



*CONTRIBUTION DES MUTUELLES
DE SANTÉ AU FINANCEMENT,
À LA FOURNITURE ET À L'ACCÈS
AUX SOINS DE SANTÉ:
SYNTHÈSE DE TRAVAUX DE RECHERCHE
MENÉS DANS NEUF PAYS D'AFRIQUE
DE L'OUEST ET DU CENTRE*

*Chris Atim, Ph.D.
Alt Associates Inc.*

*Traduit et édité par le programme «Stratégies et
Techniques contre l'Exclusion Sociale et la
Pauvreté»*



*Afou et Aramatu Koné
Dyou, Mali*



*CONTRIBUTION DES MUTUELLES
DE SANTÉ AU FINANCEMENT,
À LA FOURNITURE ET À L'ACCÈS
AUX SOINS DE SANTÉ:*

*SYNTHÈSE DES TRAVAUX DE RECHERCHE
MENÉS DANS NEUF PAYS D'AFRIQUE
DE L'OUEST ET DU CENTRE*

*Chris Atim, Ph.D.
Abt Associates Inc.*

Mars 2000



**United States Agency for
International Development
(USAID)**

1300 Pennsylvania Avenue, NW
Washington DC 20523-5900
USA
Tél. 202 219 0474
Fax 202 216 3702



**Partnerships for Health Reform
(PHR)**

Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane,
Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA
Tél. 301 718 3159
Fax 301 652 3916



Bureau international du travail (BIT)

4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22 SUISSE
Tél. 41 22 799 65 44
Fax 41 22 799 66 44



BIT/STEP

4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22 SUISSE
Tél. 41 22 799 65 44
Fax 41 22 799 66 44



BIT/ACOPAM

BP 414 Dakar SÉNÉGAL
Tél. 221 824 58 84
Fax 221 825 29 40



**Alliance Nationale des Mutualités
Chrétiennes de Belgique (ANMC)**

Chaussée de Haecht 579
1031 Bruxelles BELGIQUE
Tél. 32 2 246 43 30
Fax 32 2 246 48 21



Solidarité Mondiale (WSM)

Chaussée de Haecht 579
1031 Bruxelles BELGIQUE
Tél. 32 2 246 36 71
Fax 32 2 243 78 53

Si vous désirez des copies supplémentaires
de ce document, contactez le Programme STEP
à l'adresse suivante: step@ilo.org

The English version of this document is
available at PHR-infocenter@abtassoc.com

TABLE DES MATIÈRES

Sigles	v
Remerciements	vi
Résumé analytique	vii
Chapitre 1: Introduction	1
Objectifs de l'étude	1
Contexte général	1
Méthodologie, portée et choix des études de cas	7
Chapitre 2: Constats	11
Contexte légal et institutionnel du développement des mutuelles de santé	11
Données de base sur les mutuelles objet des études de cas	12
Performance et contribution des mutuelles au développement des systèmes de santé	17
Chapitre 3: Conclusions, conséquences et recommandations pour les acteurs clés	49
Observations et conclusions générales	49
Conclusions spécifiques relatives aux critères d'évaluation	50
Enseignements et recommandations	52
Sujets éventuels pour des investigations supplémentaires	59
Annexes	60
Annexe 1: Résumé du guide méthodologique utilisé pour réaliser l'étude	60
Annexe 2. Recommandations tirées des études de cas dans chaque pays	62
Annexe 3: Liste par pays des mutuelles de l'inventaire et des études de cas	65
Annexe 4: Evaluation des taux de cotisations d'une mutuelle	68
Annexe 5: Références	69

Tableaux

Tableau 1. Différences entre l'épargne et l'assurance	4
Tableau 2. Age des mutuelles inventoriées (à partir du début de l'activité d'assurance maladie)	5
Tableau 3. Matrice de sélection des mutuelles de santé	9
Tableau 4. Répartition des mutuelles étudiées selon le type	10
Tableau 5. Situation juridique des mutuelles inventoriées	11
Tableau 6. Principales caractéristiques des mutuelles de santé objet des études de cas	13
Tableau 7. Distribution des mutuelles en fonction du nombre de membres	17
Tableau 8. Sources de revenus du centre de santé MUTEK (1994-1996)	19
Tableau 9. Mécanismes de versement des prestations ou de prise en charge utilisés par les mutuelles	28
Tableau 10. Quelques recommandations sur les caractéristiques structurelles des mutuelles	32
Tableau 11. Couverture des personnes à charge et des familles par les mutuelles objet des études de cas	37
Tableau 12. Indicateurs de résultats financiers	45
Tableau 13. Les UCGM de Sirarou et de Sanson (Bénin [1, 2]): taux d'utilisation et coûts des interventions	47
Matrice de typologie des mutuelles	60

Graphique

Figure 1. Contribution de la mutuelle du Gonja Ouest aux revenus de l'hôpital auquel elle est liée (janvier-juin 1997)	18
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Encadrés

Encadré 1. Réussites et contraintes de la mutuelle de Lalane Diassap (Sénégal [3])	20
Encadré 2. Les types de risques et leur gestion	22
Encadré 3. Les outils de gestion du risque	23
Encadré 4. Les mutuelles doivent-elles restreindre la période d'adhésion?	24
Encadré 5. Mécanismes de paiement des prestataires	27
Encadré 6. Les mutuelles de Thiès au Sénégal: une expérience unique?	28
Encadré 7. Méthodes de bilan de l'utilisation des services	29
Encadré 8. Charges et couverture dans la mutuelle de Kolokani (Mali [2])	30
Encadré 9. Le CPH de Jas (Nigéria [3])	36
Encadré 10. Participation, évaluation et comptabilité dans la mutuelle de Lalane Diassap (Sénégal [3])	41
Encadré 11. Les fonds de solidarité des enseignants (Ghana [2]): un cas d'autosuffisance	46

SIGLES

ACOPAM	Appui associatif et coopératif aux initiatives de développement à la base
ANMC	Alliance nationale des mutualités chrétiennes
AOC	Afrique de l'Ouest et du Centre
ASACO	Association de santé communautaire
BIT	Bureau international du Travail
CIDR	Centre international de développement et de recherche
CPH	Community Partners for Health
CSCOM	Centre de santé communautaire
FAC	Fonds d'aide et de coopération
FCFA	Franc de la Communauté financière africaine
GTZ	Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit
IRD	Institut de recherche pour le développement
MUTEC	Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture
OCB	Organisation communautaire de base
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PHR	Partnerships for Health Reform
SIG	Système d'information sur la gestion
SSP	Soins de santé primaire
STEP	Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	United States Agency for International Development
WSM	Solidarité mondiale

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont contribué à la production de ce rapport. Elles ne peuvent pas toutes être citées ici. Cependant, je souhaite signaler le rôle de certaines d'entre elles. Tout d'abord, les chercheurs ayant réalisé l'inventaire et les études de cas, objet de cette synthèse, méritent le plus grand remerciement. Parmi eux on peut citer: Nathalie Massiot, qui a coordonné l'inventaire et réalisé les travaux au Sénégal; Dominique Evrard, de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique, qui a effectué les études de cas au Mali; François Diop qui a réalisé les études de cas au Bénin, et Jean Etté qui a effectué celles en Côte d'Ivoire.

Des assistants de recherche ont collecté les données de l'inventaire. Je les remercie vivement, ainsi que les responsables et les membres des mutuelles ainsi que tous ceux qui ont aidé les chercheurs sur le terrain, pour la qualité de leur participation.

La première ébauche de cette synthèse a suscité des commentaires très utiles de Dominique Evrard, Philippe Marcadent (programme BIT-STEP: Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté), Patrick van Durme (Solidarité mondiale), Christine Bockstal (programme BIT-STEP) et Richard Killian, Marty Makinen, Sara Bennett, Allison Gamble Kelley (Abt Associates Inc., projet PHR). Ces commentaires ont grandement aidé à clarifier des questions importantes pour tous les acteurs clés du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. J'adresse mes remerciements à Abraham Bekele du bureau pour l'Afrique de l'USAID et Wouter van Ginneken du Département de la sécurité sociale du BIT pour leurs commentaires pertinents sur la première ébauche de cette synthèse.



Philippe Marcadent mérite une reconnaissance particulière pour ses efforts de coordination et sa contribution technique tout au long de l'étude.

En plus de leur apport à la mise en forme de ce document, Richard Killian, Allison Gamble Kelley et Karen Lee d'Abt Associates Inc. m'ont accordé leur soutien et leurs encouragements qui furent essentiels pendant la production de ce rapport. J'adresse des remerciements particuliers à Allison Gamble Kelley pour son aide dans l'élaboration des résumés et des références et pour d'autres tâches délicates qu'elle a réalisées. La traduction des extraits des études de cas francophones inclus dans le rapport a été faite par Andrea Harold, envers qui je suis très reconnaissant.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Les mutuelles de santé sont des organisations créées sur la base de liens communautaires ou professionnels. Elles se sont développées en Afrique de l'Ouest et du Centre (AOC) au cours de ces dernières années. Leur émergence a suscité l'intérêt des gouvernements, des ONG et des organisations internationales, en particulier de celles intéressées par des réponses novatrices aux difficiles questions du financement de la santé et de l'accès aux soins dans la sous-région.

C'est cet intérêt qui a poussé plusieurs organisations internationales à unir leurs forces au début de l'année 1997 et à travailler ensemble de mi-97 à mi-98 afin d'étudier la contribution actuelle et potentielle des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en AOC. Pour ces organisations, cette étude devait servir de base à la définition des priorités et des formes d'assistance de leurs futures stratégies. L'étude devait également déboucher sur des recommandations à l'intention d'autres structures, notamment, des mutuelles elles-mêmes.

Le groupe était constitué du projet Partnerships for Health Reform (PHR) – financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), du Bureau international du Travail (BIT), à travers ses programmes «Appui associatif et coopératif aux initiatives de développement à la base» (ACOPAM) et «Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté» (STEP), de Solidarité mondiale (WSM) et de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique (ANMC). Le Fonds d'aide et de coopération de la France (FAC), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et la Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ) ont également contribué aux travaux.

L'étude a porté sur neuf pays de l'AOC et a permis de compiler des données provenant d'un inventaire des mutuelles dans six pays et de 22 études de cas réalisées également dans six pays. Le groupe a utilisé un guide méthodologique pour la sélection et l'analyse des mutuelles faisant l'objet des études de cas. L'étude peut être caractérisée comme un exemple réussi de collaboration efficace entre des organisations internationales qui ont su partager personnel, informations, et cofinancer des activités d'intérêt commun.

L'étude représente une étape importante dans la documentation et la compréhension de l'expérience des mutuelles de santé en AOC. L'accent mis sur les dimensions quantitatives comme qualitatives et la prise en compte de pays anglophones tels que le Ghana et le Nigéria constituent un progrès par rapport aux études antérieures. En effet, ces études ne fournissent pas le même niveau de comparaison entre expériences. L'étude examine systématiquement les contributions effectives et potentielles des mutuelles en AOC sur le plan de la mobilisation des ressources, de l'efficacité, de l'équité, de l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins de santé, de la pérennisation et de la gouvernance démocratique du secteur de la santé.

L'étude comporte cependant des limites. Par exemple, la taille et la diversité du groupe consultatif, bien qu'étant une force, ont abouti à des différences d'interprétation et de définitions qui ont affecté le nombre de mutuelles inventoriées (50). La sélection des études de cas a pu être biaisée par la faible disponibilité des informations. Certains domaines susceptibles de faire l'objet de recherches complémentaires sont présentés dans le document.

L'objectif principal ici est de présenter des informations pouvant être utilisées par tous les acteurs clés du développement des mutuelles de santé: les membres et responsables de ces organisations, les prestataires de soins, les décideurs politiques, en particulier les ministères de la Santé et du Travail, les partenaires du développement (les agences de coopération extérieure et les institutions de soutien technique), les autres promoteurs des mutuelles de santé tels que les syndicats, les associations et organisations mutualistes intervenant dans d'autres secteurs, etc. Ce rapport fournit à ces acteurs des informations concrètes pouvant être profitables pour leur travail dans le domaine des mutuelles de santé en AOC.

Cette étude a confirmé l'émergence de systèmes mutualistes de santé en Afrique de l'Ouest et, dans une moindre mesure (car seul un pays d'Afrique centrale a été étudié) en Afrique centrale. En général, ces systèmes sont de faible ou moyenne taille au regard du nombre de leurs membres. Ils sont en majorité récents: environ deux tiers des 50 mutuelles inventoriées ont moins de trois ans.

Actuellement, les mutuelles de santé ne touchent qu'une petite partie de la population des pays concernés. Cependant, cette étude montre qu'elles disposent d'un fort potentiel pour s'étendre et participer davantage aux activités du secteur de la santé. Elles contribuent déjà de manière significative, à une plus grande équité dans l'accès aux soins et à la protection sociale, en ciblant principalement des personnes du secteur informel urbain et rural. Un autre domaine dans lequel les mutuelles apportent une contribution originale est celui de la gouvernance démocratique du secteur de la santé. En effet, face aux autorités de santé et aux prestataires de soins, elles peuvent revendiquer une légitimité populaire dans la représentation de leur communauté ou de leurs membres. Elles peuvent ainsi influencer le choix des priorités, la répartition des moyens et la façon dont l'offre de soins répond aux préoccupations du public, en ce qui concerne par exemple les temps d'attente, l'attitude du personnel soignant ou la qualité des services. Il s'agit là d'une nouvelle contribution des mutuelles au sein d'une société civile en essor et confiante qui émerge en Afrique depuis le début des années 90.

Les mutuelles ont à ce jour une contribution à la mobilisation de ressources qui reste réduite mais leur potentiel dans ce domaine est fort. Leur contribution actuelle est limitée par des facteurs tels qu'une faible pénétration des groupes cibles, des taux de recouvrement bas et des niveaux de cotisations peu élevés, un marketing inadéquat et le manque de synchronisation entre les périodes de versement des cotisations et celles où les revenus sont disponibles.

Il ressort de l'étude que les mutuelles peuvent améliorer, de façon significative, leurs propres activités et leur contribution à l'efficacité par des modalités adéquates d'organisation et de fonctionnement dont beaucoup sont déjà bien connues et employées dans certaines mutuelles de l'AOC. On peut citer par exemple: les périodes d'observation pour les nouveaux membres, le contrôle social, le copaiement ou le plafonnement des garanties, un certain niveau d'adhésion obligatoire au sein de la famille, de l'association ou du groupe cible. Cette dernière condition permet d'éviter une adhésion disproportionnée de personnes présentant des risques élevés, en s'assurant que l'adhésion est étendue au-delà des gens qui souhaitent s'affilier volontairement.

La plupart des mutuelles ont tendance à se mettre en place autour d'un prestataire de soins ou de prestataires ayant une bonne réputation en ce qui concerne les délais d'attente, l'attitude du personnel envers les patients et la disponibilité en médicaments. Dans de tels cas, l'amélioration de la qualité des soins n'est pas un sujet majeur de revendication des membres de la mutuelle. Par contre, de nombreuses mutuelles ne sont pas suffisamment préparées pour contribuer à l'amélioration de la qualité, en particulier dans des domaines plus exigeants comme le contrôle des prescriptions et des autres traitements médicaux prodigués à leurs membres. Cela est dû à plusieurs facteurs: jeunesse relative et manque d'expérience des mutuelles, faiblesse de leurs compétences et de leurs moyens financiers, connaissance insuffisante des alternatives, faible pouvoir de négociation par rapport aux prestataires de soins.

Vu le jeune âge de la plupart de ces mutuelles, il n'est pas possible de mesurer leur viabilité sur la base de l'expérience passée. Toutefois, il est évident que de nombreuses mesures restent à prendre tant en ce qui concerne le fonctionnement des mutuelles que leur environnement pour

accroître cette viabilité (voir ci-dessous). Un accent particulier est mis sur cette dernière question dans les recommandations de l'étude. Il s'agit, en fait, d'étendre le champ d'action des mutuelles et de développer leurs expériences d'une part en renforçant leurs moyens, et, d'autre part, en mettant en place un environnement leur permettant de réaliser l'intégralité de leur potentiel. Les principales recommandations sont présentées ci-dessous.

En ce qui concerne les mutuelles de santé, les recommandations portent sur l'amélioration des modalités d'organisation et de fonctionnement grâce à des mesures comme l'utilisation d'un système de références pour le passage d'un échelon sanitaire à un autre, l'adhésion automatique au moins pour la famille de l'adhérent, l'introduction d'une période d'observation pour les nouveaux membres, l'emploi de mécanismes efficaces de paiement des prestataires, l'introduction de politiques de médicaments essentiels et génériques dans les accords avec ces prestataires et l'intégration d'activités de prévention et de promotion au sein des services proposés.

Pour les promoteurs et les partenaires au développement, les principales recommandations ont trait au renforcement des capacités des mutuelles dans des domaines déterminés: mise en place de systèmes adéquats d'information pour la gestion, fixation des taux de cotisations et définition des prestations, marketing et communication, gestion des fonds, fixation des prix et évaluation de la qualité des soins.

Pour les gouvernements, il s'agit essentiellement d'établir un cadre légal, fiscal et institutionnel favorable (adapté aux besoins et au stade de développement des mutuelles), d'améliorer la qualité des équipements sanitaires, et de mettre en œuvre des réformes de santé conférant une plus grande autonomie aux structures sanitaires locales.

Les prestataires de soins ont un rôle important à jouer, même si certains de leurs objectifs peuvent entrer en conflit avec ceux des mutuelles. Les prestataires qui ont appris à fixer le prix de leurs services de façon réaliste, à passer des contrats (et qui ont le pouvoir de le faire) avec les mutuelles, et qui sont disposés à encourager de bonnes relations entre celles-ci et leur personnel peuvent avoir une contribution significative sur le développement de ces organisations.

Enfin, il faut souligner que les avancées recherches devront d'abord être le fait des mutuelles elles-mêmes. Leur motivation, leur désir d'améliorer leurs organisations et leur capacité à intégrer de nouvelles connaissances et techniques constituent le principal garant du succès.

Il est possible d'imaginer, à partir de l'exemple des sociétés d'aide médicale au Zimbabwe et en Afrique du Sud (qui font l'objet d'une étude séparée), comment les mutuelles pourraient croître à l'avenir pour devenir de vastes organisations et, même par la suite, comment elles pourraient participer à des plans d'assurance maladie voire coordonner ces derniers. Ces aspects, aussi intéressants soient-ils, ne sont pas systématiquement traités ici. Ils pourraient constituer des sujets d'examen pertinents pour étendre la portée des résultats exposés dans cette synthèse.

Le processus de consultation et de dialogue entre les partenaires au développement en AOC qui est à l'origine de cette étude a été présenté lors d'un atelier tenu à Abidjan (Côte d'Ivoire) du 16 au 18 juin 1998, pendant lequel les participants ont élaboré la «Plate-forme d'Abidjan» sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé. Parallèlement, des réunions et rencontres similaires, organisées en AOC et en Europe ont également contribué à renforcer la coopération entre acteurs. Cette coopération apparaît comme essentielle pour assurer un développement réussi et plus rapide des mutuelles.

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



Chapitre 1

INTRODUCTION

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif global était d'étudier la contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement, à la fourniture, à l'offre et à l'accès aux soins de santé dans les pays d'AOC¹. Cette étude comportait à la fois un aspect quantitatif et qualitatif. Il s'agissait tout d'abord, d'obtenir une estimation de la taille et de l'étendue actuelle de ce phénomène émergent que constitue les mutuelles. Cela n'avait jamais été entrepris auparavant. Il s'agissait ensuite d'effectuer une analyse, non seulement des caractéristiques des mutuelles, mais aussi de leur évolution, de leur développement et de leur rôle possible dans le contexte sanitaire de la sous-région.

CONTEXTE GÉNÉRAL

Politiques de financement de la santé et problèmes d'accès à des soins de qualité en Afrique

A l'image du reste des économies africaines, le secteur de la santé a subi des changements dramatiques dans les années qui ont suivi les indépendances. A cette époque, de nombreux pays ont mis en place un système délivrant des soins gratuits, ou largement subventionnés, basé sur une offre de services publics de santé. Ces services se révéleront difficilement accessibles aux personnes vivant en dehors des zones urbaines et des grandes enclaves minières².

¹ Voir la définition des mutuelles de santé dans la section «Les mutuelles de santé: un essai de définition».

² Les services offerts par les missions constituaient une exception importante à cette situation. En effet, les missionnaires ont été très actifs dans le domaine de la santé en Afrique avant et après les indépendances. Ils prodiguaient des soins de qualité en adoptant des mécanismes de financement dont certains comprenaient le paiement de cotisations pour les services offerts.

La part réelle des dépenses publiques dans le secteur de la santé n'a cessé de décliner dans de nombreux pays africains depuis la fin des années 70. L'un des principaux impacts de la crise économique des années 70 et 80 sur le secteur de la santé a été la réduction des subventions de l'Etat et l'introduction d'une contribution des usagers pour couvrir une partie du coût de fonctionnement des établissements publics de soins. Parmi les facteurs ayant favorisé l'introduction de ce système de recouvrement des coûts on évoquait «le soutien que lui apportaient les prestataires de soins de santé, la dégradation du service public, la concurrence des structures privées et l'augmentation du coût des soins de qualité» (Creese et Kutzin, 1995).

En 1987, un sommet des ministres africains de la santé, réuni à Bamako à l'initiative de l'OMS et de l'UNICEF, a défini une stratégie de réforme des systèmes de santé basée sur l'extension des soins de santé primaires (SSP) et la décentralisation de la gestion des services de santé. Cette nouvelle politique mettait aussi l'accent sur la participation de la communauté à la gestion des services de santé et sur le recouvrement des coûts notamment pour améliorer l'approvisionnement en médicaments (fonds de roulement pour le renouvellement des stocks). Les ministres ont considéré la réorientation des politiques de santé vers le développement et le renforcement des services de SSP comme un moyen d'étendre l'accès aux soins des populations défavorisées et d'améliorer l'efficacité, l'équité et la qualité.

Dès 1993, presque tous les pays d'Afrique subsaharienne avaient adopté des systèmes de recouvrement des coûts, ce qui témoigne de l'acceptation générale de cette politique de financement de la santé. D'autres éléments de cette réforme impliquaient une décentralisation

de la gestion de l'offre de soins. Il s'agissait principalement de conférer une autonomie aux institutions sanitaires (habituellement en commençant à partir du troisième et du quatrième échelon), et que les contributions soient retenues par les structures où les soins avaient été dispensés, cela pour les inciter à recouvrer ces contributions et leur permettre d'améliorer leurs services.

La politique de recouvrement des coûts a accru l'intérêt porté aux problèmes d'équité et d'accès aux soins des pauvres (Abel-Smith, 1993, De Bethune; Alfani et Lahaye, 1989; Centre international de l'enfance, 1997; Gilson, 1988, Waddington et Enyimayew, 1989). Aujourd'hui les décideurs politiques sont de plus en plus convaincus que pour que le recouvrement des coûts se traduise par une amélioration de la qualité et de l'accès aux services, il faut des mesures d'accompagnement, ou même préalablement, des changements dans les modes de gestion et d'organisation de l'offre de soins (Creese et Kutzin, 1995, p. 22).

La vague de démocratisation et le développement de la société civile observés en Afrique, depuis la fin des années 80, a favorisé l'émergence de solutions fournies par les populations elles-mêmes aux principaux problèmes qu'elles rencontrent, y compris en ce qui concerne la difficulté d'accéder à des soins de santé de qualité. Un phénomène récent, dans ce domaine, a été l'apparition et le développement relativement rapide des mutuelles de santé. Celles-ci cherchent à améliorer l'accès à des soins de qualité, en mobilisant les contributions ou ressources de leurs membres qui peuvent être des individus ou des familles. Cette étude concerne ces organisations. Mais, avant d'aller plus loin, il convient de définir avec précision les mutuelles de santé et de bien caractériser le contexte et les autres facteurs de leur émergence en AOC.

Développement des mutuelles de santé

Les mutuelles de santé: un essai de définition

Les lignes directrices suivantes ont été adoptées pour la définition des mutuelles de santé dans le guide méthodologique ayant servi à l'étude: «Un système d'assurance volontaire et à but non lucratif, constitué sur la base d'une éthique de solidarité et de mise en commun des risques de santé, dans lequel les membres

participent activement à la gestion et au fonctionnement» (Atim, 1997a [un résumé de ce guide est proposé en annexe 1]). Le guide évoque différentes catégories de mutuelles de santé et en élabore une typologie. Les chercheurs devaient étudier au moins une mutuelle de chacun des types représentés dans un pays donné. Le guide souligne que quelques mutuelles de santé présentent des caractéristiques telles que l'obligation d'adhésion pour les membres du groupe cible, qui ne sont pas toujours en accord avec la définition proposée, mais peuvent, néanmoins, contribuer à accroître leur efficacité (Atim, 1997a, pp. 5, 11). Comme l'indique ce dernier point, le guide prenait en compte la réalité multiforme que l'on pouvait rencontrer sur le terrain (c'est-à-dire l'existence parallèle d'organisations mutualistes et d'autres proches des mutuelles qui n'en avaient pas toutes les caractéristiques) et reflétait les précédentes analyses d'expériences mutualistes d'autres régions d'Afrique. Le guide tenait également compte de la volonté de certains partenaires impliqués dans la recherche d'étudier l'émergence des mutuelles du point de vue le plus large possible (Atim, 1997c)³.

Les tentatives de traduction de «mutuelles de santé» en anglais ont toujours été entravées par l'absence d'équivalent clairement identifiable. Cela souligne que la réalité «mutualiste» est différente dans les pays anglophones d'Afrique. Dans les études des systèmes mutualistes de santé de ces pays, le terme «organisations mutualistes de santé (mutual health organization)» est récemment apparu pour décrire les mutuelles ou d'autres organisations ayant des caractéristiques similaires.

A partir de l'expérience des pays de l'Afrique anglophone, on peut proposer la définition suivante des mutuelles de santé: il s'agit d'organisations à but non lucratif, autonomes, basées sur la solidarité entre (et une responsabilité envers) leurs membres, dont l'objectif est d'améliorer l'accès de leurs adhérents à des soins de santé de qualité par

³ Les organisations proches des mutuelles sont celles dans lesquelles il existe une obligation d'adhésion pour les membres du groupe cible (contrairement au principe de la participation volontaire inhérent à la définition même d'une mutuelle), ou qui dépendent de mécanismes de financement autres que le partage des risques (voir encadré 5).

leur propre contribution financière et par des mécanismes financiers qui impliquent principalement l'assurance, mais aussi les simples prépaiements, l'épargne et le crédit, la souscription à une tierce partie, etc.⁴. Cette définition exprime à la fois le caractère émergent des mutuelles et la diversité de leurs formes.

D'autres termes utilisés dans la littérature en anglais ont été considérés comme inadéquats ou insuffisamment précis pour décrire le phénomène en question, par exemple:

- i le financement communautaire (attribué à Hsiao), qui s'applique plus fréquemment aux systèmes mis en place par les prestataires de soins et ceux de l'Initiative de Bamako. Ce terme ne couvre pas une grande partie des mutuelles, spécialement celles basées sur des mouvements sociaux comme les syndicats;
- i l'assurance maladie pour le secteur informel (Bennett, Creese et Monasch, 1998) qui ne comprend pas les modèles basés sur d'autres mécanismes que l'assurance, tout comme les systèmes mis en place par les syndicats dans le secteur formel;
- i l'assurance maladie volontaire à but non lucratif (Atim, 1997b), laquelle, si la participation démocratique est présente, se rapproche des mutuelles mais se distingue des organisations qui n'utilisent pas un mécanisme d'assurance (organisations proches des mutuelles)⁵.

Comme cette étude est largement basée sur les expériences en Afrique francophone, elle concerne essentiellement des systèmes d'assurance maladie volontaires, démocratiques et à but non lucratif. Cela est illustré par le fait que 48 des 50 cas recensés dans l'inventaire correspondent plus ou moins à ce type de modèle, comme au moins 19 des 22⁶ études de

cas. Cette forte représentation de ce type de systèmes correspond à la réalité des organisations mutualistes dans cette partie de l'Afrique. Elle témoigne aussi de la volonté de certains partenaires de l'étude de tirer des conclusions spécifiques sur cette catégorie d'organisation.

L'analyse sera centrée sur les mutuelles telles que définies au début de cette section. Néanmoins, en raison de l'intérêt de certains partenaires d'étudier plus en profondeur ce que nous avons appelé les «organisations proches des mutuelles», quelques indications sur les caractéristiques spécifiques à ces organisations seront données dans cette étude⁷. L'accent mis sur l'analyse des différents types de mutuelles se révèle justifié, du fait non seulement que certains principes généraux découlant d'une telle réflexion peuvent être adaptés à la situation des «organisations proches des mutuelles», mais aussi car pratiquement toutes les organisations apparentées aux mutuelles objet des études de cas tentent d'évoluer vers la forme mutualiste (voir section 1-3). Elles devraient donc tirer profit de l'orientation donnée à la présente analyse.

La diversité des organisations couvertes par le terme «mutuelles» tout au long de cette synthèse reflète, en partie, le fait que l'étude concerne à la fois des pays anglophones et francophones, et le besoin de tenir compte des préoccupations et des attentes des différents partenaires. Toutefois, les modèles d'assurance maladie volontaires, démocratiques et à but non lucratif sont largement dominants dans cette étude.

