ces dernières peuvent en effet contribuer à la réalisation de l'accès universel aux soins de santé (couverture santé universelle) grâce à leurs atouts :

- > leurs valeurs de solidarité, universalité et démocratie,
- > leur expérience dans la gestion d'une assurance maladie solidaire,
- > leur relation directe avec les membres.

En tant que membres de l'Union Economique et Monétaire de l'Afrique de l'Ouest (UEMOA), le Bénin et le Togo ont pour mandat de convertir le cadre réglementaire de l'UEMOA concernant les mutualités en réglementation nationale. Nous appelons les gouvernements béninois et togolais à travailler davantage à cette conversion, qui est essentielle pour le futur des mutuelles et le développement de la protection sociale dans leur pays. Sans le support des autorités, le futur des mutuelles reste incertain. Les Mutualités Libres, Louvain Coopération, les autres partenaires du Programme MASMUT, les plateformes nationales des mutualités CNCMUT (Togo) et CONSAMUS (Bénin) continueront à accompagner et soutenir les mutuelles africaines et proposent leur expertise aux autorités et administrations béninoises et togolaises pour tracer ce chemin ensemble.

Grâce à l'apport financier de la Coopération belge au Développement, les partenaires du Programme MASMUT continueront également à soutenir les mutuelles africaines dans les années à venir (2017-2021). A cet égard, l'étude fournit quelques pistes et scénarios à mettre en œuvre.

Annexe 1 : Tableau de bord

TABLEAU DE BORD DE LA MUTUELLE DE SANTE DITE DAMA ANNEE 2015

Indicateurs	POPULATION CIBLE :												NBRE DE BENEFICIAIRES ATTENDU :											
	MONTANT DE LA COTISATION ANNUELLE :												NBRE DE BENEFICIAIRES ANNEE PASSEE :											
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
	78.623												6.500											
	2.950												5.134											
Nombre cumulé d'adhérents	5.119	5.166	5.208	5.226	5.250	5.259	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	5.260	
Nombre cumulé d'adhérents à jour de cotisation	147	170	235	1.023	1.089	1.142	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	1.148	
Anciens (cumulé)	1.475	1.822	2.256	2.459	2.587	2.690	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	2.704	
Nouveaux (cumulé)	1.798	1.915	2.036	2.106	2.160	2.204	2.206	866	866	866	866	866	866	866	866	866	866	866	866	866	866	866	866	
Total bénéficiaires	3.273	3.737	4.292	4.565	4.747	4.894	4.910	4.910	4.910	4.910	4.910	4.910	4.910	4.910	4.910	4.910	4.910	4.910	4.910	4.910	4.910	4.910	4.910	
Bénéf. sous risque	3.190	3.570	4.235	4.360	4.662	4.821	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	4.900	
Nbre de bénéf sous risque moyen	3.190	3.380	3.665	3.839	4.003	4.140	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	4.248	
Taux de renouvellement des bénéficiaires	28,73%	35,49%	43,94%	47,90%	50,39%	52,40%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	52,67%	
Entières pour exercice en cours	6.640.350	8.009.150	9.646.400	10.451.750	10.988.650	11.422.300	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	
Partielles	442.800	442.800	581.595	627.045	649.145	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	325.000	
Entières perçues d'avance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Prime acquise correspondant au risque	6.395.500	7.516.500	9.478.250	9.847.000	10.737.900	11.206.950	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	11.440.000	
Montant disponible	4.476.850	5.261.550	6.634.775	6.892.900	7.516.530	7.844.865	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	8.008.000	
Rbsmt sem des prestations	458.858	801.888	813.417	1.144.643	1.146.776	1.788.411	1.422.156	1.080.624	940.047	1.003.644	786.132	734.467	1.003.644	786.132	734.467	1.003.644	786.132	734.467	1.003.644	786.132	734.467	1.003.644	786.132	
Rbsmt cumulé	458.858	1.260.746	2.074.163	3.218.806	4.365.582	6.153.993	7.576.149	8.656.773	9.596.820	10.600.464	11.386.596	12.121.063	10.600.464	11.386.596	12.121.063	10.600.464	11.386.596	12.121.063	10.600.464	11.386.596	12.121.063	10.600.464	11.386.596	
Solde	4.017.992	4.000.804	4.560.612	3.674.094	3.150.948	1.690.872	431.851	-648.773	-1.588.820	-5.610.752	-6396.884	-7.522.903	-5.610.752	-6396.884	-7.522.903	-5.610.752	-6396.884	-7.522.903	-5.610.752	-6396.884	-7.522.903	-5.610.752	-6396.884	
Nombre de cas	158	315	344	505	489	711	695	582	502	577	502	388	577	502	388	577	502	388	577	502	388	577	502	
Coût moyen des prestations	2.904	2.546	2.365	2.267	2.345	2.515	2.046	1.857	1.873	1.739	1.566	1.893	1.739	1.566	1.893	1.739	1.566	1.893	1.739	1.566	1.893	1.739	1.566	
Taux de sinistralité	7,17%	16,77%	21,88%	32,69%	40,66%	54,91%	66,23%	75,67%	83,89%	148,71%	159,74%	184,52%	148,71%	159,74%	184,52%	148,71%	159,74%	184,52%	148,71%	159,74%	184,52%	148,71%	159,74%	
Taux de pénétration	4,16%	4,75%	5,46%	5,81%	6,04%	6,22%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	6,24%	