L'émergence des mutuelles de santé

Les mutuelles de santé ont commencé à se développer pour faire face à la crise dans le secteur de la santé, principalement, en raison des quatre facteurs suivants:

- i L'introduction d'une participation financière des utilisateurs aux coûts des services offerts par les structures sanitaires publiques.
- i L'introduction de cette participation financière dans un contexte où la qualité des services publics était généralement inacceptable. Le paiement même partiel des services a

⁴ Les groupes concernés les ont décrits comme un processus de mutualisation des risques de santé (voir les études de cas au Bénin).

⁵ Dans cette étude, les termes «mutuelles» et «organisations proches des mutuelles» font spécifiquement référence aux organisations mutualistes dans le secteur de la santé. Cette précision est importante, car certaines «organisations proches des mutuelles» dans le domaine de la santé peuvent être des mutuelles à part entière dans d'autres domaines socio-économiques.

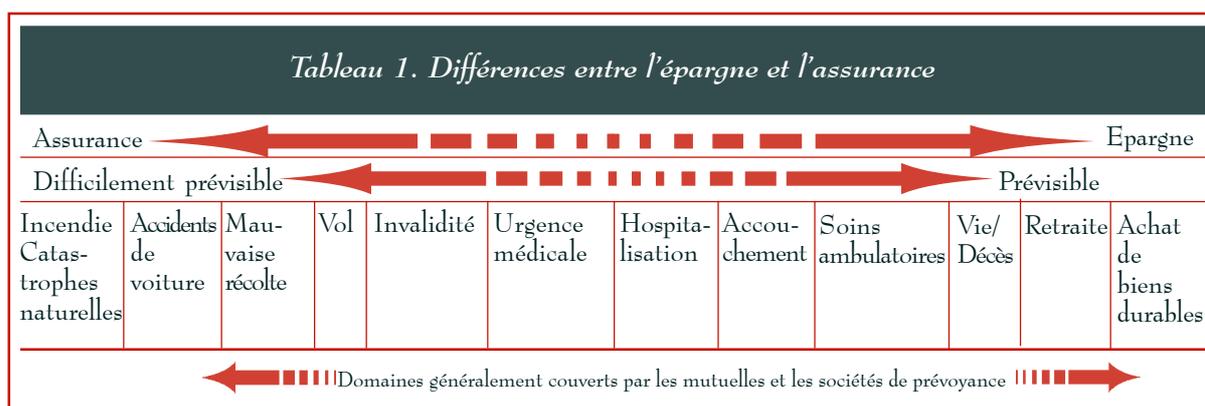
⁶ Les exceptions concernent: le Sénégal (la mutuelle des Volontaires de l'éducation, qui pratique l'adhésion obligatoire et la mutuelle des enfants de la rue à Kaolack, qui est financée par le biais d'un parrainage); le Mali (le centre de santé MUTEK qui, bien qu'appartenant à un mouvement social, n'a pas de mécanismes permettant la participation de ses adhérents à la gestion); le Ghana (le système du Gonja a été mis en place par les prestataires de soins); et le Nigéria (COWAN fonctionne sur la base de prêts).

⁷ L'analyse des «organisations proches des mutuelles» n'est ni exhaustive, ni significative, car celles-ci n'étaient pas le sujet principal de cette étude. Néanmoins, des indications sont données pour réaliser une étude plus rigoureuse de telles organisations.

entraîné une plus grande exigence quant à leur qualité de la part des utilisateurs.

- i La croissance de l'offre privée de soins de santé, fréquemment considérée comme d'une bonne qualité.
- i La démocratisation et le développement de la société civile au cours des 10 dernières années.

nouvelles. Les mécanismes mis en jeu pour couvrir les premiers types de prestation sont en effet plus proches des plans d'épargne que de l'assurance, car les événements couverts sont relativement prévisibles ⁹. Le tableau 1 illustre les différences entre l'assurance (pour les événements très peu prévisibles) et l'épargne (pour ceux qui sont davantage prévisibles).



Dans la plupart des cas, les individus ou les organisations mettent en place des mutuelles de santé dans le but de fournir à leurs membres un accès à des soins de qualité. Par conséquent, de telles organisations ont été le plus souvent constituées là où les services de santé étaient d'une qualité acceptable ⁸. Le but principal était alors d'améliorer l'accès des membres à ces services, en particulier à travers des mécanismes de partage des risques ou d'autres similaires. Parfois, les mutuelles ont créé leur propre structure sanitaire pour assurer à leurs membres l'accès à des soins de qualité.

Une autre caractéristique importante des mutuelles de santé en Afrique est qu'elles se constituent souvent à partir d'organisations d'entraide créées au départ pour fournir une gamme de prestations sociales comme les allocations pour les funérailles, les mariages, les naissances ou les retraites. Pour de telles organisations, les prestations maladie répondent à des besoins additionnels. Cependant le recours à l'assurance comme mode de financement, exige l'acquisition de compétences ou de techniques de gestion

La Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture (MUTEC), créée par le Syndicat des enseignants du Mali, en 1987, fait figure de « pionnier » dans ce domaine. Initialement, la MUTEC répondait à un besoin des enseignants en matière de prise en charge de la retraite. Par contre, la mutuelle de Fandène, au Sénégal, créée en 1989 par une association villageoise, a été mise en place dès le départ pour faciliter l'accès de ses membres à des soins de santé de qualité, au moyen d'un mécanisme de partage des risques.

Dans cette étude, sont appelées « mutuelles traditionnelles » les organisations sociales de solidarité composées d'individus ou de familles du même groupe ethnique ou du même clan, vivant habituellement dans des communautés urbaines, et qui se rassemblent pour s'entraider en cas de besoin. L'objectif principal de ces organisations est d'apporter une couverture, principalement pour les frais de funérailles, de mariages et de naissances ainsi que les autres dépenses liées aux événements sociaux traditionnels. Avec l'apparition des mutuelles de santé, les organisations de solidarité

⁸ Ici, la qualité des soins renvoie principalement aux normes standards attendues par le public concernant les temps d'attente, l'attitude du personnel à l'égard des patients, la disponibilité des médicaments et des équipements médicaux. Bien qu'il s'agisse d'attentes légitimes, d'autres aspects de la qualité sont aussi importants, en termes d'efficacité des soins et de réduction des coûts de la santé, mais les mutuelles ne les prennent que rarement en compte.

⁹ On peut supposer que la majorité des personnes bénéficiera des autres prestations. Dans le cas des prestations maternité, par exemple, toutes les jeunes femmes ou les couples seront bénéficiaires, même si on ne sait pas quand et combien de fois. En ce qui concerne les allocations pour la vieillesse et les funérailles, toutes les personnes ou leurs familles en seront bénéficiaires un jour. Les risques ainsi que les calculs actuariels sont donc différents et moins compliqués que pour les prestations d'assurance maladie.

traditionnelle jouent de plus en plus un rôle de mobilisation des ressources de leurs membres pour répartir entre tous les coûts liés à la maladie.

De leur côté, les prestataires de soins, dans le cadre des politiques de recouvrement des coûts et de décentralisation, ont été contraints de se procurer une partie de leurs revenus directement des patients. Certains ont mis en place, pour ce faire, des mécanismes de partage des risques entre les utilisateurs potentiels, ce qui leur a permis de se procurer des revenus plus importants et d'offrir à la communauté un meilleur accès à leurs services de santé. Une première initiative de ce type fut le système d'assurance de Bwamanda en République démocratique du Congo (ex-Zaire), fondé en 1986.

Les systèmes cogérés comme celui des «Nigerian Community Partners for Health» (CPH) se caractérisent par un partenariat entre les prestataires de soins et les communautés environnantes dans le but d'améliorer la santé des populations, tout en contribuant à la viabilité et aux objectifs financiers des prestataires. Dans le cas nigérian, les projets ont émergé

prendre la responsabilité de mener des activités préventives et promotionnelles incluant l'éducation à la santé, à l'hygiène et à l'assainissement.

Ces différents systèmes correspondent à une recherche d'alternatives pour une forme plus équitable de paiement des soins par les usagers. Ils mettent en œuvre des mécanismes de partage des risques, comme l'assurance, ou d'autres formes de financement acceptables pour leurs membres (Atim, 1995; Centre international de l'enfance, 1997)¹⁰. Ils visent aussi à améliorer l'accès à des soins de santé de bonne qualité.

Les mutuelles de santé constituent un phénomène émergent en AOC. Le tableau 2 indique l'âge des mutuelles de santé inventoriées. Lors de la recherche, 43 pour cent de ces dernières avaient moins d'un an et 68 pour cent moins de trois ans. Quinze (68 pour cent) des 22 mutuelles ayant fait l'objet d'une étude de cas avaient moins de trois ans (mais toutes les études dataient de plus d'un an), contre sept mutuelles (32 pour cent) qui avaient trois ans ou plus d'existence.

Tableau 2. Age des mutuelles inventoriées (à partir du début de l'activité d'assurance maladie)¹

< 1 an ²		1-3 ans		> 3 ans		Total ³	
Nombre	Pourcentage du total	Nombre	Pourcentage du total	Nombre	Pourcentage du total	Nombre	Pourcentage du total
19	43	11	25	14	32	44	100

Notes:

¹ L'âge d'une mutuelle inventoriée au Cameroun [4] n'est pas connu.

² Y compris celles qui n'ont pas démarré leur activité, mais qui sont au stade de projet.

³ Le total qui apparaît ici et dans le tableau 5 est inférieur au total des mutuelles inventoriées car celles objet des études de cas n'ont pas été prises en compte.

principalement pour deux raisons. D'une part, la compétition au sein du secteur privé a amené certains prestataires à s'impliquer dans ces initiatives avec l'espoir qu'ils pourraient augmenter leur clientèle et réduire les créances irrécouvrables. D'autre part, les organisations communautaires étaient intéressées par ce partenariat car il offrait à leurs membres des soins de bonne qualité à des prix réduits. L'association prend la forme d'une organisation démocratique qui réunit les représentants de la communauté et des prestataires de soins. Cette organisation est responsable au minimum de la gestion financière, mais elle peut souvent

La relative jeunesse des mutuelles étudiées rend difficile l'examen de leur viabilité. Cependant, les résultats de l'étude peuvent servir de base à de futurs travaux d'évaluation dans ce domaine.

Les partenaires extérieurs – donateurs, ONG intervenant dans le secteur de la santé, organismes internationaux qui fournissent une assistance technique, etc. – ont joué un rôle important dans l'émergence et le développement

¹⁰ Tous ces systèmes évoquent la notion de membres mais ce terme a une signification différente dans le cas de systèmes initiés par les prestataires de soins, où la participation des membres est habituellement faible et dans celui de systèmes mis en place à partir de mouvements sociaux, où elle est généralement plus forte.

des organisations mutualistes. Une ONG belge a joué un rôle déterminant dans la mise en place du système de Bwamanda (République démocratique du Congo) et depuis le début, la MUTEC (Mali) est appuyée par le FAC et la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF). Dans la zone francophone d'Afrique de l'Ouest, le «Programme conjoint d'assistance technique aux mutuelles de santé BIT-ACOPAM/WSM-ANMC» s'est avéré décisif pour le développement des techniques de mise en place et de gestion de ces organisations.

Au Mali, au Sénégal et, dans une moindre mesure, au Burkina Faso, les gouvernements cherchent à jouer un rôle dans le développement des organisations mutualistes à travers la mise en place d'une législation appropriée ou d'autres formes d'assistance. Certains gouvernements ont considéré les mutuelles de santé comme un moyen de collecter des contributions au niveau des communautés et donc, de financer l'offre de soins, dans un contexte de restrictions budgétaires. Néanmoins, ces gouvernements reconnaissent aussi que ces organisations peuvent jouer un rôle important pour permettre l'accès aux soins des populations pauvres.

En Côte d'Ivoire, au Ghana et au Nigéria, les gouvernements ont instauré des systèmes nationaux d'assurance maladie, en commençant par le secteur formel. Cependant, en Côte d'Ivoire et au Ghana, les dirigeants n'ont pas exclu la possibilité de créer un système d'assurances sociales pour le secteur informel (urbain et rural) basé sur des organisations mutualistes, à condition que celles-ci présentent un avantage dans ce domaine ¹¹.

Les mutuelles de santé sont plus qu'un mécanisme de financement. Elles sont, avant tout, un système de solidarité sociale. Dans la plupart des cas, lorsqu'elles sont mises en place par les populations, elles constituent également des groupes d'entraide (par exemple, à travers les visites aux personnes malades et les discussions sur les problèmes courants de la communauté). Elles apportent une contribution à la vie sociale et au

¹¹ Il en découle des opportunités intéressantes pour examiner la future évolution des organisations mutualistes et de leur articulation avec les systèmes nationaux d'assurance maladie (voir les études de cas au Ghana).

développement de la démocratie en tant qu'intermédiaires entre l'Etat et le citoyen. Elles renforcent le pouvoir des populations et contribuent à l'épanouissement de la société civile. Cette dernière caractéristique différencie, notamment, les mutuelles de santé des systèmes privés d'assurance.

Il est important de ne pas oublier cette contribution des mutuelles même si le travail de recherche, objet de cette synthèse, se focalise sur le financement des soins de santé et des considérations techniques.

Un autre aspect qui n'est pas traité dans cette synthèse concerne la pluralité de services que ces organisations offrent à leurs membres. Comme il a été indiqué plus haut, en plus des prestations de santé, les mutuelles accordent souvent des services en ce qui concerne le mariage, la naissance, le deuil, la retraite, le crédit, etc. Les fonds d'assistance des enseignants au Ghana constituent un exemple de systèmes qui offrent des prestations en cas de funérailles, mariages ou d'autres événements, en complément des activités dans le domaine de la santé. L'octroi de tels services aura un effet sur les performances, la viabilité et les potentialités des organisations mutualistes. Il sera nécessaire d'en tenir compte même si cette étude se limite à l'analyse de leur contribution en matière de santé.

Les acteurs clés

Les acteurs clés impliqués dans le développement des mutuelles de santé sont:

- i Les membres des mutuelles.
- i Les organisations et associations mutualistes n'opérant pas dans le secteur de la santé (en tant que promoteurs).
- i Les syndicats.
- i Les prestataires de soins.
- i Les Etats, en particulier les ministères de la Santé.
- i Les organismes extérieurs de coopération.
- i Les structures d'appui technique, par exemple celles qui assurent des services de formation.

Les besoins à l'origine de l'étude

Ce document propose la synthèse d'une recherche menée dans neuf pays d'AOC. La

recherche a été réalisée conjointement par le projet PHR de l'USAID, les Programmes BIT-STEP et BIT-ACOPAM, et l'ONG belge WSM et l'ANMC. Le but était d'étudier la contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé au financement des soins de santé en AOC pour:

- i Déterminer les moyens de valoriser ou étendre les expériences et les efforts des mutuelles dans la sous région.
- i Préciser le rôle que les partenaires au développement, les décideurs politiques et d'autres acteurs peuvent jouer pour aider les organisations mutualistes à réaliser leur potentiel. Il ne s'agissait cependant pas de définir une intervention ou des stratégies d'appui¹².

En plus des partenaires directs mentionnés plus haut, des institutions de coopération – comme le FAC, la GTZ, l'UNICEF et l'IRD – ont participé à la réalisation de l'étude en assistant à certains des ateliers et réunions techniques qui lui étaient consacrés. Cette collaboration a permis de mettre en œuvre une coopération sous-régionale, renforcée en 1998 par la tenue d'un atelier à Abidjan sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé.

Les utilisateurs potentiels de l'étude

Les utilisateurs potentiels de cette étude sont, en premier lieu les acteurs clés mentionnés dans la section «Les acteurs clés», et également:

- i Les ONG locales et internationales, spécialement celles intervenant dans le secteur de la santé.
- i Les organes gouvernementaux en plus des ministères déjà mentionnés.
- i Tous les promoteurs des organisations mutualistes.
- i Les mouvements sociaux, en plus des syndicats, comme les coopératives.

Le chapitre 3 contient des suggestions spécifiques pour chaque catégorie d'utilisateurs potentiels de l'étude ainsi qu'une série générale de recommandations. Si vous appartenez à l'une de ces catégories, la meilleure manière d'utiliser cette étude est de prendre d'abord connaissance des conclusions du chapitre 2

¹² Ce point faisait partie de l'agenda de l'atelier organisé les 16 et 18 juin 1998 à Abidjan, Côte d'Ivoire qui a débouché sur «la Plate-forme d'Abidjan» relative aux stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique.

avant d'examiner les suggestions spécifiquement adressées aux acteurs de votre catégorie qui figurent dans le chapitre 3. Pour obtenir davantage d'informations sur les mutuelles ou sur le contexte sanitaire d'un ou plusieurs pays en particulier, et afin de mieux comprendre les conclusions de l'étude, il faut se reporter à l'annexe 2, qui présente une synthèse du contexte sanitaire et mutualiste dans cinq pays.

MÉTHODOLOGIE, PORTÉE ET CHOIX DES ÉTUDES DE CAS

Méthodes de recherche et sélection des cas

Le travail de recherche comportait deux volets: un exercice d'inventaire des mutuelles de santé et des études de cas plus détaillées sur des mutuelles sélectionnées dans six pays. La méthodologie de la recherche sur les études de cas est décrite en détail dans l'annexe 1.

L'inventaire des mutuelles de santé a été effectué au moyen d'une enquête, sur la base d'un questionnaire qui a été utilisé par des chercheurs dans chacun des six pays concernés: Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Mali, Sénégal et Togo. Le but des enquêtes était de recueillir des données comparables sur les caractéristiques de base des mutuelles opérant dans chaque pays.

Les chercheurs qui ont réalisé les études de cas ont interviewé les responsables et les membres des mutuelles, les personnes ressources et les acteurs dans le domaine de la santé, dans la région ou le pays. Ils ont aussi examiné les documents relatifs aux activités et au mode d'organisation des mutuelles, comme les règlements, les statuts, les rapports annuels, les états financiers, les registres, les dossiers des membres et les documents comptables. Ces données ont été complétées par une recherche bibliographique et, dans certains cas, par des discussions de groupe réunissant utilisateurs et non-utilisateurs de la mutuelle, par des visites et des interviews de responsables de formations sanitaires liées aux mutuelles.

Les chercheurs ont élargi leurs analyses en examinant les documents, publiés ou non, sur les mutuelles de santé en Afrique de l'Est et du Sud, principalement en Afrique du Sud, en Tanzanie, et au Zimbabwe.

Les pays choisis pour les études de cas plus approfondies ont été: le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Mali, le Nigéria et le Sénégal. Ce choix a été basé, d'une part, sur l'existence des réseaux BIT-ACOPAM et WSM-ANMC dans certains pays (Bénin, Mali et Sénégal), et d'autre part sur la nécessité d'assurer la représentation des pays anglophones (Ghana et Nigéria [ce dernier a aussi été choisi en raison de son importance et de la taille de sa population, qui dépasse de loin la moitié de la population totale de la région]). La Côte d'Ivoire a été intégrée car le PHR et le BIT pouvaient mener aisément une recherche dans ce pays. A l'origine, les partenaires avaient l'intention d'étudier les mutuelles de santé en République démocratique du Congo, un des pays qui possède une longue histoire dans le domaine des mutuelles et un nombre significatif de ces structures, mais ce travail s'est révélé impossible, et a limité la place des pays d'Afrique centrale dans l'étude¹³. Au total, 67 mutuelles de santé ont été identifiées et étudiées dans neuf pays d'AOC (voir en annexe 3 la liste des mutuelles inventoriées). Parmi elles, 22 ont fait l'objet d'études de cas dans les six pays mentionnés plus haut. Toutes les études ont été menées entre les mois de septembre et décembre 1997.

Le travail d'inventaire a été fait sur la base de la définition des mutuelles de santé donnée dans le guide méthodologique (avec les réserves déjà mentionnées à cet égard). Les chercheurs qui ont réalisé les études de cas ont adopté une interprétation plus large de cette définition pour couvrir le plus grand choix possible de mutuelles dans les pays concernés¹⁴.

Même si les études de cas sont basées sur une interprétation large de la définition donnée dans le guide, les raisons ayant conduit à l'étude des organisations proches des mutuelles montrent que les principes mutualistes prédominaient dans l'esprit des chercheurs¹⁵: la Mutuelle des volontaires de l'éducation au Sénégal étudie

¹³ L'ANMC a entrepris une vaste enquête sur la situation des mutuelles de santé dans ce pays, qui doit être publiée prochainement. Cette publication devrait combler la lacune de cette étude dans la partie relative à l'Afrique centrale.

¹⁴ L'inventaire des mutuelles ayant été fait sur la base d'une interprétation stricte de la définition donnée dans le guide, quelques mutuelles, en particulier les «organisations proches des mutuelles» n'ont pas été recensées. Par exemple, les Institutions de prévoyance maladie (IPM) du Sénégal ont toutes été exclues de l'inventaire, même si l'analyse de leur expérience aurait pu être enrichissante. Une interprétation différente aurait probablement conduit à identifier plus de mutuelles en création ou déjà existantes.

¹⁵ Voir les études de cas. L'information sur la MUTEC venait de l'auteur des études de cas au Mali.

les conséquences de la transformation de l'adhésion obligatoire en adhésion volontaire; la MUTEC au Mali a apparemment accepté le principe de constitution d'une mutuelle; le système du Gonja, à l'ouest du Ghana, aspire à une participation communautaire¹⁶; et COWAN, l'organisation des femmes nigériennes, a expliqué qu'elle veut évoluer vers un système d'assurance mais se trouve gênée par la législation en vigueur.

L'analyse des mutuelles de santé retenues dans l'inventaire révèle des données intéressantes sur la situation, les caractéristiques des mutuelles et quelques-unes des contraintes qu'elles rencontrent. Ces informations sont analysées et présentées dans des tableaux, tout au long du texte.

Une typologie des mutuelles de santé basée sur leur appartenance, la catégorie socioprofessionnelle de leurs membres, et le groupe cible, est présentée en annexe 1. Pour tenir compte de facteurs importants quant aux objectifs de l'étude, comme le milieu rural/urbain et le secteur formel/informel, il a été conseillé aux chercheurs de choisir les cas à étudier conformément à la matrice du tableau 3.

La synthèse utilise la typologie proposée dans le guide, à chaque fois qu'elle s'avère pertinente, pour évaluer la contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé. D'autres classifications permettent d'étudier certaines caractéristiques et contributions des mutuelles. Par exemple, si l'on veut examiner leur potentiel à mobiliser les ressources ou à participer au financement de la santé, une vision plus juste peut être obtenue en examinant les mécanismes financiers spécifiques (simple prépaiement sans partage du risque, assurance, épargne et crédit, souscription à une tierce partie avec tarifs réduits, et ainsi de suite)¹⁷. Une telle orientation va, bien sûr, apporter une information intéressante sur le niveau de partage du risque inhérent au système. Une autre approche potentiellement fructueuse est celle proposée par Bennett, Creese et Monasch (1998), qui est basée sur la nature du risque de santé couvert

¹⁶ De plus, selon Carrin (1987) «le financement communautaire implique un certain niveau de participation de la communauté dans le fonctionnement du système». Ainsi, cette aspiration apparaît comme l'un des leitmotifs du système. S'il en est ainsi, il y a beaucoup à apprendre des systèmes mutualistes.

¹⁷ Voir le tableau 5 pour la distinction entre les systèmes de souscription à une tierce partie avec tarif réduit et les mécanismes d'assurance telles qu'ils sont considérés dans l'étude.

Tableau 3. Matrice de sélection des mutuelles de santé

Types de mutuelles	Critères géographiques et socioprofessionnels		
	Mutuelles rurales	Mutuelles urbaines	Mutuelles basées sur une profession, une entreprise, une association, un syndicat, ou d'autres mouvements sociaux
1. Type traditionnel (basé sur un réseau social clanique ou ethnique)	Q	Q	
2. Mutuelles ou associations s'occupant de la santé et ayant un caractère de mouvement social	Q	Q	Q
3. Système mutualiste de santé cogéré (prestataires de soins et communauté)	Q	Q	
4. Financement communautaire (gérés par les prestataires de soins) se systèmes d'assurance)	Q	Q	

Note: Cet astérisque signifie qu'une mutuelle de cette catégorie peut exister et doit donc faire l'objet, le cas échéant, d'une étude dans un pays donné.

par le système. Ces risques peuvent être coûteux et peu fréquents (ce sont les gros risques, comme l'hospitalisation ou les épidémies) ou peu coûteux et très fréquents (ce sont les petits risques, comme les SSP). Les auteurs ont appelé ces deux types respectivement: système de type I et système de type II¹⁸.

Cette synthèse utilise toutes les catégorisations des mutuelles qui permettent d'améliorer la compréhension de leur fonctionnement et les recommandations qui leur

¹⁸ Même en considérant les systèmes de type I comme une véritable assurance et les systèmes de type II comme moins attrayants, ainsi que l'expliquent les auteurs, il faut noter que les événements à forte fréquence peuvent avoir un impact catastrophique sur les populations pauvres, ne serait-ce que sur leurs salaires et dans cette mesure, cette population a avantage à être assurée.

sont destinées.

Critères d'analyse

Les études de cas cherchaient à examiner la contribution des mutuelles de santé à la performance et au financement du secteur de la santé, selon les critères suivants:

- i Mobilisation des ressources: analyser la contribution des mutuelles au financement de la santé est l'un des objectifs clés de cette étude. Les paramètres mesurables qui ont été examinés sont, entre autres, la contribution budgétaire, la synchronisation (ou pas) entre les périodes de collecte des cotisations des membres et celles où ils perçoivent des revenus et les mécanismes de financement des soins de santé utilisés par les mutuelles.
- i L'efficacité: l'une des questions clés du débat sur la santé en Afrique concerne l'efficacité du secteur. Cette question se trouve en effet au centre de nombreuses réformes de la santé. Ici l'analyse portera sur la contribution des mutuelles à une plus grande efficacité. Il sera examiné les techniques des mutuelles pour la gestion des risques, les mécanismes de paiement des prestataires, la couverture et la promotion des SSP.
- i L'équité: protéger les groupes pauvres et vulnérables des effets pervers d'une réforme est un autre objectif clé de la politique de santé. Il s'agit ici de comprendre l'impact des mutuelles de santé sur l'équité dans le financement et dans la délivrance des soins.
- i L'amélioration de la qualité: l'insuffisance de la qualité des soins, en particulier dans le secteur public, est l'un des principaux problèmes des services de santé en Afrique. Les mutuelles peuvent améliorer la qualité des soins par différents moyens. De nombreuses mutuelles sont liées à une offre de soins que leurs membres jugent d'une bonne qualité, mais cette évaluation est rarement complète. Il existe certains aspects, ne pouvant être appréciés par les usagers, qui échappent également à l'attention des mutuelles ou dépassent leurs compétences. L'analyse vise, en particulier, à déterminer l'étendue de la contribution des mutuelles à l'amélioration de la qualité, spécialement dans des domaines difficilement évaluables par les utilisateurs, comme les prescriptions et la pertinence des traitements.

- i L'accessibilité aux soins: un objectif majeur des mutuelles de santé est de permettre un meilleur accès aux soins pour les communautés ou les populations confrontées à des contraintes financières, géographiques, culturelles ou autres. L'analyse a pour but ici de déterminer comment et jusqu'à quel point les mutuelles peuvent réduire ces contraintes et contribuer à un meilleur accès aux services de santé.
- i L'autonomie et la viabilité des mutuelles: la contribution actuelle et potentielle des mutuelles ne présente d'intérêt que si leur viabilité en tant qu'organisations est garantie. La relative jeunesse de la plupart d'entre elles constitue un obstacle à l'évaluation de leur viabilité. Néanmoins, il est possible, d'estimer celle-ci en examinant quelques indicateurs relatifs aux modalités de création et d'organisation des mutuelles, à leurs capacités administratives et de gestion et à leurs performances financières.
- i La contribution à la gouvernance démocratique dans le secteur de la santé: les mutuelles en tant que représentantes de la communauté face aux autorités sanitaires peuvent influencer les décisions prises par ces dernières. Les mutuelles sont idéalement placées pour jouer ce rôle de représentation des usagers et contribuer de ce fait à la gouvernance démocratique dans le secteur de la santé. En conséquence, la fixation des priorités et l'affectation des ressources dans le secteur de la santé qui, d'habitude, sont traitées entièrement par les bureaucraties et les techniciens pourraient prendre en compte les opinions émanant des communautés, exprimées à travers les mutuelles. L'étude s'est intéressée à la manière dont les mutuelles ont rempli ce nouveau rôle.
- i L'environnement légal et institutionnel: les chercheurs ont recueilli des données sur l'environnement légal et institutionnel (institutions de promotions, organismes de formation, Programmes, règlements sur l'indépendance des prestataires de soins, etc.) des mutuelles dans les pays où les études de cas ont été réalisées. Le but était d'analyser les contraintes à lever pour rendre cet environnement plus favorable au développement de ces organisations.

Tableau 4. Répartition des mutuelles étudiées selon le type

Type	Nombre de mutuelles étudiées		% du total
	<i>Inventaire</i>	<i>Etudes de cas</i>	<i>(Colonne 1/67) x 100</i>
Réseaux sociaux traditionnels basés sur le clan ou l'ethnie (exclusivement urbains)	9	2	13
Mutuelles ayant les caractéristiques d'un mouvement social et s'occupant de la santé (rurales)	15	6	22
Mutuelles ayant les caractéristiques d'un mouvement social et s'occupant de la santé (urbaines)	22	8	33
Mutuelles ayant les caractéristiques d'un mouvement social et s'occupant de la santé (basées sur une profession, une entreprise ou un syndicat)	18	3	27
Modèle cogéré ou à participation significative des adhérents (périurbain)	2	2	3
Modèle à faible participation de la communauté ou géré par les prestataires de soins (rural)	1	1	1
Total	67	22	100

Chapitre 2

CONSTATS

CONTEXTE LÉGAL ET INSTITUTIONNEL DU DÉVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTÉ

Le contexte légal et institutionnel peut influencer de manière significative le développement des mutuelles de santé, aussi bien positivement (si, par exemple, le pays a des institutions de promotion opérant en parfaite adéquation avec les besoins des mutuelles ou des lois qui facilitent leur développement) que négativement (par exemple, des législations ou des procédures qui limitent la liberté d'association et d'expression). L'analyse du contexte est donc nécessaire avant d'examiner en détail les contributions des mutuelles de santé.

Comme le montre le tableau 2, l'expérience des mutuelles (à l'exception des mutuelles traditionnelles et de quelques organisations mises sur pied par les syndicats) est relativement récente¹⁹. Le tableau 5 montre que la majorité des mutuelles de santé inventoriées ne sont pas enregistrées formellement auprès des autorités publiques, seuls 40 pour cent le sont. Cependant, la majorité de ces mutuelles (93 pour cent) disposent de leurs propres statuts et règlements intérieurs.

Au cours des trois dernières années, différents facteurs ont contribué à rendre l'environnement institutionnel plus favorable au développement des mutuelles de santé dans la sous-région, à savoir: a) une attention croissante des gouvernements quant au rôle de ces

¹⁹ Cependant, les mutuelles de santé ont une histoire beaucoup plus longue dans les anciennes colonies belges, où leur origine remonte au début des années 50, ainsi qu'en Afrique du Sud et au Zimbabwe. Par ailleurs, il existe d'autres formes d'organisations mutualistes et de systèmes de prévoyance qui offrent des prestations funéraires, des allocations de mariage et de naissance et d'autres services similaires. Ces organisations sont plus anciennes que les mutuelles de santé.

Tableau 5. Situation juridique des mutuelles inventoriées

Statut juridique	Mutuelles enregistrées auprès des autorités	Mutuelles qui ont des statuts et un règlement intérieur, mais ne sont pas enregistrées	Mutuelles qui ne sont pas enregistrées et n'ont ni statut ni règlement intérieur	Total
Nombre de mutuelles	18	24	3	45
% du total	40	53	7	100

organisations en termes de mobilisation des ressources et d'amélioration de l'accès aux soins, et b) les appuis techniques et matériels au développement des mutuelles apportés par des promoteurs et des institutions de soutien, en particulier le programme BIT-ACOPAM/WSM-ANMC de formation et d'assistance technique aux organisations mutualistes de plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest (Bénin, Burkina Faso, Mali, Sénégal). Cet environnement a favorisé la création de mutuelles nouvelles et le renforcement de celles existantes à travers la diffusion de savoir-faire et le développement de compétences en matière de promotion, de gestion et d'administration.

L'exemple constitué par une expérience réussie constitue un puissant facteur de création de mutuelles, comme le montre le cas de la région de Thiès (Sénégal) où le réseau de mutuelles est le plus dense de la sous-région.

Un autre aspect crucial dans le développement des mutuelles, excepté celles de

type traditionnel, est le rôle joué par les partenaires extérieurs. Cependant, ce rôle a pu être surestimé par l'étude du fait que les cas étudiés ont été identifiés en grande partie à travers les réseaux constitués par ces partenaires et des institutions de promotion ²⁰. A ce propos, on peut citer le cas du Bénin où le mouvement mutualiste est largement dominé par les neuf initiatives du SudBorgou, qui sont appuyées par une ONG française, le Centre international de développement et de recherche (CIDR) qui, à son tour, est soutenu par la Coopération suisse. D'autres partenaires au développement jouent des rôles similaires au Nigéria (USAID-Projet de support de base à la survie de l'enfant), au Ghana (le Bureau danois pour le développement international et l'église catholique), au Sénégal (le FAC et le programme BIT-ACOPAM/WSM-ANMC) et au Mali (le FAC, le gouvernement et le programme BIT-ACOPAM/WSM-ANMC).

Le Mali a joué un rôle pionnier dans la création au niveau national d'une agence de soutien et de développement des mutuelles de santé, l'Union technique des mutuelles (UTM), qui est soutenue conjointement par le FAC et le gouvernement malien. Cette agence était encore en création lors du déroulement de l'étude, par conséquent, il n'était pas possible de tirer de leçon de son expérience.

Sur les neuf pays concernés par l'étude, seul le Mali a mis en place une législation concernant les organisations mutualistes. La loi sur la mutualité (loi n° 96-022) a été votée le 21 février 1996. Elle a été suivie de décrets qui en précisent l'application et qui concernent des éléments comme les modèles de statuts et de règlements intérieurs, les procédures d'enregistrement et la gestion des fonds des mutuelles. Le Burkina Faso et le Sénégal préparent une législation comparable. Le Bénin, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Nigéria et le Togo n'ont pas envisagé de tels projets législatifs. Cependant, en Côte d'Ivoire et au Ghana, l'Etat fournit des efforts pour encourager la «mutualisation» du risque santé.

Dans les pays où aucune loi particulière ne les régleme, les mutuelles de santé ont eu tendance à adopter les statuts juridiques prévus

²⁰ Au Ghana, par exemple, où l'identification ne dépendait pas d'un tel réseau, deux des trois cas identifiés n'étaient liés à aucune forme d'assistance extérieure.

par les lois sur les associations, les coopératives ou les organisations d'assistance sociale.

Bien qu'un projet visant à introduire une législation spécifique aux mutuelles soit un examen au Sénégal, les études sur le sujet ont conclu qu'une telle législation n'était pas une question prioritaire. Les mutuelles et leurs partisans étaient préoccupés par le fait que la législation ne devait pas précéder ou définir le contexte du développement de ces organisations, mais plutôt se construire sur leur expérience.

Il est évident que le «soutien» ou l'intérêt du gouvernement peut être une arme à double tranchant pour les mutuelles. En effet, il peut compromettre leur indépendance et, même si le processus de démocratisation rend cette éventualité moins probable, les mutuelles doivent se protéger contre ce qui est arrivé aux coopératives, à savoir une cooptation par les appareils du gouvernement ou les classes dirigeantes. Le défi est de trouver un équilibre entre le besoin d'une réglementation de la part de l'Etat, par exemple pour protéger les membres des fraudes en assurant des audits externes des comptes, et le besoin d'indépendance.

Un autre domaine qui influence le contexte institutionnel de développement des mutuelles de santé concerne la réglementation sur la fourniture de soins, en particulier les réformes visant à donner une plus grande autonomie aux structures sanitaires locales. Une telle autonomie, si elle est effective et accompagnée par le renforcement nécessaire des moyens institutionnels et de gestion, favorisera considérablement le développement des mutuelles. Cela permettra, entre autres, aux structures sanitaires locales de passer des contrats avec les mutuelles en tant que personnes morales.

DONNÉES DE BASE SUR LES MUTUELLES OBJET DES ÉTUDES DE CAS

L'annexe 3 propose la liste complète des mutuelles étudiées et deux encadrés qui présentent les mutuelles objet des études de cas et celles inventoriées. Le tableau 6 fournit des données de base sur les mutuelles ayant fait l'objet d'études de cas.

Tableau 6. Principales caractéristiques des mutuelles de santé objet des études de cas

Nom utilisé dans la présente synthèse	Pays et de dates de création des mutuelles	Groupes cibles	Adhérents (ainsi que les bénéficiaires et le total de la population cible)	Initiateurs	Mécanismes de financement	Prestations
Sirarou UCGM	Bénin [1] 1995	Villages de la commune de Sirarou	Nombre total de bénéficiaires: 1995-96: 269 1996-97: 1 535 1997-98: 3 080 Population cible: 13 000	Membres de la commune	Assurance	Hospitalisation, accouchement, petites interventions, chirurgie et morsures de serpent: couverture à 100%
Sanson UCGM	Bénin [2] 1995	Villages de la commune de Sanson	Nombre total de bénéficiaires: 1995-96: 128 1996-97: 531 1997-98: 584 Population cible: 7 300	Membres de la commune	Assurance	Hospitalisation, accouchement, petites interventions, chirurgie et morsures de serpent: couverture à 100%
Ilera MHO	Bénin [3] 1996	Ville de Porto Novo (environ 100 000 habitants)	Environ 50 (1996)	Centre Afrique Obota et en particulier le Dr Paul Ayemona	Assurance	Services de SSP: consultations, pharmacie, accouchement et analyses de laboratoire
Alafia MHO	Bénin [4] 1995	Village de Gbaffo (environ 2 000 habitants)	Moins de 100	Le directeur de l'hôpital provincial et le personnel du complexe sanitaire communal. Tenue d'une assemblée générale annuelle	Assurance	Consultations hospitalisation et chirurgie à l'hôpital de référence
MUGRACE	Côte d'Ivoire [1] 1995	Résidents de la commune d'Abobo à Abidjan, essentiellement des personnes du secteur informel	Environ 40 membres; tous les membres du ménage sont bénéficiaires	Des personnes au chômage, à la retraite ou analphabètes	Cotisations mensuelles (assurance) et cotisations exceptionnelles	Indemnité fixe: 15 000 FCFA pour l'hospitalisation et 6 000 FCFA pour les soins ambulatoires
CARD	Côte d'Ivoire [2] 1993	Résidents de la rue Dimbokro ou de l'avenue de Man dans la commune de Marcory à Abidjan, mais essentiellement des jeunes	61 membres; les bénéficiaires incluent tous les membres du ménage	Membres	Cotisations mensuelles (assurance) et cotisations exceptionnelles	Indemnité fixe en cas d'hospitalisation

Tableau 6. Principales caractéristiques des mutuelles de santé objet des études de cas (suite)

Nom utilisé dans la présente synthèse	Pays et dates de la création des mutuelles	Groupes cibles	Adhérents (ainsi que les bénéficiaires et le total de la population cible)	Initiateurs	Mécanismes de financement	Prestations
AMIBA	Côte d'Ivoire [3] 1994	Surtout le secteur informel de Bagoué, dans la commune de Koumassi à Abidjan	192 membres; les conjoints bénéficient aussi de la couverture médicale	Membres	Cotisations mensuelles (assurance)	Indemnité fixe pour l'admission à l'hôpital d'un membre ou de son conjoint
MC 36	Côte d'Ivoire [4] 1994	Les femmes du secteur formel (secrétaires, enseignantes) et informel (ménagères, retraitées, vendeuses) de la zone du Canal 36 à Abidjan	40 membres (les prestations non médicales sont étendues aux autres membres de la famille)	Membres	Cotisations mensuelles (assurance) et cotisations exceptionnelles	Montant fixe: 15 000 FCFA pour l'hospitalisation et 6 000 FCFA pour les soins ambulatoires et les opérations chirurgicales à l'hôpital de référence
Les Intimes	Côte d'Ivoire [5] 1986	Tous les résidents d'Abidjan, mais en pratique ciblé sur le «nouveau quartier»	126 membres; les bénéficiaires incluent un cercle large de parenté	Membres	Cotisations mensuelles (assurance)	25% des frais médicaux
MUGEF-CI	Côte d'Ivoire [6] 1973	Les magistrats, les fonctionnaires, le secteur public et le personnel temporaire	Membres: 1990: 170 083 1991: 178 027 1992: 186 230 1993: 196 545 1994: 117 118 Ayants droit: 1990: 324 925 1991: 354 862 1992: 374 901 1993: 403 814 1994: 368 435	A été initié à l'origine par le gouvernement; cependant depuis 1989, une décision présidentielle enlevant à l'Etat son rôle direct a conduit à une plus grande autonomie	Assurance	Pharmacie, soins et prothèses dentaires, verres et montures (sur prescription)
Gonja Ouest	Ghana [1] 1995	Habitants de Gonja Ouest, circonscription de l'hôpital de district (population totale de 120 000, mais la mutuelle a été mise en place par étapes)	Déc.1996: 6 169 Nov. 1997: 13 360 sur une population de 25 000 en 1996	Hôpital de district	Assurance	Hospitalisation à 100%
Fonds de solidarité des enseignants	Ghana [2] 1992	Enseignants	Environ 1 000 à Kintampo (tous les enseignants sont automatiquement membres)	Association ghanéenne nationale des enseignants, section de Kintampo	Cotisations	Couverture complémentaire à celle que l'Etat offre gratuitement aux enseignants

Tableau 6. Principales caractéristiques des mutuelles de santé objet des études de cas (suite)

Nom utilisé dans la présente synthèse	Pays et dates de la création des mutuelles	Groupes cibles	Adhérents (ainsi que les bénéficiaires et le total de la population cible)	Initiateurs	Mécanismes de financement	Prestations
Association Dagaaba	Ghana [3] 1996	Membres du groupe Dagaaba vivant dans le district de Duayaw Nkwanta et les villages environnants	82 membres en 1997 avec 160 bénéficiaires	Membres	Cotisations	Hospitalisation
Centre de santé MUTEK	Mali [1] 1990	Enseignants et l'ensemble de la population de Bamako et des environs	833 membres en 1996; la population cible n'est pas chiffrée	MUTEK (Mutuelle des travailleurs de l'éducation et de la culture)	Versement de cotisations de type assurance donnant droit au membre à des réductions tarifaires au centre de santé	SSP dispensés par le centre
Kolokani	Mali [2] 1997	Villages de Didieni (17 350 habitants), Massantola (6 717 habitants), Nossombougou (14 942 habitants) et Sabougou (11 820 habitants)	Environ 50 000 sur une population cible de 200 000	Autorités sanitaires de Kolokani (principalement) en collaboration avec les associations de santé communautaires (ASACO)	Paiement de cotisations de type assurance, contributions de la communauté (par le biais des ASACO) et paiement à l'acte par les usagers	Hospitalisation, y compris l'évacuation et la chirurgie
Fonds de développement pour la santé de COWAN	Nigéria [1] 1989	Femmes en milieu rural	Nombre de groupes adhérents (chaque groupe comprend entre 5 et 25 personnes): 1992: 6 264 1993: 6 960 1994: 7 800 Environ 78 000 membres en supposant une moyenne de 10 membres par groupe	COWAN	Epargne (prêts aux membres pour les dépenses de santé)	Maladie grave (hospitalisation, etc.)

Tableau 6. Principales caractéristiques des mutuelles de santé objet des études de cas (suite)

Nom utilisé dans la présente synthèse	Pays et dates de la création des mutuelles	Groupes cibles	Adhérents (ainsi que les bénéficiaires et le total de la population cible)	Initiateurs	Mécanismes de financement	Prestations
Lawanson CPH	Nigéria [2] 1995	Communautés périurbaines et déshéritées de Lagos	21 organisations communautaires avec une estimation de 58 000 membres	4 structures sanitaires en association avec les organisations communautaires	Épargne, souscription à une tierce partie avec tarifs réduits	SSP
Jas CPH	Nigéria [3] 1995	Communautés périurbaines et déshéritées de Lagos	13 organisations communautaires avec une estimation de 10 000 membres	1 structure sanitaire en association avec les organisations communautaires	Épargne, souscription à une tierce partie avec tarifs réduits	SSP
Union Ibughubu	Nigéria [4] 1972	Membres du village d'Ibughubu (dans la région d'Anambra à l'est du Nigéria) vivant à Lagos	Plus de 300	Membres	Cotisations comprenant un élément d'assurance	Hospitalisation
Mutuelle des volontaires de l'éducation	Sénégal [1] 1995	Volontaires de l'éducation recrutés pour 4 ans	Novembre 1995: 1 200 Novembre 1996: 2 400 Novembre 1997: 3 704 Adhésion obligatoire et familles exclues	Les volontaires (mais avec un soutien technique du ministère de l'Éducation nationale)	Assurance	100% de l'hospitalisation, y compris les évacuations et la chirurgie
FAGGU	Sénégal [2] 1994	Retraités inscrits à l'Institut de prévoyance et de retraite du Sénégal (IPRES) dans la région de Thiès	814 membres sur 4 550 retraités en 1997 (environ 3 500 bénéficiaires sur un potentiel de 13 650 pour une moyenne de 3 bénéficiaires par personne)	Retraités	Assurance	Coûts d'hospitalisation après la prise en charge par l'IPRES, petites interventions
Lalane Diassap	Sénégal [3] 1994	Villages de Lalane, Diassap, et le quartier de Médina Fall à Thiès (tous dans la région de Thiès)	189 en 1997 (989 bénéficiaires sur une population totale de 1 200 habitants)	L'association des jeunes de Lalane; appartient aux membres	Assurance	Maximum 15 jours d'hospitalisation, chirurgie exclue

Note: Dans cette synthèse quand le terme «souscription» est utilisé sans préciser «une tierce partie», il fait référence à des cotisations ou des primes utilisées dans les assurances.

Le tableau 7 montre, de manière détaillée, la distribution des mutuelles en fonction du nombre de leurs membres. Il faut noter que 63 pour cent des systèmes ont un nombre de membres inférieur à 1 000. Alors que beaucoup de mutuelles (36 pour cent) sont de taille moyenne (entre 100 et 1 000 membres), 37 pour cent ont plus de 1 000 membres. Il aurait été utile de connaître le pourcentage de membres actifs, c'est-à-dire de ceux qui payent régulièrement leurs cotisations, assistent aux réunions et s'acquittent des autres obligations que l'on attend d'eux. Malheureusement très souvent ces informations étaient difficiles à obtenir. Néanmoins, on peut supposer que seule une partie des membres remplissent ces obligations, ce qui renforce le constat que les mutuelles de l'AOC sont généralement de taille petite ou moyenne.

Tableau 7. Distribution des mutuelles en fonction du nombre de membres

Nombre de membres	Nombre de mutuelles	% du total
Moins de 100	6	27
100–1 000	8	36
1 001–10 000	3	14
10 001–100 000	4	18
Plus de 100 000	1	5
Total	22	100

PERFORMANCE ET CONTRIBUTION DES MUTUELLES AU DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

L'évaluation de la performance et de la contribution des mutuelles au développement des systèmes de santé a été faite en suivant les six critères présentés dans la section «Les besoins à l'origine de l'étude».

Mobilisation des ressources

La contribution des mutuelles de santé à la mobilisation des ressources a été analysée à

l'aide d'indicateurs tels que l'impact des mutuelles sur les budgets et le recouvrement des coûts des structures sanitaires, et, par l'examen d'autres facteurs comme les mécanismes financiers utilisés (l'assurance est supposée avoir un plus grand impact que les systèmes de paiement direct par les usagers, comme indiqué dans le guide méthodologique). Certains indicateurs tels que l'impact des mutuelles sur la réduction des créances irrécouvrables, des retards de paiement et des coûts administratifs des structures sanitaires n'ont pas été examinés ici.

Un autre élément était de savoir si les mutuelles permettent aux personnes pauvres et sans épargne, de verser leurs cotisations durant une période où elles disposent de revenus, ce paiement leur garantissant un accès aux soins pour le reste de l'année, c'est-à-dire lorsqu'elles n'auraient pas eu les moyens de le faire ²¹. Il s'agit d'un élément particulièrement intéressant dans le cas des populations du milieu rural (revenus saisonniers) et du secteur informel urbain (revenus irréguliers).

La synchronisation entre les périodes de collecte des cotisations et de perception des revenus permet en premier lieu d'accroître l'accès aux soins. Elle peut contribuer également à augmenter les revenus des structures sanitaires, car elle permet à davantage de personnes de financer leurs soins de santé, par le biais de la mutuelle, ce qu'elles n'auraient pu faire si elles avaient eu à payer directement les soins ²² au moment où elles tombaient malades.

Contribution budgétaire

Certains considèrent que la question essentielle n'est pas de savoir quelle est la contribution des mutuelles aux revenus des structures sanitaires, mais quelles sont les ressources mobilisées par personne en comparaison avec les contributions budgétaires par personne apportées par l'Etat, et le niveau de dépenses de santé également par personne

²¹ Il ressort des études faites au Mali que les personnes du milieu rural ont tendance à reporter les traitements médicaux pendant la période des récoltes, estimant que le coût d'une absence au travail est trop élevé.

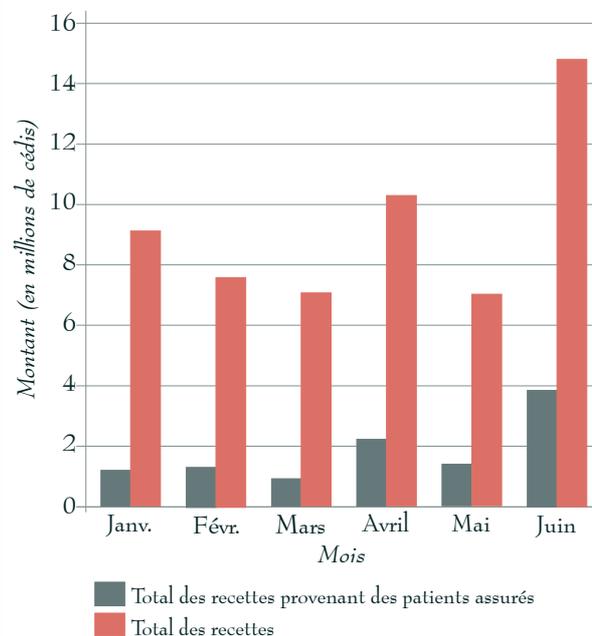
²² Les données collectées au Ghana et en République démocratique du Congo montrent que quand les populations rurales se sont vu offrir le choix de la date et de la périodicité du paiement de leurs cotisations, elles ont décidé de payer chaque année, juste après la récolte. Cependant, il est également possible que certaines communautés ou certains individus préfèrent répartir le paiement sur une période plus longue.

au niveau de l'ensemble du pays et pour des groupes ayant les mêmes caractéristiques. Ces éléments malgré leur intérêt n'ont pas été demandés aux chercheurs. L'étude a examiné la contribution des mutuelles aux budgets des prestataires de soins afin d'évaluer leur rôle dans le recouvrement des coûts.

En ce qui concerne les contributions budgétaires directes, les études de cas indiquent que les mutuelles ont eu un impact limité sur le financement des structures sanitaires. Dans la région de Thiès, qui possède la plus grande concentration de mutuelles (environ 15) autour d'une seule structure de soins (huit de ces mutuelles ont passé des accords officiels avec l'hôpital privé Saint-Jean-de-Dieu), la contribution de ces dernières au budget de l'hôpital est inférieure à 2,5 pour cent, bien qu'elles soient à l'origine d'environ 30 pour cent des admissions²³. Pour mesurer l'apport financier des mutuelles, il aurait été plus pertinent de connaître leur contribution aux revenus liés à l'hospitalisation (puisqu'elles ne garantissent pas les soins ambulatoires), mais cette information n'était pas disponible. La contribution de la mutuelle par patient est probablement moins importante que la moyenne, étant donné que les membres ne paient que la moitié du tarif en vigueur²⁴. La contribution relativement faible des mutuelles au financement de l'hôpital est donc en partie attribuée aux 50 pour cent de réduction dont les mutualistes bénéficient automatiquement en cas d'hospitalisation²⁵. L'hôpital obtient plus de revenus par les soins ambulatoires, qui sont facturés sur la base du paiement à l'acte non garantis par les mutuelles, que par les hospitalisations pour lesquelles il perçoit une somme forfaitaire qui ne couvre pas les coûts réels.

La mutuelle du Gonja Ouest (Ghana [1]), financée par la communauté (voir tableau 6), contribue à hauteur de quatre pour cent aux revenus de l'hôpital du district. Cependant, il s'agit d'une mutuelle récente et ses services n'ont pas encore été étendus à l'ensemble du district. La mutuelle a fourni de 13 à 26 pour cent du total des revenus liés à l'hospitalisation (l'organisation ne couvre que ce service) au cours du premier semestre 1997. Sa contribution a tendance à augmenter avec le temps bien que de façon irrégulière (voir figure 1).

Figure 1. Contribution de la mutuelle du Gonja Ouest aux revenus de l'hôpital auquel elle est liée (janvier-juin 1997)



Source: Etude de cas au Ghana.

Le centre de santé MUTEC (Mali [1]) obtient 84 pour cent de ses revenus des paiements directs des usagers et seulement 15 pour cent des cotisations versées par les membres. Le tableau 8 montre l'évolution de ses recettes entre 1994 et 1996. Il signale une diminution en proportion des revenus provenant des cotisations et ce malgré le maintien de leur taux depuis 1990. Il semble qu'un nombre croissant de personnes jugent préférable d'assumer directement les dépenses de santé en cas de maladie (voir les études de cas au Mali) que de verser régulièrement des cotisations.

²³ Ce chiffre ne laisse pas entrevoir que l'hôpital facture en réalité aux mutuelles tous les coûts d'hospitalisation d'un membre, y compris ceux qui dépassent la couverture maximale accordée par celles-ci. C'est ensuite aux mutuelles de récupérer la différence auprès du membre concerné. Par conséquent, les 2,5 pour cent mentionnés surestiment le paiement des mutuelles, car la somme récupérée ultérieurement auprès des membres est comprise dans ce chiffre.

²⁴ Les études de cas ne permettent pas de déterminer la correspondance entre les prix payés par les mutuelles et les coûts variables de l'hôpital. Cela aurait permis de savoir si les mutuelles de santé participent véritablement à la viabilité financière de l'hôpital.

²⁵ Cela illustre les contradictions possibles entre la nécessité pour les mutuelles de négocier des réductions attrayantes pour augmenter la prise en charge de la mutuelle et l'objectif de mobiliser des ressources pour les structures sanitaires afin d'obtenir un véritable impact sur la qualité et la pérennité des services.

Tableau 8. Sources de revenus du centre de santé MUTEK (1994-1996)

Sources des revenus	Pourcentage des revenus totaux		
	1994	1995	1996
Païement des consultations	19	34	54
Païement des médicaments	25	26	30
Cotisations	42	32	15

Source: Etude de cas au Mali.

En 1997, la Mutuelle des Volontaires de l'éducation (Sénégal [1]) a contribué à hauteur de cinq millions de FCFA au financement de structures de soins. Les données sur les revenus bruts de ces structures ne sont pas disponibles mais, comme il s'agit de l'ensemble des structures sanitaires du pays, on peut conclure que ces 5 millions de FCFA ne constituent pas un apport majeur en termes de mobilisation des ressources.

Les deux mutuelles CPH (Nigéria [2, 3]) ne sont pas organisées pour contribuer directement aux budgets des structures sanitaires. En conséquence, leur impact direct sur les revenus ²⁶ de ces structures est minime.

Environ 7 des 22 mutuelles étudiées n'ont aucun lien direct avec des structures de soins. Elles effectuent, le plus souvent, un versement de sommes forfaitaires ou un remboursement des factures, rendant ainsi difficile l'évaluation de leur contribution au financement des structures sanitaires. Pour d'autres mutuelles, y compris celles inventoriées, les données disponibles sont insuffisantes pour évaluer leur contribution relative à la mobilisation des ressources dans le secteur de la santé. Cependant, les quelques données disponibles indiquent que cette contribution n'est pas plus importante que celle des autres mutuelles examinées dans cette section.

²⁶ Toutefois, il est très probable qu'elles fournissent une contribution indirecte en attirant plus de personnes vers ces structures sanitaires privées qu'il n'y en aurait si les mutuelles n'existaient pas. Ce type de contribution est difficile à évaluer et n'a pas été étudié.

Synchronisation des périodes de collecte des cotisations et de rentrée de revenus

Sur les 22 mutuelles objet des études de cas, 16 (73 pour cent) semblent avoir réussi à synchroniser la période de collecte des cotisations avec celle de rentrée des revenus de la population cible. Cependant, trois mutuelles (Ghana [1, 3], Sénégal [3]) collectent des primes mensuelles bien qu'elles opèrent en milieu rural. Une quatrième (Sénégal [1]) perçoit à l'avance le montant de quatre années de cotisations par prélèvement automatique échelonné sur les trois premiers mois d'allocation des Volontaires de l'éducation. Les données permettant l'analyse de cette synchronisation ne sont pas disponibles pour deux autres mutuelles étudiées (Bénin [3, 4]).

L'examen des mutuelles inventoriées (sans compter celles objet des études de cas) montre que 35 d'entre elles (78 pour cent) reçoivent des cotisations mensuelles, même si neuf (huit au Sénégal et une au Togo [3]) sont des mutuelles rurales, ce qui laisse supposer que les revenus de la population ciblée sont probablement regroupés au moment des récoltes (généralement pas plus de deux fois par an). Parmi les 45 mutuelles, 11 perçoivent des cotisations annuelles; il s'agit de toutes celles du Cameroun à une exception près [10] et deux du Burkina Faso [1, 2]. On trouve dans ce groupe deux mutuelles d'entreprise ou professionnelles (Cameroun [4, 6]), dont les membres doivent être, par conséquent, des salariés mensualisés ²⁷.

Mécanismes de financement de la santé

En ce qui concerne le mécanisme de financement utilisé, 19 (86 pour cent) des 22 mutuelles étudiées mettent en œuvre une certaine forme d'assurance qui se traduit par le versement mensuel de cotisations. Deux autres mutuelles utilisent le système de «souscription à une tierce partie» selon lequel les gens paient une cotisation (en général annuelle) à une tierce partie (dans ce cas la mutuelle), qui leur donne ainsi accès, et parfois à leurs ayants droit, à des tarifs réduits auprès d'une structure sanitaire.