Annexe 2 : Analyse complémentaire

Dans la Partie III de cette étude, nous avons souvent comparé les différents pourcentages de renouvellement. Par exemple, nous avons constaté que les personnes ayant une bonne récolte étaient plus susceptibles de renouveler leur affiliation. Comme nous l'avons abordé de manière plus détaillée dans le texte (voir Section 8.2.1), nous devons rester prudents lors de l'interprétation de ces résultats.

Les membres qui ont une bonne récolte diffèrent des membres qui en ont une mauvaise. Nous ne pouvons donc pas affirmer avec certitude si c'est la bonne récolte, ou ces autres différences, qui expliquent les disparités dans les taux de renouvellement.

C'est pourquoi nous avons réalisé une analyse complémentaire, présentée dans cette annexe. Nous avons examiné à nouveau la différence dans les possibilités de renouvellement (par exemple entre les personnes qui ont une bonne récolte et celles qui en ont une mauvaise) mais nous tenons également compte d'autres facteurs pouvant différencier ces groupes²⁷.

Le Tableau 11 donne un aperçu des résultats. Les résultats de gauche sont ceux affichés dans le texte et ne tenant compte d'aucun autre facteur. Les résultats de droite sont les nouveaux résultats prenant en compte d'autres facteurs.

Le Tableau 11 montre également la liste des facteurs pris en compte. Pour simplifier l'analyse, nous nous sommes limités à plusieurs variables sur les caractéristiques des membres (alphabétisme, niveau de formation et richesse) et plusieurs variables avancées comme facteurs importants pour le renouvellement (confiance, récolte, connaissance de la couverture,...).

Pour évaluer si cette analyse supplémentaire modifie les résultats (et donc l'interprétation donnée dans le texte), nous pouvons comparer les résultats des colonnes de gauche et de droite. Comme prévu, les résultats changent légèrement, mais restent globalement similaires. Nous pouvons donc affirmer avec davantage de certitude qu'une bonne récolte, une confiance en la mutuelle et une bonne connaissance de la couverture ont réellement un impact important sur le choix de renouveler l'affiliation.

TABLEAU 11

L'impact de différents facteurs sur la probabilité de renouvellement

	SIMPLE COMPARAISON (comme dans le texte)		COMPARAISON PRENANT D'AUTRES FACTEURS EN COMPTE (régression)	
	Différence en probabilité de renouvellement	Différence significative	Différence en probabilité de renouvellement	Différence significative
Bonne récolte	15 %	OUI	16 %	OUI
Rarement malade	-8 %	NON	-8 %	NON
Confiance en la mutuelle	40 %	OUI	32 %	OUI
Certitude qu'aucune prime supplémentaire ne sera demandée	12 %	OUI	17 %	OUI
Richesse	10 %	OUI	9 %	NON
Enseignement supérieur à l'école primaire	6 %	NON	-2 %	NON
Mal informé de la couverture	-17 %	OUI	-18 %	OUI
Alphabétisme	4 %	NON	3 %	NON

27

Du point de vue technique, nous réalisons une « régression » dans laquelle la variable dépendante est la décision de renouvellement et les variables indépendantes sont toutes les variables du Tableau 11.