²⁷ Si la synchronisation entre la période de versement des cotisations et celle de perception des revenus est en général importante, le besoin de s'assurer que les cotisations sont payées de manière régulière l'est probablement plus encore. Par ailleurs, bien que ce ne soit pas une règle générale, certaines populations rurales peuvent percevoir des revenus en dehors des périodes de récoltes.

Trois mutuelles, y compris deux de celles qui pratiquent la «souscription à une tierce partie», utilisent un système d'épargne et de crédit qui accorde aux membres un prêt sans intérêt ou à un taux très réduit pour faire face à leurs dépenses de santé. Si les systèmes d'épargne et de crédit semblent attractifs, car plus faciles à gérer et à accepter par la population, le recours au prêt peut être freiné par la charge que le remboursement entraîne sur les revenus des membres concernés (voir encadré 1 pour un exemple de réussite relative de mutuelle d'assurance).

Encadré 1. Réussites et contraintes de la mutuelle de Lalane Diassap (Sénégal [3])

La mutuelle de Lalane Diassap (Sénégal [3]) a été créée en janvier 1994 à Thiès suivant le modèle de la mutuelle de Fandène. Lalane Diassap couvre deux villages – Lalane et Diassap – ainsi que le quartier de Médina Fall de Thiès. Elle compte 989 bénéficiaires sur une population cible totale de 1200, soit un taux de pénétration de 82 pour cent.

Ce type de mutuelle rurale est reproductible: une douzaine d'autres mutuelles fonctionnent dans la région selon les mêmes principes. Un élément essentiel qui facilite leur réussite est leur association avec l'hôpital des missionnaires de Saint-Jean-de-Dieu. La négociation de tarifs préférentiels permet aux mutuelles d'offrir des prestations considérables, tout en fixant un taux de cotisations acceptable.

Le succès de la mutuelle de Lalane Diassap est lié à son association avec le prestataire de soins privé. Une expérience similaire pourrait sans doute être développée ailleurs si une structure sanitaire dispensant des soins de qualité était disponible et acceptait une baisse de ses tarifs en contrepartie d'un flux plus fiable de revenus.

Dans la région de Thiès, le Diocèse a été l'initiateur des mutuelles et continue de les soutenir, ce qui contribue au développement du mouvement mutualiste.

La mutuelle de Lalane Diassap est cependant confrontée à certaines difficultés:

- Le taux de recouvrement des cotisations est faible.
- Son développement est limité par la faible capacité contributive de ses membres.
- La mutuelle manque de moyens matériels, elle n'a pas de locaux.
- Les réunions de la mutuelle ont lieu dans une salle de classe et les administrateurs ne reçoivent aucune compensation, même pour le transport.

Malgré ces difficultés, cet exemple prouve qu'une mutuelle peut être opérationnelle même avec des ressources extrêmement limitées.

Source: Etude de cas au Sénégal.

Résumé et contribution potentielle à la mobilisation de ressources

En raison du caractère relativement récent des mutuelles de santé en AOC et de leur nombre limité, comme le montre l'inventaire, ces organisations ne contribuent pas de façon significative au financement du secteur de la santé, pris dans son ensemble. Cependant, pour les groupes ou segments spécifiques de la population qui sont membres des mutuelles, cette contribution pourrait être appréciée de manière très différente si les contributions relatives par tête étaient prises en compte.

Les niveaux actuels de contribution renvoient, entre autres et selon les cas:

- à la faiblesse du montant des cotisations et des taux de recouvrement (voir section «Pérennité»), à l'insuffisance de la qualité et de la disponibilité des services de santé;
- aux problèmes de marketing;
- à la faible pénétration des groupes cibles, liée aux insuffisances organisationnelles des mutuelles;
- au manque de synchronisation entre les périodes de versement des cotisations et celles de rentrée des revenus.

Les individus continuent à effectuer des dépenses importantes pour leur santé à travers des paiements «parallèles» dans les structures sanitaires publiques, le paiement direct de soins, la consultation de tradipraticiens, l'achat de médicaments, etc. La plupart de ces dépenses pourraient être canalisées à travers les mutuelles si les modalités d'organisation et de fonctionnement (et peut-être d'autres aspects) de celles-ci étaient améliorées. Outre un effet sur la mobilisation des ressources, il en résulterait un renforcement des autres impacts bénéfiques des mutuelles ²⁸ présentés dans la suite de ce document.

Il faut donc considérer que le potentiel des mutuelles à mobiliser des ressources dans le secteur de la santé est bien plus important que ce que l'analyse de leur contribution actuelle le suggère.

L'étude montre également qu'il est nécessaire de rassembler différents types de données comme les ressources mobilisées par membre et

²⁸ Il est possible de considérer que la question principale consiste à s'assurer que les gens dépensent mieux et plus efficacement leur argent pour se soigner.

la part des dépenses de santé des membres qui est couverte, pour évaluer, au mieux, la contribution actuelle et potentielle des mutuelles en matière de mobilisation des ressources.

*Effici*ence

Il existe plusieurs manières de mesurer l'efficacité des mutuelles sur le plan technique et sur celui de l'allocation des ressources, à la fois en ce qui concerne le système de santé et la façon dont elles mettent en œuvre leurs propres activités. L'efficacité du fonctionnement d'une mutuelle dépend de facteurs tels que l'emploi de techniques de gestion du risque, les méthodes utilisées pour réduire les abus ou pour contrôler efficacement l'utilisation des services et, lorsque les médicaments sont couverts, la mise en place ou non d'une politique de médicaments essentiels et génériques.

Les mutuelles peuvent avoir un effet sur l'efficacité dans l'allocation des ressources au sein du secteur de la santé et sur l'efficacité de certaines structures sanitaires. Par exemple, le fait que la gamme des prestations encourage l'utilisation de services de SSP – non seulement en incluant directement ces prestations dans les garanties de la mutuelle, mais aussi en exigeant le passage obligatoire par des structures de SSP pour accéder aux prestations d'un échelon supérieur – a des conséquences sur l'efficacité dans l'allocation des ressources. Le mécanisme de paiement des prestataires peut encourager les économies (efficacité technique) ou favoriser une plus grande consommation de ressources, comme le paiement à l'acte tend à le faire. Ici, le but de l'analyse est de mettre en évidence l'incidence des caractéristiques structurelles des mutuelles sur l'efficacité.

Techniques de gestion du risque

Pour que les mutuelles obtiennent des résultats financiers satisfaisants, leurs responsables doivent disposer d'une bonne capacité à estimer les risques auxquels elles sont exposées (en particulier, quand elles fonctionnent selon des mécanismes d'assurance). Ils doivent également prendre les mesures appropriées pour limiter ces risques. Ceux-ci sont principalement le risque moral, la sélection adverse, l'escalade des coûts ainsi que la fraude et les abus (voir encadré 2 pour une explication de ces risques).

a) Le risque moral

Pour choisir les outils qu'ils vont utiliser, les responsables doivent tenir compte de leur efficacité relative et des caractéristiques de leur organisation. Par exemple, pour combattre le risque moral (tout comme la fraude ou l'abus), une mutuelle de type traditionnel basée sur l'appartenance ethnique, devrait pouvoir compter sur le contrôle social. Plus le groupe est restreint, plus ce contrôle sera fort. Pour les mutuelles plus grandes, par exemple celles basées sur des systèmes de financement communautaire à faible participation (voir tableau 3), ce type d'outil est peu opérationnel. C'est pourquoi elles ont souvent recours à d'autres méthodes comme les copaiements (tickets modérateurs).

Sur les 67 mutuelles concernées par cette étude, neuf sont de type traditionnel c'est-à-dire basées sur l'appartenance ethnique. Parmi elles sept sont camerounaises [1, 2, 3, 5, 7, 9, 10], une a fait l'objet d'une étude de cas au Ghana [3] et une au Nigéria [4]. Le contrôle social est très fort dans ces mutuelles. Leurs prestations sont habituellement limitées à une allocation forfaitaire en cas d'hospitalisation. Souvent, des membres rendent visite à la personne du groupe qui est hospitalisée. Si ces visites ont habituellement pour but de témoigner de la solidarité et de la préoccupation des autres membres, elles constituent aussi un moyen d'empêcher une éventuelle usurpation d'identité (fraude). Les prestations relatives à l'hospitalisation (ou aux maladies graves en général) sont moins sujettes au risque moral que celles concernant les maladies mineures et les soins ambulatoires, en particulier si elles font l'objet d'une référence obligatoire. Par conséquent, il est peu probable que le risque moral soit un problème majeur dans les neuf mutuelles traditionnelles étudiées.

Les mutuelles basées sur des communautés rurales (et non sur des prestataires), qui se rapprochent des mutuelles de type traditionnel et favorisent l'exercice du contrôle social, peuvent maîtriser les abus. Quinze mutuelles appartiennent à cette catégorie dont six ont fait l'objet d'études de cas. Au moins huit mutuelles communautaires rurales sénégalaises (celles liées contractuellement à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu) utilisent régulièrement le contrôle social.

Encadré 2. Les types de risques et leur gestion

1. **Risque moral.** C'est la tendance qu'a une personne à utiliser les services de santé de façon plus importante lorsqu'elle est assurée. Cette attitude fréquente aboutit à une surconsommation de soins qui met en péril la viabilité financière du système d'assurance. Elle est différente de l'usage frauduleux des services car elle est liée au fait que, pour les assurés, le coût d'utilisation des services est plus faible (en particulier en l'absence de copaiement). Ils peuvent donc ainsi suivre un traitement pour des problèmes mineurs, ce qu'ils n'auraient pas fait s'ils avaient eu à payer le plein tarif.
2. **Sélection adverse.** C'est la tendance de ceux qui ont de grandes chances de tomber malade, ou qui sont déjà malades à souscrire à un système d'assurance en plus grand nombre que des personnes présentant des risques moins élevés. La sélection adverse met en péril la viabilité des systèmes, car les primes d'assurance sont calculées sur la base d'un taux moyen de risque ou de maladie pour l'ensemble d'une communauté ou d'un groupe cible. Si les souscripteurs sont en fait des personnes qui utilisent les services plus que la moyenne, il est probable que le système fera faillite.
3. **Augmentation des coûts.** Elle renvoie au danger auquel un système d'assurance est confronté en cas d'une augmentation rapide des coûts provoquée par le comportement des prestataires de soins et des patients. Les prestataires, avec la complicité des assurés, peuvent être incités à utiliser des traitements coûteux ou des services superflus car ils savent que le système en assumera les coûts. Par ailleurs, comme indiqué aux points 1 et 2, les patients peuvent, par leur comportement, entraîner une augmentation des coûts.
4. **Fraude et abus.** Un système d'assurance est soumis au danger de «resquille»: c'est-à-dire au risque que des individus profitent des prestations du système sans en supporter le coût correspondant. Par exemple, certaines personnes qui n'ont pas droit aux services peuvent usurper l'identité de celles qui y ont droit, pour recevoir les prestations sans payer. Si aucun système de contrôle des identités n'est mis en place, il est difficile de savoir si les personnes qui demandent les prestations sont ou non habilitées à le faire. L'assurance est particulièrement exposée à de tels risques, car souvent les gens ont l'impression que quelqu'un d'autre paie pour les services utilisés, ce qui encourage les abus.
5. **Gestion du risque.** Il s'agit de l'ensemble des instruments et techniques que les responsables du système peuvent employer pour limiter les risques mentionnés ci-dessus. Les deux étapes cruciales de la gestion de ce type de problèmes sont l'identification et l'évaluation quantitative des risques. L'identification dépend, dans une grande mesure, des données qui peuvent être recueillies. L'évaluation quantitative repose sur l'utilisation d'instruments actuariels ou la formulation d'hypothèses pertinentes. Le niveau de risque assumé par une mutuelle de santé est lié à la gamme de prestations qu'elle garantit et aux caractéristiques de ses membres. Les modalités de fonctionnement du système (copaiement, référence obligatoire à une structure sanitaire, adhésion obligatoire, couverture étendue à la famille, période d'observation) peuvent aussi affecter le niveau des risques.

Dans le cas sénégalais, les plus grands avantages du contrôle social sont liés à la maîtrise des coûts d'hospitalisation. Il semble peu probable que la mutuelle Kolokani (Mali [2]) et les deux mutuelles UGCM (Bénin [1, 2]) qui visent des villages relativement grands, puissent compter exclusivement, et de façon significative, sur le contrôle social. Comme les prestations offertes par ces mutuelles concernent l'hospitalisation, le risque moral et de fraude est réduit. Cependant, il peut rester significatif, en particulier dans les cas du Bénin où les modalités d'accès aux prestations encouragent les individus à aller directement à l'hôpital sans passer par une structure de SSP.

Qu'advient-il des mutuelles qui ne peuvent pas compter sur un important contrôle social de leurs membres? Cette question concerne toutes les autres mutuelles sauf celles de très petite taille (moins de 50 bénéficiaires). Quatre mutuelles étudiées appartiennent à cette

catégorie: Ilera (Bénin [3]), MC 36 (Côte d'Ivoire [4]), MEUMA (Mali [3]) et USYNCOSTO (Togo [6]).

La référence obligatoire d'une structure d'un échelon inférieur, les copaiements et les franchises font partie des mesures les plus fréquentes pour enrayer ou limiter le risque moral dans les systèmes d'assurance (voir encadré 3). Utilisées judicieusement, ces mesures peuvent également aider à responsabiliser les individus et à accroître l'efficacité.

L'étude n'a pas examiné les techniques de gestion des risques utilisées par les mutuelles de l'inventaire, mais en ce qui concerne les études de cas, les résultats montrent que quatre mutuelles (Sénégal [1], Bénin [1, 2], et Ghana [1]) sont soumises au risque moral. En effet, bien que leurs prestations soient liées à l'hospitalisation, elles garantissent une

Encadré 3. Les outils de gestion du risque*

1. **Référence obligatoire.** Les systèmes d'assurance bien conçus, qui offrent des prestations liées à des soins de l'échelon secondaire ou supérieur, exigent habituellement que leurs membres soient examinés par un agent agréé, en général un agent de santé du premier échelon, avant de se présenter à l'hôpital ou à la structure de soins d'un échelon supérieur. Cette mesure permet d'éviter les recours inopportuns aux structures sanitaires d'un échelon supérieur, ce que certains individus auront tendance à faire de manière à profiter davantage des prestations du système. La référence obligatoire est présentée comme un élément du relatif succès du système de Bwamanda en République démocratique du Congo.
2. **Copaiements:** Le copaiement est la part de la facture de soins qui reste à la charge des assurés, l'autre part, généralement plus importante, étant assumée par le système d'assurance. La mutuelle de Kolokani (Mali [2]) demande à ses membres de supporter 25 pour cent des frais quand ils se rendent à l'hôpital. La mutuelle «Les Intimes» (Côte d'Ivoire [5]) ne prend en charge que 25 pour cent des dépenses médicales des membres, ces derniers payant les 75 pour cent restants. Ce cas est inhabituel mais illustre le même principe.
3. **Franchises.** Dans ce cas, il est demandé aux membres de la mutuelle d'acquitter un montant fixe pour bénéficier des soins, le système d'assurance ou la mutuelle prenant en charge le reste. A titre d'exemple, une mutuelle peut demander à ses membres de payer les premiers 1000 FCFA pour toutes les factures de soins. Si le montant total s'élève à 10000 FCFA, la mutuelle prend alors en charge 9000 FCFA. Si la facture est de 950 FCFA, la mutuelle ne paie rien. Les franchises peuvent être appliquées sur chaque consultation ou sur une base annuelle. La mutuelle de Babouantou (Cameroun [2]) met en œuvre un principe similaire, en demandant à ses membres d'acquitter le coût des sept premiers jours d'hospitalisation, alors que la mutuelle couvre les frais relatifs à la période postérieure (Atim, 1997b).
4. **Plafonds des prestations garanties.** De nombreuses mutuelles fixent un plafond, soit par consultation, soit par an et par personne, au montant total des prestations (ou des soins) versées. Habituellement, cette méthode est utilisée pour enrayer l'escalade des coûts et pour assurer la viabilité financière du système. La mutuelle de Lalane Diassap (Sénégal [3]) et d'autres mutuelles de la région de Thiès limitent leur couverture aux 15 premiers jours d'hospitalisation. L'individu concerné doit supporter toutes les dépenses excédant cette période.

* Les systèmes d'assurance utilisent souvent les outils 1 à 3 pour limiter le risque moral. Cependant, de nombreux systèmes se servent, plus volontiers, des instruments 2 et 3 pour réduire leurs charges financières (et accroître leur viabilité), comme en témoigne le niveau fréquemment élevé des copaiements et franchises, qui sont plus importants que ce qui pourrait être considéré nécessaire pour minimiser ces risques (comme le montre l'exemple de Babouantou).

couverture à 100 pour cent, sans qu'aucun système de référence obligatoire permette d'éviter les recours inutiles à l'hôpital²⁹. Les mutuelles qui utilisent un système de «souscription à une tierce partie» ou d'épargne-crédit sont probablement moins sujettes au risque moral car les membres sont toujours confrontés à des dépenses importantes lorsqu'ils utilisent les services.

En ce qui concerne la relation entre la nature des prestations offertes et le risque moral, on peut noter que la mutuelle MUGEF-CI (Côte d'Ivoire [6]) garantit uniquement les frais pharmaceutiques, les soins dentaires et l'optique (y compris les montures), apparemment sans copaiement ou franchise. Il est peu probable que ce type de couverture soit

un bon modèle: les trois domaines de garantie sont tous sujets à un important risque moral³⁰.

b) La sélection adverse

La sélection adverse est plus difficile à combattre dans les systèmes d'assurance volontaire. Certaines organisations, en particulier celles basées sur les professions, les entreprises et les syndicats, peuvent imposer à leurs membres de rejoindre le système éliminant, de ce fait, la sélection adverse. Lorsqu'il n'existe pas d'adhésion obligatoire, comme c'est le cas pour beaucoup si ce n'est la grande majorité des mutuelles, il est utilisé d'autres mesures comme l'instauration d'une période d'observation pendant laquelle les membres cotisent sans avoir droit aux

²⁹ Les deux mutuelles béninoises réduisent, dans une certaine mesure, le risque moral en exigeant que la personne qui nécessite des soins reçoive une attestation du secrétaire du groupement mutualiste du village, avant d'aller dans une structure sanitaire.

³⁰ De plus, les médicaments sont, en général, le poste le plus coûteux des factures de santé, ce qui provoque un risque élevé d'escalade des coûts. Les déficits connus par le système peuvent être liés à cette situation.

prestations ou l'obligation de souscription de tous les membres de la famille de l'adhérent.

Sur les 22 mutuelles objet des études de cas, trois – deux constituées sur une base professionnelle ou syndicale (Sénégal [1], Ghana [2]) et une à partir d'un mouvement social existant (Nigéria [1]) – ont recours à une adhésion obligatoire du groupe cible. Trois autres (Mali [2], Nigéria [2,3]) ont éliminé de manière efficace la sélection adverse grâce à une caractéristique organisationnelle novatrice: elles utilisent une adhésion collective et non individuelle. En d'autres termes, l'unité d'adhésion est constituée par une association, comme l'ASACO, qui couvre tous les membres du village concerné. Un autre exemple est donné par le cas des CPH (Nigéria [2, 3]), où les groupements du secteur informel qui adhèrent au système permettent à leurs membres et ayants droit de bénéficier automatiquement des services de santé offerts par la mutuelle. La mutuelle de Lalane Diassap (Sénégal [3]) a presque éliminé la sélection adverse en atteignant un taux de pénétration du groupe cible très élevé (82 pour cent), principalement parce que ce dernier est relativement restreint et que la cohésion sociale est forte dans les villages concernés.

Quand l'adhésion n'est pas dépendante du choix de l'individu, l'imposition d'une période d'observation pour décourager la sélection adverse est inutile. Elle est cependant essentielle, quand l'adhésion est entièrement volontaire, mais certaines mutuelles vont plus loin en limitant la période pendant laquelle les individus peuvent rejoindre le système (par exemple, quelques mois dans l'année, comme à la saison des récoltes). Cette pratique que l'on rencontre fréquemment dans le processus de création des mutuelles est remise en cause par une mutuelle (Ghana [1]) au moins, pour les raisons présentées dans l'encadré 4.

Dans les mutuelles pour lesquelles les données pertinentes sont disponibles (six mutuelles en tout, à l'exception de celles basées sur des formes d'adhésion obligatoire ou automatique), une période d'observation de trois mois (ou deux mois dans le cas de l'Association Dagaaba au Ghana [3]) figure, en général, parmi les mesures destinées à limiter la sélection adverse. Le centre de santé MUTEK (Mali [1]) n'applique pas de période

Encadré 4. Les mutuelles doivent-elles restreindre la période d'adhésion?

La mutuelle du Gonja Ouest (Ghana [1]) remet en cause la pratique conventionnelle qui consiste à minimiser la sélection adverse en limitant à quelques mois dans l'année la période pendant laquelle les individus peuvent devenir membres du système. Cette remise en cause s'explique par les raisons suivantes:

- Avec une période d'observation de trois mois pour les nouveaux membres, le danger de sélection adverse est minime.
- Les populations doivent avoir la possibilité de s'inscrire dès qu'elles prennent conscience de l'utilité de le faire; autrement, il se peut qu'elles perdent quelques mois plus tard les motivations qui les poussent à adhérer. A ce sujet, on peut avancer les arguments pratiques suivants: a) avec les campagnes de sensibilisation réalisées par les systèmes, si les personnes sont convaincues des avantages de l'adhésion, elles doivent pouvoir s'inscrire, sinon elles ne le feront probablement pas plus tard lorsque d'autres problèmes et priorités surviendront et qu'elles n'auront plus en mémoire les arguments en faveur de l'assurance; b) de nombreuses personnes ont tendance à s'inscrire uniquement à la suite d'un malheur personnel, comme une maladie grave entraînant de lourdes dépenses ou de l'infortune d'autrui qui les contraint à se concentrer sur les solutions. Par exemple, beaucoup de patients s'inscrivent dès leur sortie de l'hôpital, réaction tardive mais qui, au moins, leur permet de se préserver d'un problème futur.
- La possibilité de s'inscrire tout au long de l'année convient aux personnes telles que les fonctionnaires, dont le revenu n'est pas concentré sur une seule période de l'année, comme c'est le cas pour les paysans. Les gens doivent pouvoir choisir le moment de leur inscription en fonction des caractéristiques particulières de leurs revenus ou des flux d'argent qui les concernent.
- La possibilité de s'inscrire tout au long de l'année procure davantage de flexibilité aux gestionnaires des systèmes. Elle leur permet, en effet, d'augmenter les droits d'inscription à tout moment si leurs projections budgétaires et leurs prévisions quant à l'inflation s'avéraient trop optimistes. Ce dernier argument pourrait être considéré comme l'un des plus importants pour justifier que l'adhésion soit permise tout au long de l'année.

Source: Etude de cas au Ghana.

d'observation, ce qui, en raison de l'absence d'adhésion obligatoire, implique un certain degré de sélection adverse.

A l'exception de MC 36 (Côte d'Ivoire [4]), l'information sur la couverture des ayants droit ou des familles est disponible pour toutes les mutuelles objet des études de cas. Parmi ces

mutuelles, 14 pratiquent une couverture obligatoire ou automatique de la famille. Cinq autres permettent la couverture de la famille mais elles ne l'imposent, ni ne l'encouragent. Une mutuelle au Bénin et une au Sénégal [1] excluent les familles, mais cette dernière fonctionne sur la base d'une adhésion obligatoire, ce qui élimine la sélection adverse. Dans le cas de la mutuelle Alafia (Bénin [3]), la situation résulte clairement d'un manque de connaissances des modalités de gestion des risques. Les quatre mutuelles du Bénin pourraient être sujettes à la sélection adverse, car aucune d'entre elles ne demande la couverture de l'ensemble de la famille quand une personne devient membre. Les données disponibles n'indiquent pas si ces mutuelles imposent ou non une période d'observation.

c) La fraude et l'abus

En l'absence de contrôles adéquats, l'utilisation des documents d'identité des membres par des personnes qui n'ont pas droit aux prestations, fait courir un réel danger aux mutuelles. Comme il a été indiqué plus haut, les mutuelles de type traditionnel, basées sur l'appartenance ethnique et sur de petites communautés rurales, ont tendance à utiliser un contrôle social fort pour enrayer la fraude et l'abus dans l'usage des services. Dans ce type d'organisation, les membres ont pleinement confiance dans les responsables chargés de prévenir ces abus. Lorsque ces responsables n'effectuent pas correctement leur travail ou, encore pire, couvrent des pratiques abusives, le contrôle social s'effondre.

Certaines mutuelles étudiées n'étaient pas responsables du contrôle ou n'avaient pas les moyens de vérifier l'identité des bénéficiaires. Dans le cas de deux mutuelles au Sénégal [1, 2], ce contrôle est entre les mains d'autres organes que l'administration de la mutuelle (respectivement les inspecteurs de l'éducation et l'IPRES). Dans d'autres cas, comme celui de la mutuelle du Gonja Ouest (Ghana [1]), le contrôle de l'identité des membres est laissé au personnel de l'hôpital, au moment de l'admission. En tout état de cause, une grande partie des responsabilités repose non seulement sur la motivation et le zèle des organes externes en charge du contrôle, mais aussi sur la qualité des documents d'identification. De nombreuses mutuelles font figurer la photo du

bénéficiaire sur les cartes ou documents d'identité, facilitant ainsi l'identification, mais souvent, seule la photo du membre titulaire est collée sur les papiers. Dans ce cas, il est difficile d'identifier les autres bénéficiaires, ce qui constitue une source d'abus.

Dans les mutuelles du SudBorgou (Bénin [1, 2]) et dans les deux systèmes CPH (Nigéria [2, 3]), les responsables ou le gérant de la mutuelle ont un rôle premier dans le système de référence. Ainsi, pour recevoir les prestations, les bénéficiaires doivent d'abord obtenir une fiche ou un bulletin de maladie auprès du responsable avant de se rendre à la structure de soins ³¹.

d) L'escalade des coûts

La tendance à l'augmentation des coûts a deux causes: le comportement des membres ou des patients, et l'attitude des prestataires de soins. Le risque moral est un exemple de comportement qui peut conduire à l'escalade des coûts. La fraude et l'abus vont aussi accroître les dépenses. Parmi les attitudes et pratiques des prestataires qui peuvent augmenter de façon significative les charges des mutuelles, on peut citer: la prescription de soins superflus ou inutiles, l'utilisation des procédures ou des traitements les plus coûteux et la prolongation inutile des séjours à l'hôpital. Il importe, dès lors, de passer en revue les options permettant de freiner l'escalade des coûts:

Plafonnement de la couverture accordée par les mutuelles

Certaines mutuelles ont fixé des plafonds ou des limites (voir encadré 3) aux montants pris en charge (toutes les mutuelles n'offrant qu'une indemnité ou une allocation forfaitaire par événement) ou au nombre de jours d'hospitalisation qu'elles couvrent (l'ensemble des mutuelles de la région de Thiès qui sont liées à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu).

En théorie au moins, ces plafonds ont un impact négatif moins important sur l'accès aux soins de santé que les franchises car les personnes susceptibles d'encourir des dépenses importantes complémentaires aux montants pris en charge sont relativement peu

³¹ Des problèmes peuvent être liés à ce système. L'honnêteté des personnes chargées du contrôle peut être remise en cause, tout comme leurs qualifications et motivations pour mener à bien cette tâche. Par contre, l'avantage du système est que ces personnes sont proches des membres et mieux au fait de leur situation.

nombreuses. Par contre, elles seront nombreuses à être confrontées à des petits frais qui ne seront pas pris en charge si des franchises sont introduites.

Une alternative aux plafonds serait un système de réassurance pour les mutuelles. Cependant, cette solution est peu développée dans le secteur des assurances en AOC.

Politique de médicaments essentiels et génériques

Une politique de médicaments génériques, associée à une liste de médicaments essentiels est un outil dont disposent les mutuelles pour contrôler les coûts. Avec les salaires, les médicaments représentent le poste le plus important du coût des soins de santé dans la plupart des pays africains. Une mutuelle peut réduire considérablement le montant de ses prestations sur les médicaments, en exigeant des structures sanitaires qu'elles utilisent, lorsque c'est possible, des médicaments génériques et la liste nationale des médicaments essentiels. Quatre des mutuelles étudiées (Mali [1, 2], et Nigéria [2, 3]) ont indiqué qu'elles appliquent une politique de médicaments essentiels et génériques. Cependant, pour appliquer cette politique, il est nécessaire que les mutuelles aient des contacts directs avec des prestataires de soins. Celles qui remboursent les membres après paiement des factures hospitalières, peuvent ne prendre en charge les factures qu'à hauteur du coût des médicaments essentiels et génériques. Il importe alors, dans l'intérêt des membres, que la mutuelle contacte les prestataires de soins pour les informer de ces dispositions. Les mutuelles qui n'offrent qu'une indemnité forfaitaire ne peuvent pas appliquer une politique de médicaments génériques et essentiels.

La préférence générale pour les médicaments de marque, associés de façon erronée à une meilleure qualité, est un obstacle à la mise en œuvre des politiques de médicaments essentiels et génériques. Il faut donc informer les membres et les prestataires de soins de l'intérêt de ces médicaments. Mais cela suppose que les mutuelles aient les moyens pour mener ce travail d'éducation, mais aussi pour distinguer, lors du traitement des demandes de remboursement, les médicaments agréés de ceux qui ne le sont pas.

Les mécanismes de paiement des prestataires

Les mécanismes de paiement des prestataires ont une influence très importante sur l'attitude de ces derniers en matière d'augmentation des coûts. En général, le meilleur moyen de s'assurer que les prestataires ne sont pas encouragés à augmenter les coûts, mais plutôt à les réduire est de les payer au forfait (capitation) (voir encadré 5). Par ce mécanisme, les prestataires n'ont pas intérêt à prodiguer des soins inutiles et sont incités à maintenir des coûts peu élevés. Cette méthode est plus efficace là où les mutuelles ont le choix entre différents prestataires ou lorsqu'il existe un système de contrôle effectif de la qualité. Il faut en effet s'assurer que les économies réalisées ne se font pas aux dépens de la qualité des soins (les mutuelles pouvant toujours changer de prestataires). Une expérience en Tanzanie a montré que les prestataires ont tendance à s'opposer à ce mécanisme de paiement, car il les contraint à des gains d'efficacité qu'ils peuvent être peu disposés ou incapables de réaliser. C'est pourquoi, les mutuelles doivent avoir un poids suffisant dans les négociations ou être en position de force sur le marché pour que les prestataires acceptent ce mode de paiement.

La méthode de remboursement des paiements à l'acte (voir encadré 5) est, de loin, la moins efficace en matière de maîtrise des coûts, car elle n'encourage en rien les prestataires à utiliser efficacement les ressources. En fait, elle a tendance à inciter aux gaspillages mentionnés plus haut. Tant que les prestataires sont payés selon la quantité de services fournis, ils sont tentés de prescrire plus de médicaments qu'il n'en faut, de multiplier les consultations et de prolonger les séjours des patients à l'hôpital³². A chaque fois qu'une mutuelle étudiée a passé des accords de paiement direct avec des prestataires de soins, elle a eu recours au paiement à l'acte (en dehors de celle liée à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu dans la région de Thiès dont la situation est exceptionnelle).

Parmi les mutuelles étudiées, 25 (y compris celles de la région de Thiès) pratiquent le tiers payant pour la partie des frais de santé de leurs membres qu'elles prennent en charge. Les

³² Au Ghana, par exemple, diverses évaluations du système d'assurance de l'hôpital de Nkoranza ont montré que les patients assurés sont gardés plus longtemps à l'hôpital que ceux qui ne le sont pas, et l'étude du cas de Gonja Ouest (Ghana [1]), faite sur la base de données qualitatives, débouche sur des constats similaires.

Encadré 5. Mécanismes de paiement des prestataires

1. **Paiement forfaitaire (par capitation).** La mutuelle paie au prestataire, chaque mois, trimestre ou année, un montant fixe par membre. En retour, le prestataire s'engage à fournir les soins convenus pour chaque membre qui en a besoin pendant la période, sans coût supplémentaire. En payant pour le nombre de personnes inscrites au lieu du nombre de services offerts, l'incitation financière du prestataire à fournir plus de services que nécessaire est nulle. Ce système fonctionne mieux lorsqu'il existe une concurrence entre plusieurs partenaires, et des mesures efficaces de contrôle de qualité. Dans le cas contraire, les prestataires seront tentés de réduire le volume ou la qualité des prestations accordées aux membres. Une possibilité de contrôler la qualité et le respect du niveau des prestations est d'introduire dans l'accord entre la mutuelle et le prestataire un mécanisme indépendant d'appréciation de la qualité ou d'audit.
2. **Paiement à l'acte.** Le prestataire facture, pour chaque individu, le service ou le traitement pratiqué. Le paiement par épisode (ou par cas de maladie) selon lequel le prestataire fait payer pour chaque épisode ou cas de maladie, y compris les visites de contrôle et traitements supplémentaires, aussi longtemps qu'ils sont liés au même épisode de maladie, est une version aménagée du paiement à l'acte. Elle se révèle plus avantageuse y compris pour le patient.
3. **Remboursement des frais.** Les membres de la mutuelle doivent payer d'abord leurs soins de santé et en demander ensuite le remboursement, en présentant les factures ou les preuves du paiement à la mutuelle.
4. **Indemnité ou allocation forfaitaire.** Dans ce cas la mutuelle donne à ses membres malades une somme d'argent fixe sans tenir compte des frais de santé réellement engagés. Cette somme est considérée comme une aide au paiement des soins. Cette somme forfaitaire peut être versée après le paiement de la facture ou avant (dans le cas d'une hospitalisation) à la condition que les membres présentent une preuve de leur état de santé qui confirme leur droit aux prestations. Cette méthode est plus fréquemment utilisée pour la couverture d'autres risques sociaux que la maladie, comme les naissances, les indemnités funéraires ou les mariages.
5. **Tiers payant.** Une tierce partie, en l'occurrence la mutuelle, paie directement les prestataires de soins pour les dépenses encourues par les membres. Cependant, s'il y a copaiement ou franchise, les membres doivent s'acquitter de la part des coûts qui leur revient, habituellement sur leurs propres fonds et directement auprès du prestataire. Certaines des mutuelles de Thiès ont passé un accord avec le prestataire selon lequel la mutuelle paie l'intégralité de la facture d'un membre hospitalisé et lui réclame ensuite le copaiement ou la part des frais dépassant le plafond.
6. **Souscription à une tierce partie avec tarifs réduits.** Il s'agit d'un mécanisme différent de celui de l'assurance. Selon ce mécanisme, les paiements des cotisations ou des droits sont adressés à une tierce partie, mais les fonds ne sont pas utilisés pour régler le prestataire ou une partie de la facture de soins du membre. Dans le cas des systèmes CPH (Nigéria [2, 3]) par exemple, les droits sont payés au CPH qui utilise l'argent ainsi collecté pour faire fonctionner ses services et effectuer les dépenses administratives et autres. Le versement des cotisations ou droits constitue une condition préalable qui permet aux membres de profiter de tarifs spéciaux réduits (50 pour cent) pour certains domaines de santé prioritaires du CPH. Le prestataire y trouve un intérêt car le système réduit les créances impayées et les frais liés au recouvrement et, plus important, il attire une plus grande clientèle vers la structure de soins (voir les études de cas au Nigéria).
7. **Prêts aux membres.** Les mutuelles offrent souvent des prêts avantageux, c'est-à-dire des prêts soit sans intérêts, soit à des taux bien au-dessous de la normale, pour aider les membres à faire face à leurs dépenses de santé. Les organisations comme les coopératives ou les systèmes d'épargne-crédit qui considèrent les prêts pour les dépenses de santé comme les autres prêts faisant partie de leur portefeuille d'activité (c'est-à-dire à des taux similaires) n'ont pas été prises en compte dans l'étude. D'une manière générale, comme le montre le cas des CPH (Nigéria [2, 3]) et celui de la mutuelle «Les Intimes» (Côte d'Ivoire [5]), les prêts «santé» constituent un avantage supplémentaire et facultatif dont les membres peuvent bénéficier lorsqu'ils ont déjà utilisé les prestations auxquelles ils ont droit. Cependant, dans le cas de COWAN (Nigéria [1]), l'offre de prêts sans intérêts constitue la principale forme d'assistance proposée aux membres.

autres méthodes proposées par les mutuelles étudiées sont le remboursement des frais, le versement d'une indemnité forfaitaire, l'octroi d'un prêt ou la souscription d'un abonnement annuel chez un prestataire qui permet aux membres de se faire soigner à prix réduits (voir tableau 9).

Les huit mutuelles de Thiès liées contractuellement à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu ont un système de paiement à l'acte

particulier par lequel elles versent un montant fixe par journée d'hospitalisation qui correspond à 50 pour cent du tarif appliqué aux patients non assurés³³. Cela supprime une grande partie des risques de surprescription.

³³ La mutuelle «Les Ménagères de Grand-Thiès» (Sénégal [10]) garantit juste le remboursement des frais pharmaceutiques. Il faut noter aussi que les opérations chirurgicales sont exclues de la couverture des dépenses d'hospitalisation des mutuelles de Thiès, bien que leurs membres bénéficient de 50 pour cent de réduction sur ce type de service (voir l'étude de cas au Sénégal).

Tableau 9. Mécanismes de versement des prestations ou de prise en charge utilisés par les mutuelles

Tiers payant		Remboursement des frais		Indemnité ou allocation forfaitaire		Souscription annuelle a une structure sanitaire ou à une mutuelle avec tarifs réduits ¹		Prêts aux membres	
Nombre de mutuelles	% du Total	Nombre de mutuelles	% du Total	Nombre de mutuelles	% du Total	Nombre de mutuelles	% du Total	Nombre de mutuelles	% du Total
25	38	13	20	19	29	7	11	4	6

Note: Les données sont disponibles pour 65 mutuelles, mais comme certaines d'entre elles utilisent plusieurs méthodes de paiement, le nombre total de mécanismes recensés s'élève à 68. Pour cette raison et à cause des arrondis, la somme des pourcentages n'est pas égale à 100.

¹ Cela comprend à la fois les systèmes de souscription à une tierce partie sans caractère d'assurance et des formes d'assurances montées par une structure sanitaire.

Cependant, ce procédé n'élimine pas la possibilité de prolonger la durée des hospitalisations des patients assurés, ce qui serait un moyen d'augmenter les revenus des prestataires. Il faut noter que *a)* la réduction de 50 pour cent sur les prix appliqués aux membres (y compris pour certains services non compris dans la gamme de prestations couvertes) est importante pour les mutuelles sur le plan financier ³⁴, et que *b)* la direction de l'hôpital est disposée à encourager le développement de ces organisations au sein de sa circonscription. L'encadré 6 décrit quelques caractéristiques des mutuelles de Thiès.

La prépondérance, révélée par l'étude, des mécanismes de paiement à l'acte met en évidence le pouvoir prédominant des prestataires de soins. Cette prédominance est liée à l'absence de concurrence entre ces prestataires dont souffrent de nombreuses mutuelles, particulièrement en zone rurale. Elle reflète aussi le manque de maîtrise des techniques de gestion adéquates de la part des responsables des mutuelles.

Même lorsqu'elles sont contraintes d'adopter des mécanismes de paiement à l'acte, les mutuelles peuvent utiliser, si elles

Encadré 6. Les mutuelles de Thiès au Sénégal: une expérience unique?

La région de Thiès est celle où la densité de mutuelles de santé est la plus forte dans la sous-région. Ce développement des mutuelles pourrait cependant être exceptionnel car il a été grandement favorisé par la direction de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Cet hôpital s'est engagé dans la promotion des mutuelles et la fourniture de soins de qualité. Le contexte est caractérisé par la présence d'une minorité chrétienne, d'une communauté ethnique homogène (les Sérères) et de promoteurs de mutuelles liés au diocèse catholique. Si la question de la reproductibilité de ces conditions dans une autre région reste posée, celles-ci se sont révélées très favorables au développement des mutuelles dans la région de Thiès. Il faut noter, à ce sujet que les mutuelles du Sud Borgou au Bénin sont aussi en relation avec un hôpital catholique également appelé Saint-Jean-de-Dieu.

Au regard de ces expériences, on peut soutenir que les systèmes de paiement à l'acte n'entraînent pas systématiquement une augmentation des coûts, le but principal des structures sanitaires de missionnaires, comme les hôpitaux Saint-Jean-de-Dieu au Bénin et au Sénégal, étant de prodiguer des soins de qualité, et non de maximiser les profits. Cependant, beaucoup d'autres prestataires ne partagent pas ce but. Par conséquent, le recours à des mécanismes de paiement permettant de contrôler la qualité et de limiter la surprescription reste très important dans la plupart des cas.

disposent des compétences requises, de techniques particulières pour limiter l'augmentation des coûts. Pour contrôler le comportement des prestataires, elles peuvent utiliser par exemple des méthodes basées sur

³⁴ L'effet de cette mesure sur l'efficacité au niveau de l'hôpital est étroitement lié à l'impact de cette baisse des tarifs sur la qualité des soins. Le cas de Thiès semble indiquer que cette pratique amène à un transfert des coûts, c'est-à-dire que les patients non assurés et les services non concernés par les réductions tarifaires supportent les coûts de la réduction accordée aux mutualistes.

l'examen de cas ou réaliser des bilans d'utilisation des services (voir encadré 7). Cependant, les mutuelles ne font pas un usage régulier de ce type de techniques. La méconnaissance de méthodes adéquates de gestion demeure importante. Même à Thiès, l'expérience acquise en matière de gestion des mutuelles n'est pas prédominant parmi les facteurs favorables à leur développement.

Encadré 7. Méthodes de bilan de l'utilisation des services

Les bilans d'utilisation des services reposent, habituellement, sur l'évaluation des décisions des prestataires avant que le système ne paie la facture. Ci-dessous sont signalées des méthodes pouvant être utilisées pour aider à contenir les coûts et augmenter ou maintenir la qualité des soins (Getzen, 1997). Bien qu'elles ne soient pas toutes applicables ou pratiques pour de petites mutuelles prises isolément, elles peuvent être conseillées à leurs structures fédératives.

1. *Deuxième opinion.* Demander à un deuxième médecin d'examiner la décision du premier avant de pratiquer des soins onéreux tels que la chirurgie.
2. *Accord préalable.* Exiger des prestataires l'accord préalable de la mutuelle avant d'effectuer un acte chirurgical non urgent.
3. *Évaluation concurrente.* Faire réaliser, par une infirmière en charge du contrôle des dossiers, des évaluations régulières pour déterminer si un séjour prolongé à l'hôpital ou des soins supplémentaires sont nécessaires.
4. *Test de préadmission.* Demander le plus de tests possible sur le patient avant qu'il ne soit admis à l'hôpital afin de réduire la durée d'hospitalisation.
5. *Suivi à l'aide d'une base de données.* Établir des statistiques comparatives sur les services utilisés par les prestataires de la zone pour détecter des utilisations anormales. Cette méthode permet d'identifier les prestataires qui ne se conforment pas à des honoraires «habituels, coutumiers et raisonnables» aussi bien qu'à un standard de soins dans le temps.
6. *Gestion intensive des cas.* Avoir une infirmière rattachée au système qui suit et gère tous les cas susceptibles de dépasser un certain coût.
7. *Substitution par des médicaments génériques.* Remplacer dans une prescription, les spécialités par des médicaments génériques moins onéreux, s'ils sont équivalents d'un point de vue chimique et/ou biologique.
8. *Bilan rétrospectif.* Faire une évaluation, après que le patient soit sorti de l'hôpital, pour identifier les services médicalement inutiles pour lesquels le paiement ne sera pas effectué.
9. *Audits.* S'assurer que tous les services facturés ont réellement été pratiqués.

Les services de soins de santé primaires des mutuelles

La contribution des mutuelles à l'efficacité en termes d'allocation des ressources au sein du secteur de la santé est dépendante de la manière dont celles-ci encouragent le recours aux SSP, notamment des services de prévention et de promotion. Il est important de savoir, par exemple, si elles utilisent un système de référence obligatoire. Dans ce cas, elles favorisent la réduction de la demande de soins relativement chers auprès des institutions sanitaires secondaires ou tertiaires, en orientant d'abord les patients vers des structures de SSP moins onéreuses. Dans ces structures, les maladies mineures peuvent être soignées convenablement et seuls les cas les plus compliqués sont référés à l'échelon supérieur. De plus, en encourageant la prévention et la promotion de la santé, les mutuelles peuvent aider à réduire la pression exercée sur le système de santé dans son ensemble.

Sur les 67 mutuelles de l'étude, 28 (42 pour cent) incluent dans leurs prestations, des services de SSP sous une forme ou une autre, et 13 d'entre elles ne couvrent que ce type de services. Deux mutuelles objet des études (Sénégal [3], Mali [2]), dont les prestations concernent les hospitalisations, exigent que les patients soient référés à l'hôpital par la mutuelle avant la mise en œuvre des garanties (référence obligatoire).

La majorité des mutuelles étudiées (37 sur 67 [55 pour cent]) proposent des prestations liées uniquement à l'hospitalisation³⁵. Dans certains cas, par exemple au Ghana [1] et possiblement dans des mutuelles travaillant avec les hôpitaux de missionnaires comme celui de Thiès, l'absence d'intégration adéquate entre l'hôpital de district et les services de SSP rend souvent difficile la demande par l'hôpital d'une référence par un échelon inférieur. Au Ghana, par exemple, l'Association chrétienne pour la santé fait fonctionner les hôpitaux des missionnaires, alors que le ministère de la Santé supervise les structures gouvernementales. Le manque d'intégration entre ces structures donne parfois l'impression que les hôpitaux de

³⁵ Dans les structures de deuxième échelon et d'échelon supérieur, les soins sont traditionnellement considérés comme un risque assurable, car leur réalisation est généralement imprévisible, coûteuse et peu sujette au risque moral.

missionnaires, même lorsqu'ils sont désignés par l'Etat comme hôpital de district, et les structures publiques de SSP, se font concurrence en vue d'attirer les patients et de capter ainsi des revenus. Plus généralement, on notera que la plupart des mutuelles qui garantissent le paiement des prestations hospitalières, n'exigent pas une référence obligatoire comme condition de prise en charge.

En effet, parmi les 15 (22 pour cent) mutuelles qui couvrent des SSP et des services d'un échelon supérieur et pour lesquelles la relation entre la viabilité financière et le type

de soins reçus par les membres est peut-être la plus directe, seule la mutuelle de Kolokani (Mali [2]) utilise un mécanisme de référence obligatoire. Dans ce dernier cas (voir encadré 8) un agent du Centre de santé communautaire (CSCOM), géré par la communauté à travers l'ASACO, doit appeler le service d'ambulance pour évacuer une personne malade vers une structure de soins agissant ainsi en première ligne dans le système de référence. Les CPH (Nigéria [2, 3]) exigent que la personne reçoive l'autorisation des responsables de sa propre association avant de pouvoir bénéficier des services à la structure de SSP. Toutefois,

Encadré 8. Charges et couverture dans la mutuelle de Kolokani (Mali [2])

Les discussions entre les quatre ASACO en activité dans la région de Kolokani ont conduit à l'établissement d'un système financier de référence dont les coûts sont partagés entre le patient, son ASACO et le centre de santé du cercle (structure de référence). Le coût de la couverture est estimé sur la base du coût moyen du transport pour une évacuation sanitaire entre le CSCOM et le centre de santé du cercle, et du coût moyen du traitement prodigué.

Pour le transport, le centre de santé du cercle dispose d'une ambulance et d'un système de radio-téléphone. La personne responsable du CSCOM autorise l'évacuation des patients, ainsi que la référence à une structure sanitaire et, si nécessaire, appelle l'ambulance. Le coût moyen de l'évacuation est estimé à 10 000 FCFA (carburant et indemnité du chauffeur). Ce coût est partagé de la façon suivante:

- 25 pour cent à la charge du patient = 2 500 FCFA;
- 25 pour cent à la charge du centre de santé du cercle = 2 500 FCFA;
- 50 pour cent à la charge de l'ASACO = 5 000 FCFA.

Arrivé au centre de santé du cercle, le patient peut être hospitalisé sur place ou être référé à un hôpital régional. Dans le cas d'une hospitalisation sur place, le coût moyen de l'intervention est estimé à 20 000 FCFA. Le partage des coûts dans ce cas est le même que pour l'évacuation.

- 25 pour cent à la charge du patient = 5 000 FCFA;
- 25 pour cent à la charge du centre de santé du cercle = 5 000 FCFA;
- 50 pour cent à la charge de l'ASACO = 10 000 FCFA.

Les calculs sont basés sur l'hypothèse selon laquelle il y aurait en moyenne deux références par mois pour chacun des quatre CSCOM, la moitié nécessitant une hospitalisation. Dans un fonds spécifique, géré séparément par le centre de santé du cercle, chaque ASACO verse 50 pour cent de deux cas de référence ou 20 000 FCFA par mois et le centre de santé verse 25 pour cent de huit références à 20 000 FCFA soit 40 000 FCFA. Les versements mensuels sont ainsi de 120 000 FCFA en dehors des contributions payées par les patients (5 000 FCFA par référence).

Pour que leurs membres bénéficient de cette couverture, les ASACO doivent participer au système pendant au moins trois mois (période d'observation). Les paiements ont débuté en janvier 1997. Après six mois de fonctionnement, le fonds constitué pour le système de référence/évacuation présentait un excédent de 500 000 FCFA.

Pour collecter les 20 000 FCFA par mois, chaque ASACO est libre de s'organiser comme elle l'entend. Le centre de santé du cercle ne doit pas intervenir dans l'organisation interne de chaque ASACO. Certaines font des versements mensuels, d'autres préfèrent des versements trimestriels. A ce jour, il n'y a pas eu de retards dans les versements.

Les ASACO sont financées par les paiements des services, les contributions des familles, les collectivités, ou d'autres sources. Elles ont, en général, deux fonds séparés: celui utilisé exclusivement pour le réapprovisionnement en médicaments, et celui consacré aux activités. La contribution mensuelle de 20 000 FCFA au système de référence est financée sur ce deuxième fonds. Certaines ASACO projettent d'établir un système d'évaluation périodique par habitant, particulièrement pour le fonds destiné à la référence/évacuation. Celui-ci est géré par les administrateurs du centre de santé du cercle qui sont supervisés par un comité de gestion comprenant des représentants de chaque ASACO.

Source: Etude de cas au Mali.

ils ne requièrent pas une telle référence pour les traitements dans un hôpital, même si des facilités de paiement (prêts) sont accordées à ceux qui se font soigner dans ce type de structures ³⁶.

Résumé et contribution potentielle à l'efficience

Les mutuelles qui réussissent le mieux en AOC sont celles qui ont développé un ensemble de modalités d'organisation et de méthodes favorables à un fonctionnement efficient (voir tableau 10). Il s'agit, entre autres, de l'introduction d'une période d'observation pour les nouveaux membres, de l'utilisation du contrôle social pour éviter les abus, du recours aux copaiements ou au plafonnement des montants pris en charge. Intervient également un certain niveau d'adhésion obligatoire au sein de la famille, de l'association ou du groupe cible qui garantit l'adhésion au-delà de ceux qui souhaitent s'affilier volontairement (réduction de la sélection adverse).

En ce qui concerne l'impact sur les systèmes de santé, certaines mutuelles contribuent à la maîtrise des dépenses en négociant des tarifs réduits ou des prix forfaitaires par journée d'hospitalisation (voir les mutuelles de Thiès). Dans l'ensemble cependant, les mutuelles manquent de pouvoir de négociation et de compétences pour choisir le mécanisme de paiement des prestataires le plus efficace ³⁷.

Près de la moitié des mutuelles étudiées (28 sur 67 [42 pour cent]) fournissent des services de SSP à leurs membres, soit de façon exclusive, soit en complément d'un autre type de couverture. Dans la mesure où elles encouragent une meilleure utilisation de ces services, elles améliorent l'efficience dans l'allocation des ressources au sein du secteur de la santé. Pour accroître cette contribution, les mutuelles devraient davantage rendre obligatoire la référence du premier échelon pour que le membre puisse bénéficier des prestations des échelons secondaire ou tertiaire.

³⁶ Les études de cas du Nigéria prouvent l'impact des mutuelles sur la santé de leurs membres. Les CPH ont considérablement amélioré les taux de vaccination au sein du groupe cible et COWAN a augmenté le recours à la contraception. Cependant, d'autres signes de cette amélioration, tels que la baisse des taux de maladie (prévalence), de la natalité et d'autres complications n'ont pas été étudiés.

³⁷ Le cas de la mutuelle UMASIDA, en Tanzanie, montre que le manque de compétences des prestataires en matière financière et de gestion peut être un obstacle au moins aussi important pour l'implantation de systèmes par capitation. Sur la question voir Atim (1998).

L'avantage principal des mutuelles qui utilisent un système d'épargne/crédit réside dans leur aptitude à gérer les risques. Cependant, elles présentent des désavantages en termes d'équité et d'accès aux soins. Le recours au prêt est peu incitatif et ne permet pas véritablement un partage solidaire des risques.

Finalement, les mutuelles peuvent influencer l'efficience dans le secteur de la santé de façon assez significative grâce à différentes méthodes et modalités d'organisation. Malheureusement, bon nombre d'entre elles sont encore peu connues ou maîtrisées. Il reste donc beaucoup à faire dans ce domaine.

Equité

Deux aspects de la contribution des mutuelles en matière d'équité méritent d'être analysés: l'équité dans le financement des soins de santé et l'équité dans la délivrance des soins. En ce qui concerne l'équité dans le financement, il est pertinent d'examiner la structure des cotisations et la présence d'éléments d'évaluation du risque individuel. Pour l'équité dans la délivrance des soins, la question pertinente est de savoir si les prestations sont liées à la contribution financière de l'individu et, même si ce n'est pas l'un des objectifs principaux des mutuelles, quel apport a été fait au bénéfice des plus démunis, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas les moyens de payer les cotisations. Un autre élément concernant l'équité est de savoir quelle partie de la population et quelles régions du pays sont ciblées par les mutuelles.

Equité dans le financement des soins de santé

Seule une mutuelle objet des études de cas, la MUGEF-CI (Côte d'Ivoire [6]), a une échelle variable de cotisations basée sur les revenus. Les cotisations sont établies comme un pourcentage (3 pour cent) des revenus des membres, ce qui implique que ceux qui gagnent le plus, paient le plus en valeur absolue (les cotisations réelles varient de 300 FCFA à 7 004 FCFA par mois). Presque toutes les autres mutuelles perçoivent des cotisations fixes (primes) par personne, sans tenir compte des situations financières individuelles. Ce recours à un montant fixe ne répond pas seulement à un souci de simplification administrative, mais correspond, probablement, aussi à la notion d'équité qu'ont la plupart des membres. Deux mutuelles au

Tableau 10. Quelques recommandations sur les caractéristiques structurelles des mutuelles

Objectifs	Mesures de contrôle	Mutuelles étudiées qui utilisent la mesure ¹	Commentaires
Limiter le risque moral	Contrôle social	17	Renforcé par la participation démocratique
	Référence obligatoire	2	Aucun
	Franchise	1	Aucun
	Copaiements	3	Aucun
	Adhésion à travers un groupe ou une association	3	Aucun
Minimiser la sélection adverse	Adhésion obligatoire ou automatique de membres de la famille	14	Renforcé par des incitations pour inscrire la famille dans son ensemble
	Période d'observation	5	Aucun
	Référence obligatoire	3	Aucun
	Politiques de médicaments essentiels et génériques	4	Y compris le partage des coûts pour les médicaments non essentiels et de marque
Maîtriser les coûts	Paiement par capitation (paiement forfaitaire)	Aucune	Aucun
	Réassurance	Aucune	Aucun
	«Managed care»	Aucune	Y compris les bilans d'utilisation des services
Contrôler la fraude et l'abus	Carte personnelle (d'identification) pour chaque bénéficiaire	Aucune	Aucun
	Contrôles rigoureux à l'entrée des structures de soins	Pas disponible	Aucun
	Contrôle social	17	Aucun
Promouvoir la participation et la responsabilité des patients aux services de santé ²	Impliquer le personnel de santé de base dans l'organisation	Aucune	Aucun
	Créer une structure cogérée	3	Aucun
	Créer une association des membres si elle n'existe pas	Aucune des mutuelles mises en place par les prestataires	Avec des réunions régulières et la présentation de rapports
Promouvoir l'utilisation des services de promotion et de prévention	Introduire les SSP dans la gamme de prestations	15	Aucun
	Référence obligatoire pour les prestations au-dessus du niveau de SSP	2	Aucun
Améliorer la qualité des soins	Négociation avec le prestataire sur les délais d'attente et le comportement du personnel	4	Supposant que les membres sont confrontés à ces problèmes
	Aider le prestataire à mettre en place un fonds de roulement de médicaments	2	Aucun
	Evaluations indépendantes ou audits de qualité	Aucune	Aucun
	Vérifier les prescriptions des prestataires et les traitements proposés	Aucune	Un élément très important du contrôle de la qualité, mais que les mutuelles n'ont pas encore la capacité de réaliser

Notes: ¹ Cette liste est simplement indicative. Sont considérées les mutuelles inventoriées et celles ayant fait l'objet d'études de cas.

² Cette suggestion et les deux premières mesures qui suivent sont issues de la thèse de Bart Criel de l'Institut de médecine tropicale à Anvers, et ont été gentiment mises à disposition par Patrick Van Durme de WSM.

Bénin [1, 2] utilisent une échelle de cotisations basée sur la taille de la famille, qui est structurée de façon à rendre l'adhésion des familles plus attractive que celle des individus (sauf si elle est constituée de deux personnes, auquel cas l'affiliation individuelle est plus avantageuse)³⁸.

Une autre mutuelle (Côte d'Ivoire [5]) a mis en place deux niveaux de cotisations: l'un pour les hommes et l'autre, beaucoup plus bas, pour les femmes (moins de la moitié). Cette pratique repose sur l'hypothèse selon laquelle les femmes ont des revenus nettement moindres que les hommes. Si cette hypothèse est fondée, alors cet aménagement favorise l'équité dans le financement des soins de santé, dans la mesure où les prestations ne sont pas liées ici au montant des cotisations. Dans certains secteurs informels d'Afrique de l'Ouest, bien que cela ne soit ni général ni caractéristique, des femmes telles que les «mammies» du marché au Ghana, ont des revenus égaux ou supérieurs à ceux des hommes. Dans une telle situation, le double niveau de cotisation ne favoriserait pas l'équité.

Les deux mutuelles UGCM (Bénin [1, 2]) sont les seules parmi celles étudiées à avoir des mécanismes systématiques d'exemption de cotisations pour les personnes très pauvres³⁹. Ces mutuelles ont créé un fonds de solidarité pour les handicapés et les personnes âgées, basé sur les principes traditionnels de solidarité. Le mode de financement de ce fonds n'est pas clair, mais il semble que les membres de la mutuelle qui paient leurs cotisations financent les soins des plus pauvres. Une troisième mutuelle, celle du Gonja Ouest (Ghana [1]), a un fonds de solidarité réduit destiné à trois indigents dans chacune des communautés qui participent à la mutuelle. Ces indigents sont identifiés par les communautés elles-mêmes. Cependant, ce fonds n'est pas financé par les contributions des membres, mais avec les ressources d'un partenaire extérieur.

³⁸ Aucune progression claire ou rationnelle des prix par personne, quand la taille de la famille augmente, ne semble être en vigueur. C'est pourquoi l'objectif consistant à encourager l'inscription des familles peut être atténué par le système de cotisations qui s'avère compliqué et peu logique.

³⁹ De nombreux ministères de la Santé pratiquent des politiques d'exemption pour protéger les plus démunis, en particulier en leur facilitant l'accès aux soins. Ces politiques ont tendance à être plus efficaces quand elles sont dirigées vers des groupes particulièrement vulnérables comme les enfants de moins de cinq ans ou les femmes enceintes et non sur un niveau de ressources ou de revenus.

Au Sénégal [41] une mutuelle a un mécanisme de financement dans lequel des «parrains» paient les cotisations pour les enfants de la rue. Cela renforce évidemment l'équité dans le financement des soins de santé et pourrait, selon certaines sources, servir de modèle pour prêter assistance aux personnes très pauvres afin d'obtenir l'accès aux soins. Dans un tel système, les Etats accorderaient leurs subventions aux plus démunis à travers les mutuelles qui joueraient ainsi le rôle d'intermédiaires. Cela devrait être plus efficace que les mécanismes actuels d'exemption pour les pauvres, en particulier ceux basés sur le niveau de ressources ou de revenus.

En général, les cotisations dans les mutuelles utilisant l'assurance sont calculées pour la communauté dans sa globalité et les éléments de risque individuel (l'âge, le sexe, les prédispositions, etc.) ne sont pas pris en compte.

Équité dans la délivrance des soins de santé

Les prestations offertes par les mutuelles objet des études de cas, ne sont généralement pas liées aux montants des contributions des bénéficiaires. Les exceptions concernent deux des quatre mutuelles dont le mécanisme financier met en jeu des prêts aux membres et une mutuelle au Sénégal [2] qui offre des prestations différentes pour deux niveaux de cotisation. Quand des prêts sont accordés, une iniquité existe si le montant total que les bénéficiaires peuvent emprunter en cas de maladie est lié à la somme qu'ils ont épargné. C'est le cas dans les deux systèmes CPH (Nigéria [2, 3]), mais pas dans ceux de COWAN (Nigéria [1]), et de «Les Intimes» (Côte d'Ivoire [5]). Dans les systèmes CPH, la somme qu'un membre peut emprunter est un multiple du montant de son épargne mensuelle. Elle varie donc selon la capacité d'épargne de chacun. Dans les cas de COWAN et de «Les Intimes», le montant qu'un membre malade peut emprunter n'est pas lié à sa contribution, mais à sa capacité de remboursement. Dans tous les systèmes basés sur des prêts, les taux d'intérêt utilisés pour les prêts santé sont généralement bien plus bas que ceux des prêts relatifs à des projets productifs ou commerciaux (si les mutuelles accordent un tel service). Dans le cas de COWAN, les prêts sont sans intérêts s'ils sont remboursés dans les trois mois.

Équité géographique et sectorielle

Dans 17 (25 pour cent) des mutuelles étudiées, les groupes cibles sont des populations rurales. Pour cette seule raison, on peut supposer que les mutuelles contribuent à l'équité dans la fourniture des soins de santé dans leur pays, dans la mesure où elles rendent les soins davantage disponibles et accessibles en milieu rural. Trente-sept mutuelles (48 pour cent) ciblent les personnes du secteur informel urbain, qui constituent un autre groupe défavorisé en matière d'accès à des soins de santé de qualité en AOC.

Les populations rurales et celles du secteur informel urbain sont souvent désavantagées par rapport aux systèmes de sécurité sociale formels ou aux soins gratuits dispensés par l'Etat. De ce fait, la concentration des mutuelles dans ces secteurs [49 sur 67 (73 pour cent)] montre que ces organisations ciblent davantage les populations défavorisées sur le plan de l'accès aux soins.

Résumé et contribution potentielle à l'équité

La contribution des mutuelles à l'équité dans le financement des soins de santé reste une question ouverte. Les primes fixes constituent une forme non équitable de financement mais il est difficile d'obtenir des informations précises sur les revenus dans les secteurs rural et informel. Le recours aux primes fixes est donc inévitable si les mutuelles veulent échapper à des polémiques, aux resquilles et aux sous-déclarations de revenus. Néanmoins, les mutuelles semblent apporter une importante contribution à l'équité dans la délivrance des soins de santé, étant donné que leurs groupes cibles sont principalement constitués des parties de la population qui bénéficient peu des mécanismes formels de sécurité sociale et d'assurance. Elles participent ainsi à l'extension de la protection sociale aux secteurs rural et informel.

Quand l'équité au sein du groupe cible est évaluée, cette dernière conclusion doit être nuancée, du fait que, dans l'ensemble, les mutuelles ne sont pas dirigées vers les plus démunis, c'est-à-dire les personnes n'ayant pas d'activité lucrative ou ne pouvant pas travailler (les personnes âgées, les handicapés, etc.) et qui, de ce fait, ne sont pas en mesure d'apporter les contributions financières requises.

Cependant, agir en faveur des plus démunis n'est pas la finalité des mutuelles de santé, mais un domaine légitime d'intervention des politiques publiques et des Etats. Les mutuelles ont comme responsabilité et objectif premier de proposer des services à leurs membres sur le long terme.

Qualité

Les systèmes de santé publique en Afrique ont la réputation de proposer des services de faible qualité: manque de médicaments ainsi que d'autres matériels et équipements, temps d'attente trop longs, mauvais comportements du personnel envers les patients, insuffisance de personnel qualifié, etc. Ces problèmes se traduisent par un découragement du personnel et de la demande de soins de nombreux individus qui préfèrent pratiquer l'auto-médication, consulter des tradipraticiens ou fréquenter les structures de santé privées dont les tarifs sont généralement bien plus élevés.

L'une des contributions les plus importantes que les mutuelles peuvent apporter dans ce genre de situation est d'aider à restaurer la confiance dans le système public de santé, soit en procurant des ressources permettant d'améliorer la qualité, soit en intervenant directement dans le système de soins. Les mutuelles peuvent également permettre à leurs membres d'accéder à des structures de soins privées de bonne qualité, à travers les mécanismes de partage des risques⁴⁰. En d'autres termes, le problème clé dans la plus grande partie de l'Afrique est souvent, non pas de savoir comment étendre l'accès aux structures de soins existantes, probablement d'une qualité médiocre, mais comment permettre l'accès à une meilleure qualité de soins. Si les services disponibles satisfont les attentes en matière de qualité, le problème d'accès se réduit à surmonter les barrières financières, et peut-être géographiques, qui limitent l'utilisation de ces structures sanitaires. A ce sujet, il existe souvent une relation étroite entre qualité et accès aux soins. L'éventualité de créer une mutuelle et son succès ultérieur dépendent habituellement de l'existence de services de soins d'une qualité convenable.

⁴⁰ Les systèmes CPH (Nigéria [2, 3]) montrent que les mutuelles peuvent même aider les structures privées à améliorer la qualité de leurs soins.

Les mutuelles peuvent améliorer la qualité des services de santé, en engageant des négociations avec les prestataires (par exemple, pour réduire les temps d'attente et améliorer le comportement du personnel à l'égard des patients), en vérifiant les prescriptions et la qualité des soins avant de verser les prestations, et en aidant à la création de fonds de roulement de médicaments. Les mutuelles peuvent également mettre en place leurs propres structures de soins, si celles-ci s'avèrent insuffisantes ou inexistantes ⁴¹.

Parmi les mutuelles dont les services se traduisent par une forme de paiement des soins, 25 conduisent des négociations avec les prestataires, négociations qui portent, principalement, sur les tarifs. Par exemple, les huit mutuelles liées à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Thiès négocient régulièrement et individuellement avec l'hôpital les tarifs, l'étendue de la couverture, et le mode de paiement des soins fournis à leurs membres. Comme la qualité des soins que l'hôpital fournit est jugée bonne, les mutuelles n'ont apparemment pas besoin de soulever des questions la concernant. De même, la mutuelle «Les Intimes» (Côte d'Ivoire [5]) a entrepris des négociations avec les prestataires pour obtenir des meilleurs tarifs pour les membres.

Certaines mutuelles abordent les questions de qualité quand elles s'engagent dans des négociations avec les prestataires, c'est le cas, par exemple, des UGCM de Sirarou et Sanson (Bénin [1, 2]) et des CPH (Nigéria [2, 3]). Ces UGCM ont soulevé les questions relatives aux temps d'attente et au comportement du personnel envers les patients, alors que les CPH (voir encadré 9) ont utilisé leurs contacts directs avec les prestataires privés pour les persuader (et les aider quand cela était possible) d'améliorer certains aspects de la qualité portant sur l'approvisionnement en médicaments ou sur l'attitude du personnel.

Aucune mutuelle ne semble contrôler les prescriptions des prestataires et la qualité des soins prodigués à leurs membres, ce qui est dû au manque de compétences médicales et

pharmaceutiques. En tout état de cause, il s'agit d'une lacune importante car, dans cette situation, les mutuelles ne peuvent pas être certaines que les factures qu'elles doivent payer sont pleinement justifiées ⁴².

Les systèmes mis en place par les prestataires de soins sont moins susceptibles d'avoir un impact positif sur la qualité et l'efficacité des services, du fait de l'inexistence d'un pouvoir de négociation indépendant de la structure sanitaire. Toutefois, de telles organisations peuvent intégrer progressivement des éléments visant à plus de responsabilité et de participation des utilisateurs, comme c'est arrivé dans certains cas, afin de se rapprocher du modèle de mutuelle à forte participation décrit dans le guide méthodologique.

Certains soutiennent que les systèmes mis en place par les prestataires ont un impact plus important sur la qualité des soins. Les arguments avancés sont que les prestataires seraient en mesure d'exercer un meilleur contrôle de la qualité et seraient incités à l'utiliser comme un instrument efficace de marketing. L'expérience en AOC ne confirme pas cette affirmation. Ce type de raisonnement est fondé sur des hypothèses rarement vérifiées. Il suppose, entre autres, qu'il existe une concurrence entre structures de soins. Celle-ci est en effet nécessaire pour que les prestataires soient incités à entrer en compétition sur la qualité pour obtenir davantage de clientèle et de revenus; or cette concurrence est souvent limitée aux zones urbaines. De façon plus significative, cela suppose que de tels systèmes soient dirigés par un personnel qui a une responsabilité suffisante dans la gestion des structures de soins ou qui peut influencer la qualité des soins. En pratique, comme le montrent les cas de Gonja Ouest et de Nkoranza au Ghana, les systèmes mis en place se réduisent souvent à un service à l'intérieur de l'hôpital géré par un personnel de soins qui n'est ni formé pour ce travail, ni suffisamment haut placé dans la hiérarchie pour prendre les décisions requises. Enfin, les compétences

⁴¹ L'exemple de la MUTEC en constitue une illustration. Cependant, dans ce cas, il serait judicieux de séparer la gestion de la mutuelle de celle de la structure sanitaire pour conserver une séparation entre la demande (représentée par les utilisateurs) et l'offre (fonction de prestataire) et pour mettre en évidence que des techniques différentes sont requises dans chacune de ces deux activités.

⁴² Par exemple, quand les compétences nécessaires étaient disponibles, à travers un organisme privé d'assurance maladie au Ghana, cette forme de contrôle a conduit à d'importantes économies car beaucoup de médecins privés pratiquaient une surprescription systématique (par exemple, deux ou trois antibiotiques prescrits à un patient au cours d'une même consultation), une surfacturation et utilisaient des techniques inappropriées et coûteuses (voir l'introduction des études de cas au Ghana).

Encadré 9. Le CPH de Jas (Nigéria [3])

Au Nigéria, les CPH sont des mutuelles basées sur un partenariat, matérialisé par une relation contractuelle, entre un prestataire de soins de santé primaire (ou un réseau de prestataires) et des organisations communautaires situés dans les circonscriptions couvertes par ce(s) prestataire(s). Le CPH de Jas est l'une des six organisations fonctionnant en tant que projets pilotes à Lagos. Les membres fondateurs du CPH de Jas étaient :

- les services médicaux de Jas (le prestataire de SSP);
- l'Eglise anglicane de la Sainte-Trinité, à Mushin;
- l'école privée Bosby, l'association Ilasamaja Oladeinde (Coker et les environs) des propriétaires fonciers et des résidents;
- l'association d'assistance sociale Alfa-Nda;
- l'Eglise de Gospel de Ilasa II;
- le syndicat de l'Union nationale des transporteurs routiers, branche de Ilasamaja;
- le Dr Kayode Native, Itire Road;
- l'Eglise «Kingdom Christian Ministry».

A la période où l'étude a été réalisée, le nombre d'organisations communautaires s'élevait à treize.

Durant l'une des premières réunions du CPH, les organisations partenaires ont identifié les problèmes clés de la communauté en matière de santé. A Jas, dans le quartier de Mushin à Lagos, les principaux problèmes identifiés étaient : le paludisme, les diarrhées, les affections respiratoires aiguës, les fièvres, le manque de vaccins efficaces et de services de planning familial et l'absence d'éducation à la santé. De plus, les représentants des organisations ont estimé que les questions relatives au statut des femmes, à la pérennité du CPH, à la démocratie et à la gouvernance étaient d'une importance telle qu'elles devaient être considérées dans les objectifs et activités du CPH. Certaines stratégies destinées à réduire ces problèmes ont aussi été approuvées. Par exemple, pour le paludisme, il a été convenu d'entreprendre des campagnes régulières de suppression des eaux stagnantes (lieu de reproduction des parasites de la malaria) et d'assainissement des rues et des caniveaux. Chaque organisation communautaire mobilise ses membres à cette fin. Pour augmenter les stocks de médicaments et de vaccins, un système de financement a été conçu dans lequel chaque membre individuel paie des frais de participation (droits annuels) de 100 naira (environ 1,20 US\$) par adulte, 70 naira (environ 0,85 US\$) par adolescent et 50 naira (environ 0,60 US\$) par enfant de moins de 12 ans. Ces fonds sont utilisés à la fois pour faire fonctionner le secrétariat du CPH et pour acheter les médicaments génériques nécessaires pour soigner les affections courantes identifiées par la communauté. En fait, une partie des droits est utilisée pour constituer un fonds de roulement de médicaments.

Pour atteindre ses objectifs d'amélioration de la santé et d'accès aux soins, le système comporte quelques caractéristiques originales et intéressantes. Par exemple, si un membre a un problème de santé qui figure parmi ceux identifiés comme prioritaires par la communauté, il a droit à 50 pour cent de réduction sur sa facture de soins, y compris pour les médicaments, s'il est correctement référé par le responsable de l'organisation communautaire.

L'intérêt de la clinique et donc son intérêt à accorder 50 pour cent de réduction dans les cas définis, provient de l'élimination quasi complète des créances irrécouvrables, un problème majeur avant la création des CPH, et de l'augmentation du nombre quotidien de patients. Les contributions des membres ne sont pas utilisées pour compenser la réduction qui est supportée par la clinique. Cela montre que le système n'utilise pas un mécanisme classique d'assurance. Si des membres ou leurs ayants droit tombent malades, ils doivent obtenir d'abord une fiche de référence auprès du responsable de leur organisation communautaire. Cette fiche autorise les patients à suivre un traitement à la clinique de Jas, même s'ils n'ont pas les moyens de payer la facture immédiatement. Il ne leur est pas demandé non plus de déposer une caution avant d'être soignés, ce qui est imposé par contre aux non-membres. Le patient a deux semaines après la fin du traitement pour payer. Le responsable de l'organisation communautaire s'assure que le paiement est effectué par le patient dans les délais.

Source: Etude de cas au Nigéria.

nécessaires pour faire fonctionner un système d'assurance ou une structure de soins ne sont pas les mêmes. C'est l'une des raisons pour lesquelles la séparation entre prestataires et utilisateurs peut être bénéfique.

Les mutuelles peuvent avoir une influence significative sur la qualité des soins dispensés à leurs membres, grâce à leur «pouvoir d'achat» de services. Dans la plupart des cas,

cependant, les mutuelles se sont mises en place auprès de structures de soins qui jouissent d'une bonne réputation en matière de qualité, notamment en ce qui concerne les délais d'attente, le comportement du personnel, et la disponibilité des médicaments. Dans certains cas, les mutuelles étudiées négocient, avec les prestataires, une amélioration de ces aspects de la qualité des services. Cependant, l'étude ne

met pas en évidence un intérêt particulier des mutuelles pour d'autres domaines déterminants de la qualité des soins. Par exemple, aucune mutuelle ne semble contrôler la qualité médicale des soins prodigués aux membres (par exemple, les prescriptions) ou la facturation des soins (là où les systèmes de paiement à l'acte sont en vigueur), ce qui peut être dû à un manque de compétences. Les mutuelles gérées par les prestataires sont moins aptes à améliorer la qualité que celles qui sont organisées à partir de structures plus participatives.

Accès aux soins de santé

Pour que les mutuelles favorisent véritablement un accès aux soins de santé, il faut que les cotisations qu'elles demandent ne soient pas trop élevées par rapport aux revenus des groupes cibles, que la forme de paiement de la cotisation (en espèces ou en nature) soit

adaptée aux besoins et capacités de ces derniers et que les membres soient incités à faire bénéficier leur famille de la couverture.

Seules deux mutuelles objet des études de cas, celle des Volontaires de l'éducation (Sénégal [1]) et Alafia (Bénin [4]) excluent expressément les membres de la famille du bénéficiaire des prestations. Certaines mutuelles intègrent automatiquement les membres de la famille parmi les bénéficiaires, sans demander de contribution supplémentaire; dans ce cas, les cotisations peuvent être considérées comme des cotisations familiales. Le tableau 11 montre comment la couverture des familles est assurée dans les mutuelles objet des études de cas.

Il ressort de ce tableau qu'une majorité de mutuelles (14) fournissent une couverture automatique aux personnes à charge et à la famille du membre titulaire, alors qu'une mutuelle (Côte d'Ivoire [3]) ne couvre que le

Tableau 11. Couverture des personnes à charge et des familles par les mutuelles objet des études de cas

Familles et personnes à charge exclues de la couverture	Familles et personnes à charge couvertes automatiquement	Familles et personnes à charge couvertes moyennant une prime supplémentaire	
		Prime identique à celle du membre titulaire	Mesures incitatives à la couverture de la famille
2 mutuelles (10%): Les Volontaires de l'éducation (Sénégal [1]) Alafia (Bénin [4]) Alafia (Bénin [4])	14 mutuelles (67%): FAGGU (Sénégal [2]) MUTEC (Mali [1]) Kolokani (Mali [2]) COWAN (Nigéria [1]) CPH Lawanson (Nigéria [2]) Ibughubu (Nigéria [4]) CPH Jas (Nigéria [3]) Les fonds des Enseignants (Ghana [2]) Association Dagaaba (Ghana [3]) MUGRACE (Côte d'Ivoire [1]) CARD (Côte d'Ivoire [2]) Groupe AMIBA (Côte d'Ivoire [3]) «Les Intimes» (Côte d'Ivoire [5]) MUGEF-CI (Côte d'Ivoire [6])	2 mutuelles (10%): Lalane Diassap (Sénégal [3]) Gonja Ouest (Ghana [1])	3 mutuelles (14% ⁴³): UCGM de Sirarou et de Sanson (Bénin [1, 2]) Ilera (Bénin [3])

Note: Le groupe AMIBA (Côte d'Ivoire [3]) ne couvre que les conjoints. La situation de MC36 (Côte d'Ivoire [4]) n'est pas connue.

⁴³ La somme des pourcentages n'est pas exactement égale à 100 à cause des arrondis.

conjoint du titulaire. Cela montre que les mutuelles favorisent l'accès aux soins des familles. De plus, ces mécanismes d'adhésion contribuent à réduire la sélection adverse.

Un autre aspect de l'accessibilité réside dans la relation entre le niveau des contributions que la mutuelle demande à ses membres et les revenus moyens de la population cible.

A titre d'exemple, des estimations montrent que le revenu moyen des paysans qui sont membres de la mutuelle de Lalane Diassap (Sénégal [3]) s'élève à environ 15 000 FCFA par mois. Les cotisations demandées par la mutuelle s'élèvent à 750 FCFA mensuels pour une famille de cinq membres (taille moyenne), soit 5 pour cent du revenu mensuel (voir l'étude de cas). Pour la mutuelle du Gonja Ouest (Ghana [1]), qui fonctionne dans une communauté rurale, la prime annuelle de 4 000 celis (1,78 US\$) pour les nouveaux membres, est jugée équivalente à 2,4 jours de revenus pour une personne qui gagne le salaire minimum (voir l'étude de cas) ⁴⁴.

Des informations sur le profil de revenus des membres et sur les dépenses moyennes de santé d'un groupe similaire de non-mutualistes seraient nécessaires pour tirer des conclusions fiables sur l'accessibilité financière des mutuelles. En l'absence de ces informations, on peut toutefois estimer que le montant des cotisations demandées par les mutuelles n'est pas, dans l'ensemble, excessif par rapport aux revenus des membres.

Une exception, parmi les mutuelles objet des études de cas, se situe à l'opposé de cette dernière hypothèse: la mutuelle des Volontaires de l'éducation (Sénégal [1]). Elle perçoit ses cotisations quatre années à l'avance, et ne les répartit que sur les trois premiers mois d'allocation des volontaires, alors que ceux-ci ne perçoivent pas encore leur paie complète ⁴⁵. Cette mutuelle ne prévoit pas de couverture des familles. Elle est en mesure de fonctionner selon ces principes

uniquement du fait que l'adhésion est obligatoire et que les cotisations sont prélevées à la source.

Quelques mutuelles, en particulier au Sénégal, instituent, au démarrage de leurs activités, une longue période de paiement des cotisations sans fournir de prestations aux membres, pour constituer un fonds de départ suffisant. Ce paiement sans contrepartie peut parfois durer deux ans. En plus de son effet démobilisateur, cette pratique incite l'imposition ultérieure de conditions d'adhésion difficiles pour les personnes n'ayant pas participé à la constitution du fonds de départ. La mise en place d'un fonds de départ, dans ces conditions, apparaît comme ayant potentiellement un impact défavorable en matière d'accès.

Beaucoup de mutuelles fonctionnent en zone rurale. Leur population cible est constituée de personnes qui ne perçoivent pas un revenu monétaire. Dans ces conditions, il est surprenant que pas une seule mutuelle n'encourage ou ne permette le versement de cotisations en nature plutôt qu'en espèces ⁴⁶. Il n'est malheureusement pas possible de savoir si les membres ont eu à se prononcer sur cette modalité de fonctionnement.

Comme on pouvait s'y attendre, les seules mutuelles qui ont atteint un taux de pénétration de population cible de 100 pour cent, sont celles à adhésion obligatoire: la mutuelle des Volontaires de l'éducation (Sénégal [1]) et le Fonds de solidarité des enseignants (Ghana [2]). Deux autres mutuelles à adhésion obligatoire – COWAN (Nigéria [1]) et Kolokani (Mali [2]) – n'ont toutefois pas atteint un taux de pénétration de 100 pour cent.

La mutuelle de Lalane Diassap (Sénégal [3]) est parvenue à un taux de pénétration de 82 pour cent, en partie grâce à la petite taille du groupe cible (1 200 personnes) et à la forte cohésion sociale de la communauté concernée. Les autres mutuelles pour lesquelles les informations sont disponibles ont un taux de pénétration inférieur à 50 pour cent, à l'exception de l'Association Dagaaba (Ghana [3]), une mutuelle de type traditionnel qui est

⁴⁴ Le salaire minimum est surtout pertinent pour ceux qui ont un travail salarié, mais en l'absence de données sur les revenus des paysans, c'est une approximation du salaire moyen d'une communauté rurale pauvre. De plus, le système inclut les salariés, en partie du fait qu'il couvre une zone touristique.

⁴⁵ La contribution totale pour les quatre années est de 40 000 FCFA, mais les volontaires ne perçoivent que 15 000 FCFA par mois pendant les trois mois durant lesquels elle est prélevée.

⁴⁶ Dans certains pays à forte inflation comme la République démocratique du Congo, des mutuelles autorisent cette forme de cotisation, par exemple, le système de Bwamanda et la mutuelle ASABO à Bokoro.

parvenue à un taux proche de 100 pour cent, mais dont la population cible est restreinte et encore plus soudée que celle de Lalane Diassap.

La couverture automatique des familles est une caractéristique importante des modalités de fonctionnement de la plupart des mutuelles étudiées. Par contre, il est difficile de juger véritablement de l'adéquation entre le niveau de cotisations perçues et les revenus des membres.

La mise en place d'un fonds de départ, via une période longue de collecte des cotisations sans fourniture de prestations en contrepartie, peut non seulement décourager les membres potentiels, mais aussi conduire à l'introduction ultérieure de barrières financières à l'adhésion.

Aucune des mutuelles étudiées, même en zone rurale, n'accepte le paiement des cotisations en nature. Il est difficile de savoir si cette pratique résulte d'une préférence des membres ou plutôt de l'impossibilité pour eux d'effectuer un autre choix.

Seules les mutuelles qui ont rendu obligatoire l'adhésion de l'ensemble du groupe cible ou celles pour lesquelles ce groupe était restreint et soudé ont réussi à atteindre un niveau élevé de pénétration compris entre 50 et 100 pour cent. Toutes les autres ont de faibles taux de pénétration du groupe cible. On notera cependant qu'un nombre important de mutuelles paraissent être dans leur phase initiale d'expansion; par exemple, neuf des 24 mutuelles inventoriées au Sénégal étaient en phase de création. L'identification des raisons réelles de ces faibles taux de pénétration demanderait davantage de recherche mais apparemment ceux-ci sont liés, entre autres, à une promotion insuffisante, à des services de santé de qualité médiocre et aux difficultés de collecter les cotisations.

Très peu de mutuelles entreprennent des études afin d'identifier les services recherchés par le groupe cible avant et après le démarrage des activités (en vue de mieux répondre à ces attentes); aucune étude de satisfaction des membres n'a été rapportée

(Bennett, Creese et Monasch, 1998).

Pérennité

De nombreux facteurs influent la viabilité institutionnelle et financière ⁴⁷ des mutuelles. Ils ont trait à la formation, au leadership, aux techniques administratives et comptables, aux capacités financières, etc. Certains des aspects déjà examinés, en particulier l'efficacité, la qualité des soins et la mobilisation des ressources conditionnent également la pérennité des mutuelles.

On peut considérer qu'un bon indicateur de la pérennité serait le taux d'échec des mutuelles. Etant donné la jeunesse de ces organisations en AOC, ce taux n'est pas exploitable actuellement. Il reste possible d'examiner les modalités d'organisation des mutuelles pour estimer leur effet sur leur pérennité. L'évaluation de la viabilité de certaines mutuelles relativement anciennes est possible grâce aux données fournies par d'autres études.

Les différents éléments traitant de la pérennité peuvent être regroupés schématiquement dans les trois catégories suivantes:

- i Les questions institutionnelles: facturation, négociation des contrats avec les prestataires, promotion de la responsabilité et de la participation, relations avec les structures de promotion et d'appui, contrôle et évaluation.
- i Les capacités de gestion et d'administration: formation, fixation des taux de cotisation, détermination du paquet de prestations, recouvrement des cotisations, marketing et communication, tenue des registres, organisation et tenue des livres comptables, prévisions budgétaires et gestion des fonds, évaluation de l'opportunité des soins prodigués et de leurs prix.

⁴⁷ Les données examinées sont adaptées au cas des mutuelles gérant une assurance, bien que certains principes soient adaptables à d'autres organisations. Une discussion exhaustive sur la pérennité de ces dernières pourrait faire appel à l'examen de paramètres supplémentaires, par exemple pour les organisations d'épargne-crédit, l'étude des taux d'intérêt et de remboursement, des prêts et des ratios épargne/crédit. Cependant, comme aucune mutuelle de l'étude ne considère le crédit pour la santé comme une activité économique, à l'instar des autres systèmes d'épargne-crédit, mais comme une forme supplémentaire d'assistance par rapport aux prestations existantes, une telle approche ne serait pas totalement appropriée ici. Il serait plus pertinent d'examiner comment ces organisations calculent l'épargne annuelle nécessaire pour couvrir la demande pour ces crédits non commerciaux «soft loans» (dans le cas de COWAN, la demande excède clairement le montant de l'épargne), comment protéger la valeur de l'épargne contre l'érosion due à l'inflation, etc.

- i Les indicateurs financiers: ratios d'évaluation financière comme les ratios de liquidité et de solvabilité, le ratio coûts administratifs/ressources, le ratio cotisations dues/cotisations perçues.

De nombreuses mutuelles étudiées fournissent une gamme de services variés et s'engagent dans diverses activités au-delà des simples prestations en matière de santé. La pérennité des mutuelles dépendra de toutes ces activités et de leurs interrelations. En effet, un déficit dans un domaine peut avoir un effet défavorable sur d'autres activités. De même, la nature multidimensionnelle des activités agit directement sur certains aspects de la viabilité des mutuelles, comme la possibilité d'embaucher du personnel salarié ou qualifié, l'accès aux équipements et à d'autres ressources et la motivation des membres. Comme la présente étude s'est concentrée sur les services de santé des mutuelles et leurs caractéristiques, ces aspects importants n'ont pas été examinés de manière systématique.

Les questions institutionnelles

Les mutuelles étudiées qui effectuent un paiement de services de santé ont tendance à être facturées directement par les prestataires, habituellement en fin de mois. Elles doivent ainsi régler les factures directement, certaines immédiatement (Ghana [1]), d'autres dans un délai déterminé (deux semaines pour les Volontaires de l'éducation).

A cet égard, une différence importante existe entre les mutuelles gérées par les communautés et celles gérées par les prestataires. Les deux mutuelles UGCM (Bénin [1, 2]) vérifient régulièrement la correspondance entre les factures soumises par l'hôpital et les bulletins de maladie des bénéficiaires. Par contre, dans la mutuelle du Gonja Ouest (Ghana [1]), gérée par les prestataires, il n'existe pas de procédure de vérification. Cela montre que le manque d'indépendance de la mutuelle vis-à-vis du prestataire rend difficile la défense des intérêts des membres. Le fait qu'aucun délai de paiement des factures n'est accordé dans la mutuelle du Gonja Ouest – à la différence des deux mutuelles gérées par les communautés – renforce davantage ce constat.

En dehors des mutuelles liées à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu au Sénégal, et des systèmes CPH (Nigéria [2, 3]), peu

d'expériences de contrats avec les prestataires sont décrites par les études de cas. Les exemples sénégalais ont déjà été abordés. Les systèmes CPH reposent sur des chartes fondées sur un accord entre le prestataire de soins et les associations communautaires qui forment le réseau de partenaires communautaires. Les chartes énoncent les droits et obligations de chacun, ainsi que les objectifs définis et mesurables d'amélioration de la santé. Une charte similaire indique les relations entre le CPH et le partenaire au développement qui fournit une assistance technique.

La plupart des mutuelles étudiées ont des structures relativement standardisées pour impliquer les membres dans la prise de décisions et pour la distribution des responsabilités au niveau des dirigeants. Cette structure repose, généralement, sur une assemblée générale, composée de tous les membres lorsque la mutuelle est de petite taille et d'une couverture géographique délimitée, ou de représentants, lorsqu'elle est de grande taille ou couvre un vaste territoire. L'assemblée générale annuelle élit le conseil d'administration ou le comité de gestion qui, à son tour, désigne le bureau exécutif. Seize des 22 mutuelles étudiées repose sur une organisation de ce type. Seules les mutuelles du Gonja Ouest (Ghana [1]) et du centre de santé MUTEK (Mali [1]) ne présentent pas de structures formelles des utilisateurs ou des bénéficiaires⁴⁸ permettant à ces derniers de participer à la gestion.

L'existence de structures destinées à favoriser la participation ne se traduit pas toujours par une participation réelle car:

- i les membres n'ont pas toujours la connaissance et les compétences requises pour saisir les questions techniques évoquées dans le cadre des réunions;
- i les réunions sont peu suivies (voir encadré 10);
- i les pratiques abusives et antidémocratiques sont parfois le fait de responsables qui ne peuvent pas être facilement remplacés ou même critiqués.

⁴⁸ L'organisation mère du centre de santé est la mutuelle des Enseignants (MUTEK) qui a un pouvoir de décision politique général sur le centre à travers ses différentes structures.

Encadré 10. Participation, évaluation et comptabilité dans la mutuelle de Lalane Diassap (Sénégal [3])

La mutuelle de Lalane Diassap bénéficie d'un fort taux de pénétration: 82 pour cent soit 989 bénéficiaires sur une population cible de 1 200 personnes. Cela atteste à la fois, de l'efficacité des campagnes menées pour augmenter la conscientisation et de la confiance que les membres placent dans leur organisation.

Le fort taux de pénétration n'est pas un indicateur d'une participation active des membres dans la vie de l'organisation. La dernière assemblée générale a dû être scindée en trois sessions, dans un souci de mobilisation de la population. Ainsi, pour répondre au manque d'intérêt des membres, l'assemblée générale a été tenue dans chacune des zones: Lalane, Diassap et Médina Fall. La confiance envers les responsables et le bon fonctionnement de la mutuelle semble être à l'origine de ce désintérêt.

Par contre, les responsables s'investissent pleinement dans la gestion de la mutuelle. Les membres du bureau et du conseil d'administration ne perçoivent pas d'indemnité de transport pour les réunions (cette question est cependant à l'étude, à cause du risque de découragement des administrateurs).

Le taux de recouvrement des cotisations, de 60 pour cent, a besoin d'être amélioré, même s'il n'est pas mauvais pour une mutuelle rurale. La proximité des délégués de quartier est essentielle pour la collecte des cotisations. Lorsque le retard de paiement est égal ou supérieur à trois mois, les mutualistes ne sont pas exclus, mais sont couverts proportionnellement à la période pendant laquelle ils ont contribué.

La mutuelle n'a pas de commission de contrôle. Les responsables interprètent cette situation comme un signe de confiance et de bon fonctionnement, mais cette opinion n'est pas fondée. Le contrôle de la situation financière doit être systématique et continu, même en l'absence de problèmes majeurs. La transparence est d'autant plus importante que les membres ne semblent que faiblement impliqués dans la gestion de leur mutuelle.

Les documents de suivi des bénéficiaires sont à jour. Les situations en matière de paiement des cotisations sont connues. L'enregistrement des hospitalisations est un outil statistique précieux, mais il n'est pas utilisé de façon optimale. Dans le domaine comptable, les opérations sont retranscrites de façon régulière, mais aucun bilan n'est dressé. La mutuelle manque de ressources pour des évaluations périodiques; pourtant, c'est là une activité essentielle.

Source: Etude de cas au Sénégal.

Seule une mutuelle, FAGGU (Sénégal [2]), rapporte qu'elle entreprend des opérations d'évaluation et de contrôle internes. Les bailleurs de fonds ont réalisé des évaluations externes, mais cela n'a pas d'effet majeur sur le fonctionnement, sauf dans les cas où les responsables sont convaincus de l'importance de ces évaluations. Le suivi régulier est nécessaire si les mutuelles veulent savoir si elles atteignent les résultats espérés, si elles respectent leurs procédures et si elles veulent prendre, le cas échéant, des mesures correctives. L'évaluation périodique est un examen plus approfondi des activités. Son objectif est de déterminer dans quelle mesure et sous quelles conditions les mutuelles ont atteint leur objectif. Les résultats d'une telle évaluation sont utiles aux mutuelles pour améliorer leur fonctionnement futur.

Les moyens administratifs et de gestion

a) La formation

Si certaines mutuelles disposent de responsables ayant bénéficié d'une formation générale en gestion, les études révèlent une faible utilisation de techniques spécifiques à la gestion des mutuelles. Environ 10 des mutuelles objet des études de cas ont des responsables suffisamment formés, mais c'est principalement dans les domaines généraux de la gestion administrative et financière, comme les prévisions budgétaires, la tenue des registres, la comptabilité générale et la tenue des livres comptables. Depuis 1997, certaines mutuelles du Bénin, du Burkina Faso, du Mali et du Sénégal ont bénéficié de sessions de formation sur la création, l'organisation et la gestion des mutuelles de santé, menées par le programme conjoint d'assistance technique aux mutuelles de santé WSM-ANMC/BIT-ACOPAM. Par ailleurs, au Bénin, le CIDR a réalisé des formations avec la contribution de la Coopération suisse. Ces formations soulignent l'importance des interventions des institutions qui promeuvent et soutiennent les mutuelles en AOC. Cependant, ces institutions de soutien ont des ressources limitées et ne pourront pas toujours répondre à la demande de formation si les mutuelles continuent à se développer.

Les mutuelles des pays anglophones de la sous-région figurent parmi celles qui ont les gestionnaires les mieux formés. Mais, à l'exception de quelques cas, comme le Gonja

Ouest (Ghana [1]), leur formation ne porte pas particulièrement sur les techniques de gestion des mutuelles. Dans les pays anglophones aussi, le rôle des partenaires au développement a été vital. Le «Basic Support for Institutionalization Child Survival Project» de l'USAID renforce les compétences et la formation des mutuelles au Nigéria – l'Eglise catholique et ses réseaux à l'étranger, y compris MEMISA aux Pays-Bas ainsi que les ONG chrétiennes allemandes ont joué un rôle similaire au Ghana.

Dans certains domaines critiques de l'administration et de la gestion, la formation est insuffisante. Par exemple, la fixation des taux de cotisation et la détermination des prestations nécessitent des connaissances minimales pour être réalisées correctement. Le relatif succès des sociétés d'aide médicale d'Afrique du Sud et du Zimbabwe est lié, dans une grande mesure, à leurs directions hautement qualifiées, capables d'estimer les risques de santé (connaissances actuarielles)⁴⁹. En AOC, ce genre de capacité fait généralement défaut. Le personnel des mutuelles présente également de faibles capacités techniques pour contrôler l'opportunité et la qualité des soins prodigués. C'est souvent parce que l'acquisition de ces compétences est coûteuse au regard des budgets limités des mutuelles, qu'elles ne sont pas disponibles. Pourtant, les mutuelles en auront besoin si elles veulent négocier à égalité avec les prestataires, ou au moins, en tant qu'acheteurs (consommateurs) informés⁵⁰. Enfin, les connaissances des responsables en matière financière ont besoin d'être renforcées, particulièrement en matière de gestion des fonds. Un accent particulier sera alors mis sur les stratégies visant à éviter que ces fonds ne perdent leur valeur du fait de l'inflation.

b) La collecte des cotisations et la fixation de leur montant

L'analyse de l'inventaire révèle que 42 mutuelles (93 pour cent) collectent leurs cotisations directement auprès des membres,

⁴⁹ Un des chercheurs a signalé qu'au Nigéria même les compagnies d'assurances privées ont été confrontées à des catastrophes financières parce qu'elles ne disposent pas de telles compétences (voir les études de cas au Nigéria).

⁵⁰ Pour les mutuelles une alternative moins coûteuse serait d'engager des consultants pour évaluer la qualité et l'opportunité des soins. Les associations nationales de mutuelles devraient être capables de tenir une liste de consultants compétents que les mutuelles pourraient engager en cas de besoin. La tenue d'une telle liste favoriserait également la concurrence entre les consultants sur la base du rapport qualité/prix de leurs services.

cinq (11 pour cent) les retiennent automatiquement à la source. Dans un cas (Sénégal [24]), il s'agit d'une organisation d'enfants de la rue dont les cotisations sont payées par des parrains individuels⁵¹. Sur les cinq mutuelles qui retiennent les cotisations à la source, trois permettent également le paiement direct par les membres, s'ils le souhaitent.

La procédure utilisée pour fixer le niveau des contributions n'est pas connue, même là où la couverture que les mutuelles fournissent par membre est précisément déterminée, comme c'est le cas dans les mutuelles liées à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Thiès. Pour celles-ci, l'hôpital facture un tarif fixe par personne et par journée d'hospitalisation et la garantie est limitée à un nombre de jours déterminé. Le centre de santé de la MUTEK (Mali [1]) a établi trois taux de cotisations dépendant du groupe auquel appartient l'adhérent: les membres de la MUTEK paient 12 000 FCFA, les autres employés dans le domaine de l'éducation et de la culture, qui ne sont pas membres de la MUTEK paient 15 000 FCFA et toutes les autres personnes, 18 000 FCFA. Au titre du copaiement, tous les adhérents doivent acquitter un même forfait de 200 FCFA par consultation.

Le personnel de la mutuelle de Kolokani (Mali [2]) effectue des calculs actuariels basés sur le nombre moyen de cas de référence à l'hôpital par mois, ce qui lui permet d'estimer les coûts attendus et leur affectation (voir encadré 8). La mutuelle du Gonja Ouest (Ghana [1]) reconnaît que sa procédure de fixation des cotisations n'est pas idéale, en partie en raison du manque de données fiables. Elle tente de combler cette lacune en augmentant ses cotisations durant le courant de l'année, lorsque les projections de coûts laissent prévoir un déficit.

En général, la procédure de fixation des taux de cotisation demande davantage d'attention, car la viabilité des mutuelles en dépend. L'annexe 4 présente un exemple simple de calcul des taux de cotisation pour une mutuelle.

c) La détermination des bénéficiaires

Le fait qu'un grand nombre de mutuelles offre

⁵¹ Comme noté précédemment, cet exemple d'adhésion mutualiste par parrainage illustre comment les gouvernements pourraient subventionner la santé des plus pauvres en payant leurs cotisations.

des prestations relatives aux gros risques – 37 mutuelles ne garantissent que l'hospitalisation, alors que 15 autres couvrent à la fois les SSP et les niveaux de soins supérieurs, y compris l'hospitalisation – montre que beaucoup d'entre elles estiment que ces services sont les plus intéressants à proposer, à la fois financièrement et en termes de facilité de gestion, même s'ils ne sont pas toujours les plus demandés ⁵².

A ce sujet, l'approche originale et différente adoptée par les systèmes CPH (Nigéria [1, 2]) mérite d'être soulignée. En concertation avec les communautés concernées, ces mutuelles ont établi une liste des 10 premiers problèmes ou besoins prioritaires à traiter dans le but d'améliorer la situation sanitaire de la communauté. Elles ont concentré ensuite leurs interventions sur la fourniture de soins de qualité à un prix abordable destinés à répondre à ces besoins prioritaires. Le mécanisme de financement n'est pas l'assurance mais repose sur une souscription à une tierce partie avec l'octroi de tarifs réduits. Cela, combinée avec une adhésion collective à travers les associations et avec le rôle de garde-fou joué par les responsables de ces associations, permet de minimiser le risque moral qui est toujours fort pour ce type de prestations.

d) Le marketing et la communication

Il ressort des résultats de la recherche que seules 10 mutuelles ont signalé avoir entrepris, avant de démarrer leurs activités, des enquêtes en vue d'identifier précisément les services dont le groupe cible a besoin. Le marketing consiste habituellement en la distribution de brochures d'informations et l'organisation de campagnes pour expliquer les principes de fonctionnement du système et ses modalités de prise en charge. Les mutuelles ont rarement, sinon jamais, mené des enquêtes auprès des utilisateurs afin de mieux adapter les services à la demande, et aucune enquête de satisfaction des membres n'a été signalée ⁵³.

e) La gestion des fonds de la mutuelle

Certaines mutuelles (Ghana [1], Nigéria [1, 2, 3] et Sénégal [1]) font fructifier leurs fonds en les déposant dans un compte de dépôt. Le

⁵² Là où les services ont été définis en concertation avec la communauté comme (Nigéria [1, 2]), ils ne sont pas toujours liés aux gros risques.

⁵³ Ces résultats sont identiques à ceux trouvés par Bennett, Creese et Monasch (1998).

CPH de Lawson (Nigéria [2]) s'engage dans des activités de mobilisation de ressources, avec le soutien des partenaires au développement et de la communauté, afin de disposer de revenus supplémentaires. La recherche d'investissements permettant aux mutuelles d'augmenter leurs protections contre l'inflation et d'autres problèmes, revêt une grande importance. C'est en particulier le cas pour les mutuelles qui perçoivent leurs cotisations sur une base saisonnière, par exemple, après les récoltes, pour celles qui disposent de liquidités importantes ou pour celles qui couvrent des maladies saisonnières comme le paludisme.

f) La tenue des registres

Les responsables des mutuelles ne sont pas toujours conscients de l'importance d'une tenue correcte et à jour des registres et documents comptables ⁵⁴. La mutuelle des Volontaires de l'éducation (Sénégal [1]) est l'une des nombreuses mutuelles qui ont indiqué tenir régulièrement ces documents. Elle dispose d'un ordinateur mais ne l'utilise pas de façon optimale pour cette tâche.

Dans un grand nombre de mutuelles, les documents sont tenus manuellement, ce qui ne constitue pas un problème dans la plupart des cas, car ces organisations sont souvent de petite taille, et la simplicité administrative est l'une de leurs caractéristiques et avantages comparatifs. Cependant, il faut beaucoup d'attention et de temps, si l'enregistrement est manuel, pour mettre à jour les documents sans faire d'erreurs. La mutuelle de Lalane Diassap (Sénégal [3]) a indiqué que le manque de locaux contribue à la tenue médiocre des registres. Le centre de santé MUTEK (Mali [1]) tient des registres des adhérents, mais il semble qu'ils ne sont pas à jour, ce qui illustre un autre problème assez courant: les gens quittent la mutuelle, ne renouvellent pas leur adhésion, sont mutés ou décèdent, sans que la fin d'adhésion ne soit enregistrée. Cette

⁵⁴ Une question distincte mais connexe est de savoir si les responsables utilisent vraiment la comptabilité et les autres données, quand elles sont disponibles, pour prendre des décisions. Seules des investigations supplémentaires pourraient apporter une réponse à cette question.

⁵⁵ Une explication également plausible est que les mutuelles ne sont pas informées des changements intervenus dans les familles car les membres ne les communiquent pas. Les responsables des mutuelles devraient effectuer des travaux de vérification périodiques mais la plupart d'entre eux n'accordent pas à cette tâche une attention suffisante.

situation est due au fait que les mutuelles n'accordent pas suffisamment d'attention à cette information ou manquent de temps et de moyens pour la collecter ⁵⁵.

MUGEF-CI (Côte d'Ivoire [6]), la mutuelle la plus importante de l'étude en termes d'effectif, a tenu de façon médiocre ses registres jusqu'en 1994, année à partir de laquelle elle a entrepris de mettre à jour ses documents.

Même avec un système de gestion informatisé, la qualité et la fiabilité des données ne sont pas garanties. La mutuelle COWAN (Nigéria [1]) a des registres informatisés mais leur qualité est sujette à caution. La mutuelle du Gonja Ouest (Ghana [1]) dispose des meilleurs systèmes de gestion informatisés. Cependant, ce système n'enregistre pas encore toutes les informations pertinentes.

g) La comptabilité et la tenue des livres comptables

La situation de la comptabilité et de la tenue des documents comptables est semblable à celle décrite ci-dessus. Alors que certaines mutuelles préparent des relevés périodiques de recettes et de dépenses, ce qui implique un traitement des informations contenues dans les documents comptables, peu d'entre elles sont capables d'utiliser les principaux instruments d'analyse financière, en particulier les comptes de résultats et les bilans.

Parmi les raisons qui expliquent cette situation, on peut citer:

- i un manque de connaissance des outils comptables et de gestion financière utilisables et de leur intérêt, y compris l'opinion non fondée, selon laquelle ils ne sont applicables que dans les entreprises commerciales;
- i un manque de motivation de la part des responsables et des membres pour veiller à ce que ces outils soient utilisés systématiquement;
- i l'absence de système comptable suffisamment adapté aux mutuelles;
- i dans certains cas, une volonté de la part des responsables de rendre la gestion peu transparente.

Ces lacunes peuvent affecter la gestion démocratique des organisations, rendre les contrôles et les évaluations impossibles, limiter les relations des mutuelles avec les tiers, et

remettre en question l'utilité d'une législation sur les mutuelles (à moins que la loi ne cherche à améliorer la situation en exigeant, par exemple, le dépôt et l'audit des comptes).

L'élaboration périodique des états financiers est indispensable si les mutuelles veulent évaluer leur situation financière et établir, sur la base des évolutions, des plans et projections pour le futur. Ces outils sont également nécessaires pour apprécier les résultats des mutuelles en utilisant des instruments d'évaluation comme ceux développés par le programme BIT-ACOPAM/WSM-ANMC.

Indicateurs de résultats financiers

Les données requises pour permettre une évaluation précise des mutuelles ne sont disponibles que pour quelques mutuelles (Sénégal [1, 2, 3], Mali [1], Ghana [1] et Bénin [1, 2]). Le tableau 12 présente les indicateurs calculés sur la base des données rassemblées par les études de cas. Il montre que les ratios cotisations/prestations et cotisations dues/cotisations payées du centre de santé MUTEK (Mali [1]) ne sont pas bons. Les deux résultats sont liés car le faible taux de recouvrement des cotisations résulte de la faible compréhension, par les utilisateurs, du système de santé mutualiste du centre, la plus grande partie d'entre eux (80 pour cent) préférant un paiement direct pour les raisons examinées précédemment.

À côté des cas exceptionnels (Sénégal [1]) et (Ghana [1]), le paiement des cotisations apparaît comme étant un problème très délicat. Grâce au prélèvement automatique à la source, aucune cotisation n'est due par les membres de la mutuelle des Volontaires de l'éducation (Sénégal [1]). L'absence totale de défaillance observée dans le cas du Gonja Ouest (Ghana [1]) se révèle trompeuse, car les membres du système sont définis comme ceux qui ont payé leurs cotisations pour l'année en cours, et quiconque n'a pas renouvelé son inscription est automatiquement exclu de la mutuelle.

Les mutuelles du Bénin paraissent avoir, en général, un ratio cotisations/dépenses favorable, à l'exception de la mutuelle de Sanson en 1995-96, mais leurs ratios coûts administratifs/ressources sont considérablement au-dessus des valeurs généralement

Tableau 12. Indicateurs de résultats financiers

Mutuelles/date des données	Ratios cotisations/prestations	Ratios cotisations dues/cotisations payées	Ratios coûts administratifs/revenus
Volontaires de l'éducation (Sénégal [1]), 1997	1,9	0 (les cotisations sont prélevées à la source)	11%
FAGGU (Sénégal [2]), 1997	1996: environ 1,52 1997: 1,12	1996: environ 75% 1997: 59% de cotisations dues	20% (paiements aux membres du bureau)
UCGM Sirarou (Bénin [1]), 1995-96, 1996-97	1995-96: 1,54 1996-97: 1,10	Non disponible	1995-96: 22% 1996-97: 19%
UCGM Sanson (Bénin [2]), 1995-96, 1996-97	1995-96: 0,87 1996-97: 1,24	Non disponible	1995-96: 44% 1996-97: 25%
Lalane Diassap (Sénégal [3]), 1996	1996: 1,78 1997: 1,46	40% de cotisations dues	Probablement très bas: pas de locaux ni de rémunération du personnel ou des membres du bureau
Centre de santé MUTEK (Mali [1]), 1994-95, 1996	1994: 54,6% 1995: 35,4% 1996: 15,8%	Taux de recouvrement des cotisations de 20% jusqu'en 1996	Non disponible
Gonja Ouest (Ghana [1]), 1996	0,85	0 (toute personne qui ne renouvelle pas son adhésion est automatiquement radiée)	27% ¹

Note: ¹ Cela est dû aux frais exceptionnels enregistrés à la suite des campagnes de sensibilisation menées dans des zones d'accès particulièrement difficiles, alors que la mutuelle se trouvait en phase initiale d'expansion.

recommandées. Cela pourrait être dû, en partie, à la jeunesse des mutuelles ainsi qu'aux coûts élevés des campagnes de sensibilisation et de mobilisation des membres.

En ce qui concerne la situation du recouvrement des cotisations dans les autres mutuelles inventoriées, alors que 34 (79 pour cent) ont des cotisations impayées, neuf (21 pour cent) n'ont pas d'arriérés. En d'autres termes, environ quatre cinquièmes des mutuelles inventoriées, pour lesquelles des données étaient disponibles, ont signalé des arriérés de cotisations, variables dans leur durée et leur montant. Cela renforce les éléments d'analyse présentés dans la partie traitant de la mobilisation des ressources.

On ne dispose que de très peu d'informations sur les mesures prises par les mutuelles pour enrayer le retard de paiement des cotisations. Dans les mutuelles pour lesquelles l'information

est disponible, soit il n'existe pas de mesures spécifiques, soit il est donné un délai de grâce de quelques mois, soit il est procédé à une exclusion immédiate du membre retardataire (cette mesure s'applique habituellement en cas de paiement annuel). Dans le cas de Lalane Diassap (Sénégal [3]), par exemple, on donne aux membres un délai de trois mois avant d'engager une action, ensuite, les prestations sont réduites à hauteur du niveau des cotisations déjà versées (voir encadré 11). Dans la mutuelle du Gonja Ouest (Ghana [1]), tout membre qui ne paie pas sa prime annuelle est immédiatement exclu.

Le tableau 13 présente les taux d'utilisation et les coûts moyens par catégorie d'intervention pour les deux mutuelles du Sud Borgou (Bénin [1, 2]). Il illustre clairement le type de données très importantes qu'une tenue régulière et satisfaisante des registres peut procurer. Ces données permettent à la direction

Encadré 11. Les fonds de solidarité des enseignants (Ghana [2]): un cas d'autosuffisance

L'Association nationale des enseignants du Ghana est une association professionnelle qui regroupe tous les enseignants du pays. Les enseignants, qui sont automatiquement membres de l'association, sont plus de 150 000 et se trouvent dans les villes, villages et hameaux.

Les fonds de solidarité des enseignants (Ghana [2]) sont complètement autosuffisants, même si leur activité en matière d'assurance maladie, qui principalement complète les soins de santé gratuits offerts par l'État aux enseignants et leurs familles, n'est pas encore d'une grande importance, en volume de dépenses, au sein des différents domaines d'assistance sociale.

À l'origine, ces fonds ont été mis en place pour aider les membres à surmonter des moments difficiles dus à des événements nécessitant une assistance financière, comme les funérailles d'un membre ou de ses proches parents. Grâce à une politique de décentralisation, chaque branche de l'Association nationale des enseignants du Ghana, dans un district, fait fonctionner son propre fonds social indépendamment de l'association nationale. C'est là, la véritable force du système. Chaque branche définit ses prestations et prélève les cotisations correspondantes à partir de décisions collectives prises au niveau de la section locale de l'association, laquelle cherche à assurer la durabilité des services. Il n'y a pas de subventions de la part de l'association nationale ni d'autres sources. Une autre force du système est le fait que tous les enseignants ont un niveau d'éducation significatif et possèdent des compétences qui facilitent non seulement une bonne participation mais aussi une bonne gestion.

Récemment, le gouvernement a commencé à réduire les dépenses de santé dans le secteur public, en plafonnant les dépenses par personne ou par famille, tendant ainsi à exclure certains services de santé de la couverture gratuite. Cela a amené certains enseignants à prélever sur leur fonds social pour compenser les effets de cette nouvelle mesure ou, dans quelques cas, pour obtenir une meilleure qualité de soins que celle offerte par les structures publiques. Toutefois, le niveau de ressources affectées aux soins de santé reste encore faible par rapport à celui des autres prestations sociales.

Dans le district de Kintampo, dans la région de Brong Ahafo, on estime que le fonds compte environ 1000 membres en tenant compte de tous les enseignants du district et du personnel de secrétariat de l'association. À l'admission à l'hôpital ou dans une «clinique de pharmacopée», les membres ou les ayants droit familiaux reçoivent une assistance financière du fonds social. Le montant de cette assistance était en révision au moment de la réalisation de l'étude. La cotisation pour les membres du fonds du district de Kintampo s'élève à 500 cédis (0,22 US\$) par mois, ce qui est relativement faible et à la portée de toutes les catégories d'enseignants.

Source: Etude de cas au Ghana.

de la mutuelle d'analyser et de comparer les taux d'utilisation et les coûts moyens de différentes structures sanitaires pour déterminer s'il y a des disparités significatives entre elles. Si de telles différences existent, comme dans le cas présent, les causes doivent en être analysées et des actions peuvent être entreprises pour les réduire ou les éliminer.

Dans les deux mutuelles décrites dans le tableau 13, l'évolution des taux d'utilisation et des coûts moyens se distingue de façon marquée. Pour les interventions au niveau de l'hôpital, l'utilisation est beaucoup plus élevée à Sanson qu'à Sirarou. De plus, à Sanson plus de 90% des interventions ont lieu au niveau du complexe de santé communal alors que le recours à l'hôpital de référence est relativement rare. Enfin, il faut noter le taux bien plus élevé d'accouchements couverts par la mutuelle de Sanson.

Comment ces informations doivent-elles être interprétées? Les taux d'utilisation observés à différents niveaux reflètent, en partie, le fait que l'hôpital de référence pour les deux mutuelles se situe à Sirarou. Ces différences se traduisent, à leur tour, en termes de coûts moyens des interventions. Au niveau des complexes de santé communaux, les coûts ne sont pas fondamentalement différents. Cependant, au niveau de l'hôpital de référence, les écarts de coûts sont importants: les coûts d'hospitalisation des membres de la mutuelle de Sanson étaient 2,2 fois plus élevés que ceux de Sirarou en 1996-97 et plus de 1,5 fois en 1997-98. Cela est dû principalement au fait que le complexe de santé communal de Sanson dispose de structures d'hospitalisation alors que celui de Sirarou n'en a pas. De ce fait, les membres de la mutuelle de Sirarou ont plus de chances d'être admis à l'hôpital que ceux de la

**Tableau 13. Les UCGM de Sirarou et de Sanson (Bénin [1, 2]):
taux d'utilisation et coûts des interventions**

Catégorie	Taux d'utilisation (%/100)						Coût moyen des interventions (FCFA)					
	1995-96		1996-97		1997-98		1995-96		1996-97		1997-98	
Au complexe de santé communal	Sirarou	Sanson	Sirarou	Sanson	Sirarou	Sanson	Sirarou	Sanson	Sirarou	Sanson	Sirarou	Sanson
Accouchement	7,5	125,7	23,7	49,7	18,1	50,0	7,863	3,850	2,872	4,232	3,375	4,269
Intervention mineure	3,8		10,2	7,9	21,9	19,6	1,090		1,860	2,375	1,969	2,773
Hospitalisation		70,7		81,5		125,0		1,722		1,423		1,270
Sous total	11,3	196,3	33,9	139,1	40,0	194,6	5,605	3,084	2,566	2,481	2,605	2,197
A l'hôpital de référence												
Accouchement			8,7	4,0	8,7	1,8			9,532	9,050	7,112	8,800
Interventions mineures			1,6		2,4				3,000		5,000	
Hospitalisation	52,6		54,4	4,0	58,8	16,1	6,557		8,990	20,200	9,051	14,050
Sous total	52,6		64,6	7,9	70,0	17,9	6,557		8,916	14,625	8,669	13,525
TOTAL	63,9	196,3	98,5	147,0	110,0	212,5	6,389	3,084	6,732	3,137	6,462	3,149
Nombre moyen de bénéficiaires	266	127	1,268	503	2,872	6,389						

Source: Etude de cas au Bénin.

mutuelle de Sanson, même pour des maladies de moindre importance, donc moins chères.

La différence entre les taux d'accouchements couverts par les deux mutuelles s'explique de la même manière. A Sanson, les membres féminins de la mutuelle qui ont besoin de services obstétriques ont tendance à utiliser le complexe de santé communal dont les installations sont jugées satisfaisantes, alors qu'à Sirarou, le personnel du complexe communal est uniquement masculin et les membres de la mutuelle ont moins souvent recours à ces structures.

Résumé sur la pérennité des mutuelles

Bien que les mutuelles possèdent certaines compétences administratives et de gestion, celles-ci ne sont généralement pas le résultat de formations propres à la conduite de ce type d'organisation. Des problèmes majeurs

demeurent en matière de développement institutionnel et de maîtrise par les mutuelles d'activités spécifiques, comme la fixation des taux de cotisations, la détermination des prestations, le marketing et la communication, l'utilisation de systèmes d'information sur la gestion, la détermination de l'opportunité et du coût des soins prodigués, les négociations contractuelles avec les prestataires, la comptabilité et la tenue des registres comptables, le contrôle, l'évaluation et le recouvrement des cotisations.

Les mutuelles ont aussi besoin de stratégies d'investissement appropriées pour protéger leurs fonds de l'érosion due à l'inflation. La responsabilité vis-à-vis des utilisateurs constitue un problème particulièrement grave dans les systèmes gérés par les prestataires où

il n'existe pas de structure de participation.

Très peu de données sont disponibles sur les aspects financiers du fonctionnement des mutuelles. Cela pourrait être un signe d'une résistance à la diffusion de telles informations, d'une utilisation insuffisante ou inadéquate des outils comptables ou de ces différents facteurs à la fois. Là où ces données existent, les résultats financiers sont faibles ou moyens. La question de la pérennité financière reste posée dans les cas où l'analyse est possible. Elle l'est davantage quand les données ne sont pas disponibles.

Gouvernance démocratique dans le secteur de la santé

Certaines mutuelles jouent un rôle actif de plaidoyer et de consultation au bénéfice de leurs membres dans le secteur de la santé dans son ensemble et dans les relations avec les prestataires de soins en particulier.

Les représentants de l'UCGM de Sirarou (Bénin [1]) ont rencontré le personnel de la direction de l'hôpital de référence auquel l'UCGM est liée pour discuter de l'amélioration des services de maternité. Cette mutuelle, et l'UCGM de Sanson (Bénin [2]), ont soulevé également auprès des autorités sanitaires les problèmes posés par les paiements parallèles (marché noir) et l'attitude peu serviable du personnel dans les structures de santé.

COWAN (Nigéria [1]) est une ONG qui possède ses propres cliniques dans la direction desquelles les membres sont représentés et plaident en faveur d'une amélioration des SSP.

Les systèmes CPH (Nigéria [2, 3]) sont conçus pour donner à la communauté une voix puissante dans l'amélioration de la qualité des soins par des contacts directs entre les représentants de la communauté et les prestataires. L'Union Ibughubu (Nigéria [4]) plaide aussi en faveur du système de soins de santé dans son village d'origine.

Le nombre important de mutuelles dans la région de Thiès et leur croissance relativement rapide leur donnent le pouvoir potentiel d'influencer les décisions dans le secteur de la santé de la zone. Cependant, les actions concertées à travers les organes de coordination des mutuelles commencent à peine, c'est pourquoi ce potentiel reste à exploiter.

Les cas présentés ci-dessus mettent en évidence que les mutuelles donnent aux communautés la possibilité d'influencer directement le comportement des prestataires de soins et de contribuer à la gouvernance du secteur. C'est sans aucun doute l'un des rôles les plus importants pouvant être joué par ces organisations au niveau du secteur de la santé d'un pays, d'une région ou d'un district. Il en résulte des avantages potentiellement importants pour tous: patients, prestataires, autorités et communautés.



Chapitre 3

CONCLUSIONS, CONSÉQUENCES ET RECOMMANDATIONS POUR LES ACTEURS CLÉS

Cette section présente d'abord quelques observations et conclusions générales qui ressortent de l'étude. Elle propose ensuite des conclusions en rapport avec les six critères sélectionnés pour évaluer les contributions des mutuelles de santé ⁵⁶. Enfin, elle dégage des enseignements et recommandations pour les différentes catégories d'acteurs clés.

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Observations générales

- i L'étude présente l'analyse quantitative et qualitative la plus vaste menée sur les mutuelles de santé en AOC. Environ 70 initiatives ont été étudiées.
- i L'étude est aussi la première du genre à avoir examiné de manière concomitante des expériences de mutuelles de pays francophones et anglophones.
- i L'éclairage donné par cette étude aux contraintes et problèmes rencontrés par les mutuelles permet l'identification de facteurs favorables ou de conditions préalables à leur réussite.
- i L'étude n'a pas analysé les différentes stratégies de soutien et de promotion des mutuelles, par conséquent, il n'est pas possible de tirer des conclusions définitives à ce sujet. Cependant, quelques recommandations provisoires concernant les principes généraux ou les lignes directrices à suivre dans ce domaine ont été formulées.

⁵⁶ Cette section ne fait pas la distinction entre *mutuelles* et *quasi-mutuelles*, mais se concentre sur les premières.

Conclusions générales

- i Les mutuelles identifiées et étudiées sont de création récente. Dans la plupart des cas elles ont moins de trois ans. Le mouvement mutualiste peut donc être qualifié d'émergent dans cette région.
- i L'environnement légal et institutionnel des mutuelles est caractérisé, principalement, par l'intérêt que les gouvernements ont pour le potentiel de ces organisations, par la faible régulation externe dont elles font l'objet, par la présence d'institutions de promotion et par des contraintes liées au manque d'autonomie des structures locales de soins.
- i L'impact des mutuelles sur le financement, la fourniture et l'accès aux soins de santé en AOC est relativement limité. Cela est dû en partie au nombre restreint de mutuelles et à leur petite taille. Toutefois leur potentiel apparaît comme considérable.
- i A travers les mutuelles, les personnes pauvres qui ne disposent que de peu ou pas d'épargne, peuvent obtenir, en mobilisant des contributions faibles et en se regroupant, l'accès à des soins de santé d'une qualité convenable.
- i La multiplicité des expériences mutualistes et les dynamiques dégagées montrent qu'il n'y a pas de formule miracle ou un mode particulier de fonctionnement à promouvoir. Toutefois, les principes généraux d'un bon fonctionnement d'une assurance maladie et d'une gestion saine sont utilisables dans la plupart des cas.
- i Toute évaluation globale des mutuelles doit tenir compte de la diversité et de l'ampleur des problèmes qu'elles tentent de résoudre. Beaucoup d'entre elles sont créées pour

fournir, à leurs membres, une multiplicité de services qui s'insèrent dans une stratégie globale de lutte contre la pauvreté. Elles sont un instrument de protection sociale pour les populations qui ne bénéficient pas des régimes officiels de sécurité sociale. Dans certains cas, elles peuvent également compléter les régimes existants.

CONCLUSIONS SPÉCIFIQUES RELATIVES AUX CRITÈRES D'ÉVALUATION

Contribution à la mobilisation des ressources

La conclusion principale, en ce qui concerne la mobilisation des ressources, est que la contribution actuelle des mutuelles dans ce domaine est limitée. Toutefois, leur potentiel dans ce domaine est important, si l'on tient compte que cette contribution reflète la relative faiblesse du montant des cotisations et des taux de recouvrement, une pénétration réduite des groupes cibles, un marketing insuffisant, une collecte des cotisations non synchronisée avec les périodes de perception des revenus, etc. De plus, les individus effectuent des dépenses significatives à travers des circuits parallèles pour accéder aux soins dans les structures sanitaires publiques. Ils effectuent également des dépenses pour les paiements à l'acte, à l'occasion des consultations des tradipraticiens ou de l'achat des médicaments. Si la conception des mutuelles, et d'autres éléments, pouvaient être améliorées, une plus grande partie de ces dépenses pourrait vraisemblablement être canalisée à travers ces organisations.

Contribution à l'efficience

Les mutuelles semblent avoir le potentiel pour influencer, de façon significative, l'efficience dans le secteur de la santé. Pour ce faire, elles doivent mettre à profit l'éventail des techniques et modalités d'organisation disponibles, ce qu'elles ne font pas complètement aujourd'hui.

Les principales conclusions de l'étude sont les suivantes:

- i Certaines techniques et modalités d'organisation propices à la réussite des systèmes ont été observées. Elles comprennent les périodes d'observation pour les nouveaux membres, le contrôle social pour éviter les

abus, les copaiements et les plafonds sur les montants garantis, et un certain niveau d'adhésion obligatoire au sein de la famille, de l'association ou du groupe cible, qui assure l'extension des adhésions au-delà de ceux qui souhaitent s'affilier volontairement.

- i En général, les mutuelles manquent de pouvoir de négociation et de capacités de gestion pour adopter les mécanismes de paiement des prestataires les plus efficaces. Dans de nombreux cas, le choix des prestataires est trop restreint pour rendre possible cette négociation.
- i Les mutuelles pourraient fournir une meilleure contribution à l'efficience dans l'allocation des ressources au sein du secteur de la santé en encourageant un meilleur usage des services de prévention et de promotion, notamment en ayant recours à un mécanisme de référence obligatoire.

Contribution à l'équité

Les mutuelles permettent aux personnes du secteur informel urbain et rural, qui profitent peu des soins prodigués ou subventionnés par l'Etat, d'avoir un meilleur accès aux services de santé. Cependant, à l'intérieur de leurs groupes cibles, la contribution des mutuelles de l'AOC à l'équité est marquée par les mêmes caractéristiques que celles relevées par Bennett, Creese et Monasch (1998) dans leur étude, à savoir:

- i Elles utilisent en général des cotisations d'un montant fixe. Il ressort de cette étude que la difficulté de mise en place de cotisations variables dans le secteur informel justifie l'adoption d'un système de primes uniformes, considéré comme plus efficace, même si ce n'est pas l'approche la plus équitable.
- i Elles accordent rarement des exemptions aux personnes très pauvres. La fourniture de soins de santé pour les personnes très démunies est considérée comme un domaine légitime des politiques publiques, non de l'intervention des mutuelles. De plus, en aidant une partie de la population à payer et à accéder à des soins de qualité, les mutuelles permettent au secteur public de cibler ses ressources sur ceux qui en ont le plus besoin.
- i Elles ne prévoient pas de paiement de cotisations en nature, même dans les zones rurales. Si cela n'est pas critiquable en soi, dans des organisations qui sont gérées de

manière démocratique, les membres devraient pouvoir, s'ils le souhaitent, opter pour ce type de paiement.

Contribution à l'amélioration de la qualité

Les mutuelles ont tendance à s'établir autour d'un prestataire qui offre des soins de qualité acceptable à leurs membres. Cette qualité est habituellement mesurée en termes de temps d'attente, de comportement du personnel envers les patients et de disponibilité des médicaments. L'existence de services de bonne qualité est nécessaire pour une meilleure pénétration des groupes cibles, car peu de gens sont prêts à adhérer à une mutuelle pour bénéficier de soins de qualité médiocre.

Pour ce qui est des autres critères de qualité des soins, comme ceux relatifs aux prescriptions et traitements donnés aux membres, l'impact des mutuelles de l'AOC est difficile à déterminer, malgré leur potentiel considérable en la matière. Les mutuelles qui offrent des prestations sous forme de paiements de services de santé entrent en négociation avec les prestataires sur les tarifs. Par contre, peu d'entre elles sont en mesure d'utiliser leur fonction de représentation d'utilisateurs organisés pour négocier la qualité des soins prodigués à leurs membres. Cela montre la relative faiblesse de beaucoup de ces organisations, sans doute liée, en partie, à leur jeunesse et à leur taille réduite. En outre, les mutuelles étudiées n'effectuent pas de contrôle sur l'opportunité des soins prodigués aux membres et sur leur tarification. L'explication, déjà mentionnée, d'un manque de pouvoir de négociation s'applique aussi ici, bien qu'un autre facteur important soit le manque de compétences requises.

En l'absence de services de bonne qualité, les mutuelles peuvent aider à l'amélioration de la qualité des services existants, par exemple en simplifiant la planification budgétaire des structures de soins ou en organisant des discussions avec les prestataires comme le fait une mutuelle du Sud Borgou au Bénin ou même en créant leurs propres structures sanitaires s'il n'existe pas d'autre alternative. Dans ce dernier cas, le maintien d'une séparation dans la gestion des deux types d'activités (assurance et offre de soins) devrait contribuer à plus d'efficacité.

Contribution à l'accès aux soins de santé

Seules les mutuelles pour lesquelles l'adhésion est obligatoire et celles dont le groupe cible est très réduit et soudé ont un taux de pénétration élevé (entre 50 et 100 pour cent). Les causes principales de la faible pénétration des groupes cibles paraissent liées à l'insuffisance du marketing, à la mauvaise qualité des services et, dans de nombreux cas, à la nouveauté du concept d'assurance santé. Il faut noter également que de nombreuses personnes ont la tendance naturelle, face à leurs contraintes économiques présentes, de consacrer d'abord leurs ressources à leurs besoins quotidiens plutôt qu'à la prévision d'un risque de maladie future.

Peu de mutuelles entreprennent, avant de démarrer leurs activités, des études pour établir quels sont les services dont le groupe cible a besoin. Leur marketing est principalement constitué par la diffusion de brochures et par des campagnes pour expliquer les principes de fonctionnement du système et les prestations qu'il offre. Un nombre réduit de mutuelles réalisent, au cours de leur phase de développement, des études auprès des utilisateurs en vue de mieux adapter les services à la demande, et aucune n'a signalé avoir entrepris des études de satisfaction des membres.

Aucune mutuelle, même dans les zones rurales, n'autorise le versement des cotisations en nature. Dans l'ensemble, les montants des cotisations semblent être raisonnables par rapport aux niveaux des revenus.

Contribution à la pérennité

En raison de la jeunesse des mutuelles et du fait que l'étude ne s'est intéressée qu'aux prestations de santé offertes par ces organisations, les résultats et conclusions sur la pérennité doivent être considérés avec prudence. L'étude a mis en évidence des pratiques et caractéristiques des mutuelles qui favorisent ou non leur pérennité. L'impact réel de ces éléments sur les mutuelles et, plus généralement, la possibilité de remédier aux contraintes et imperfections de ces organisations dépendront, en dernier ressort, de la totalité des services qu'elles offrent et de l'expérience qu'elles accumuleront.

Alors que les mutuelles possèdent certaines compétences administratives et de gestion, celles-ci ne sont pas liées à des formations spécifiques à ce type d'organisation. Des problèmes majeurs demeurent en matière de développement institutionnel et de compétences pour conduire des tâches comme la fixation des montants de cotisations, la détermination du paquet de prestations, le marketing et la communication, l'utilisation de systèmes d'information sur la gestion, le contrôle de l'opportunité et du prix des soins prodigués, la négociation contractuelle avec les prestataires, l'organisation et la tenue des livres comptables, le contrôle, les évaluations ainsi que le recouvrement des cotisations. Les mutuelles ont besoin de stratégies d'investissement appropriées pour protéger leurs fonds de l'érosion due à l'inflation. La responsabilité vis-à-vis des utilisateurs est un problème particulièrement sérieux dans les systèmes gérés directement par les prestataires de soins, où il n'existe aucun mécanisme de participation.

Contribution à la gouvernance démocratique du secteur de la santé

Il s'agit ici de l'importante question de l'influence directe des communautés sur le comportement des prestataires de soins et des autorités sanitaires. Le rôle que quelques mutuelles jouent dans la gouvernance démocratique du secteur de la santé n'était que faiblement ou pas assumé auparavant. Cette contribution constitue l'un des apports les plus importants des mutuelles au secteur de la santé de leurs pays, régions ou districts.

ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS

Cette section présente les enseignements tirés de l'étude et destinés aux différents acteurs impliqués dans la promotion, l'organisation et le développement des mutuelles de santé. La dernière partie de cette section propose des recommandations particulières adressées aux institutions impliquées dans la réalisation de l'étude.

Les mutuelles de santé

Bien que les objectifs de l'étude n'aient pas permis une analyse approfondie de la dynamique sociale portée par les mutuelles,

cette dimension reste importante. En tant que produit de la démocratisation récente de la société en Afrique et de l'épanouissement des organisations civiques sur ce continent, les mutuelles apportent une contribution importante et variée à la vie sociale et à la société civile de leur pays. L'attention doit être attirée sur le besoin constant de renforcement de cette contribution. Dans le cas des mutuelles gérées par les prestataires, par exemple, cela implique le renforcement de la participation et des responsabilités de la communauté.

Les autres enseignements importants ressortant de l'étude qui pourraient se révéler utiles aux responsables et gestionnaires des mutuelles, sont présentés ci-dessous.

- i Les modalités de fonctionnement qui favorisent la réussite des systèmes sont basées sur l'emploi de techniques efficaces et intégrées de gestion du risque comme:
 - j L'utilisation d'une référence obligatoire pour les membres qui demandent des soins d'un échelon secondaire ou supérieur, cela afin de limiter le risque moral et d'améliorer l'efficacité dans l'allocation des ressources au sein du secteur de la santé.
 - j La mise en place d'un mécanisme d'adhésion obligatoire, lorsque cela est possible, pour éliminer le danger de sélection adverse.
 - j L'instauration, là où l'adhésion obligatoire n'est pas envisageable ou est inacceptable, de formules d'adhésion basées non sur les individus, mais sur des associations ou groupements existants ayant une tradition de solidarité.
 - j Le choix de la famille plutôt que de l'individu comme unité de base d'adhésion lorsque celle-ci est totalement volontaire.
 - j L'imposition, pour les nouveaux membres, d'une période d'observation dont la durée est proportionnelle au risque encouru. Cette mesure est utile en particulier dans les systèmes où les nouvelles adhésions peuvent se faire tout au long de l'année.
 - j L'introduction de politiques de médicaments essentiels et génériques dans

les accords avec les prestataires pour les mutuelles qui offrent, dans leurs prestations, le remboursement des médicaments. Le respect de la prescription de ces médicaments doit apparaître comme une condition de paiement des factures des prestataires.

- j Le recours au système de paiement par capitation. Le système de paiement des prestataires est l'un des instruments les plus importants à la disposition des mutuelles pour maîtriser les coûts et promouvoir l'efficacité dans le secteur de la santé. Le système de paiement par capitation offre les meilleures chances de parvenir à cette maîtrise quand il existe un choix de prestataires de bonne qualité. Même avec un système de paiement à l'acte, les mutuelles peuvent négocier certains arrangements qui réduisent les incitations des prestataires à augmenter les prix. A long terme, les mutuelles auront besoin d'investir dans l'apprentissage de techniques de gestion des soins, par exemple les bilans d'utilisation, les bilans rétrospectifs et les audits, pour maîtriser les coûts sans affecter la qualité.
- j L'organisation des prestations de manière à intégrer ou promouvoir l'utilisation de services préventifs et de promotion pour réduire les coûts et améliorer l'efficacité du secteur de la santé.
- i Les mutuelles doivent impliquer le personnel de santé de base dans leur organisation pour renforcer ou améliorer la responsabilité des prestataires envers la communauté.
- i Les mutuelles ne peuvent pas contribuer à l'amélioration de la qualité dans le secteur de la santé si elles n'ont pas de contacts directs avec les prestataires, en particulier via les mécanismes de paiement. Les accords sur les modalités de paiement fournissent le meilleur moyen d'influencer le comportement des prestataires et, de ce fait, la qualité des soins. Les mutuelles ont intérêt à traiter certains facteurs de la qualité dans leur négociation avec les prestataires, par exemple, pour établir des normes relatives aux temps d'attente ou à l'attitude du personnel à l'égard des patients, plutôt que de limiter ces négociations aux tarifs, comme c'est souvent le cas actuellement.
- i Presque aucune mutuelle de la sous-région n'est capable de contrôler la qualité médicale et l'opportunité des soins prodigués aux membres. Les mutuelles ont besoin de développer de telles capacités pour améliorer leurs services aux membres, pour contribuer à l'efficacité et faire baisser les coûts des soins. Seul un personnel médical et pharmaceutique suffisamment qualifié peut mener ce type de contrôle et discuter de ces questions avec les prestataires.
- i La faiblesse des taux de pénétration des groupes cibles constitue un motif d'inquiétude. Des investigations supplémentaires sont nécessaires pour en déterminer les causes et chercher les moyens d'y remédier. Un aspect structurel qui peut avoir une certaine influence ici est l'insuffisance du marketing: les mutuelles mènent rarement des études pour s'informer des souhaits des bénéficiaires avant la mise en place des systèmes. De ce fait, les prestations sont souvent définies sans consultation préalable et donc, ensuite, «vendues» ou expliquées aux groupes cibles.
- i L'analyse de la pérennité des mutuelles montre qu'elles ont besoin de renforcer leurs capacités institutionnelles, administratives et de gestion par la formation, d'accroître la responsabilité des membres, de procéder à des contrôles et évaluations, d'améliorer leurs compétences en matière de fixation des montants des cotisations, de tarification et de détermination des prestations, de passer des contrats avec les prestataires, de gérer mieux leurs fonds, et d'utiliser plus systématiquement les systèmes comptables.
- i Les mutuelles ont intérêt à développer des stratégies efficaces d'investissement de leurs fonds pour éviter que ceux-ci perdent de la valeur en cas de forte inflation.
- i Les mutuelles devraient renforcer la participation démocratique, par exemple, à travers la tenue régulière des assemblées générales annuelles, ce qui renforcerait, entre autres, leurs pouvoirs de négociation et leur permettraient de contribuer davantage à la gouvernance démocratique du secteur de la santé.
- i Le maintien de l'indépendance par rapport

aux prestataires de soins ou d'une séparation utilisateurs-prestataires, même quand les mutuelles ont leurs propres structures de soins, et le développement de relations contractuelles avec ces prestataires peuvent être des instruments importants pour influencer la qualité des soins et accroître l'efficacité du secteur de la santé (voir Toonen, 1995, pour un exemple en Amérique latine).

- i Les mutuelles ont avantage à instaurer un dialogue régulier avec leurs membres et veiller à la transparence de leur gestion. Il est souhaitable, par exemple, d'utiliser un langage non technique dans les documents et comptes-rendus des réunions afin que tous les membres puissent participer aux discussions. L'établissement de rapports financiers réguliers et précis est également souhaitable.
- i Les mutuelles ont besoin de développer des contacts entre elles (sur le modèle de ce qui peut être observé dans la région de Thiès) pour partager et échanger les expériences, pour développer leur représentation et capacité de dialogue, ce qui peut améliorer leur pouvoir de négociation.
- i Les mutuelles doivent améliorer la tenue de leurs registres, entretenir des systèmes comptables sains et fiables, et analyser régulièrement leur situation financière en utilisant des outils comptables appropriés pour ce type d'organisation.

Les promoteurs

Les promoteurs peuvent être des institutions de soutien technique, des mouvements sociaux, des agences de coopération, des gouvernements, des prestataires ou des collectifs de mutuelles dans une zone donnée. De ce fait, les éléments adressés à chaque type de promoteurs peuvent être trouvés dans les recommandations qui leurs sont destinées spécifiquement dans la présente sous-section. La connaissance des propositions destinées aux mutuelles est également utile à tous leurs promoteurs.

Les autres recommandations pour les promoteurs sont les suivantes:

- i Les questions relatives à la pérennité des mutuelles nécessitent une attention particulière des promoteurs. D'abord parce que la formulation de réponses efficaces à ces questions peut dépasser les seules capacités

des mutuelles, et ensuite parce qu'elles conditionnent la réussite à long terme. Les promoteurs doivent consacrer la plupart de leurs efforts non seulement à appuyer la création des mutuelles, mais aussi à les doter des compétences et outils mentionnés précédemment.

- i Les promoteurs devraient considérer le renforcement des capacités comme un processus large comprenant des cours universitaires en économie de la santé, une information sur le financement des soins de santé pour les professionnels de la santé et des Programmes de formation d'un niveau élevé en santé publique et en financement de la santé à l'intérieur des pays ou à l'étranger.
- i Les promoteurs ont intérêt à prêter une forte attention au renforcement de la participation démocratique au sein des mutuelles, à la contribution de ces dernières au développement de la société civile et à la bonne gouvernance du secteur de la santé.
- i Il est souhaitable que l'hôpital au niveau du district, les systèmes d'épargne-crédit, et les associations existantes (syndicats, coopératives, groupements paysans, etc.) soient considérés comme des groupes cibles des activités de soutien aux mutuelles.
- i Les promoteurs doivent avoir une approche réellement participative pour permettre aux mutuelles de prendre des responsabilités dès le départ. Il est préférable que les mutuelles acquièrent les capacités nécessaires pour résoudre leurs propres problèmes plutôt que d'autres les résolvent à leur place.
- i Le référentiel méthodologique de la promotion des mutuelles de santé dans son ensemble a toujours besoin d'être développé et étendu. Davantage de recherche-action, de capitalisation et de diffusion des acquis sont nécessaires. Les promoteurs ont besoin d'échanger leurs expériences, de coordonner leurs activités et de disposer d'informations pour analyser leurs pratiques et leurs approches.
- i Pour être vraiment efficace la promotion des mutuelles de santé ne peut pas être limitée à celle des institutions mutualistes elles-mêmes. Elle doit aussi s'intéresser à l'offre de soins. Cela signifie que les promoteurs devraient favoriser la qualité des soins grâce à une interaction avec les prestataires.

Les prestataires de soins

Traiter avec les mutuelles, qui sont des entités juridiques autonomes, nécessite des instruments nouveaux et un autre comportement de la part des prestataires. Dans les recommandations suivantes, les prestataires considérés se situent au moins au niveau de l'hôpital de district. Ces recommandations ne définissent pas des conditions préalables à la mise en place des mutuelles, mais plutôt des facteurs favorables au développement de ces organisations. Presque tous les prestataires peuvent suivre les deux premières recommandations sans investissement important. Les autres sont plus difficiles à mettre en pratique, étant donné les contraintes et conditions actuelles observées en AOC. Elles proposent des lignes directrices pour tous ceux, en particulier les décideurs politiques du secteur de la santé, qui souhaitent optimiser leur soutien aux mutuelles.

- i Les prestataires peuvent faciliter le développement des mutuelles ou le retarder selon l'attitude qu'ils adoptent à leur égard. Le personnel peut, dans certains cas, avoir besoin d'orientation ou de sensibilisation sur le développement des relations avec ces organisations.
- i Les prestataires peuvent entretenir des contacts réguliers et formels avec les mutuelles pour améliorer la qualité et l'efficacité de leurs services. Consulter régulièrement les mutuelles procure un aperçu utile de l'opinion de la communauté sur les services et permet de voir comment ceux-ci peuvent être améliorés au bénéfice mutuel des utilisateurs et du prestataire.
- i Les prestataires ont intérêt à passer des contrats avec les mutuelles. Cela suppose que cette possibilité leur soit accordée ou qu'ils disposent d'une personnalité morale.
- i Les prestataires ont besoin d'outils de marketing pour évaluer la satisfaction des utilisateurs et fournir les services que ceux-ci demandent.
- i L'adoption de clauses garantissant la qualité et figurant dans les contrats avec les mutuelles est à considérer par les prestataires.
- i Les prestataires ont besoin de savoir comment établir leurs tarifs de manière réaliste et comment offrir des réductions aux mutuelles

et aux groupes similaires d'utilisateurs. Dans le même esprit, les prestataires doivent être en mesure de négocier, avec des groupes d'utilisateurs informés, le choix des différents mécanismes de paiement, tels que la capitation, le paiement à l'acte ou le paiement par épisode de maladie.

- i Les prestataires qui disposent d'une autonomie de gestion, en particulier d'un plein contrôle sur leurs budgets et sur les tarifs, seront ceux qui auront les relations les plus satisfaisantes avec les mutuelles et qui profiteront le mieux de leur développement dans leur zone. Toutefois, les objectifs poursuivis par les mutuelles en matière de qualité et d'efficacité peuvent être, dans certains cas, à l'opposé de ceux des prestataires.

Les gouvernements, y compris les ministères de la Santé

Le soutien que les gouvernements peuvent apporter au développement des mutuelles de santé est présenté ci-dessous.

- i Les gouvernements peuvent mettre en place un cadre politique clair qui reconnaît et précise le rôle des mutuelles dans l'atteinte des objectifs de la politique nationale de santé et adopter, si nécessaire, une législation appropriée. Cependant, l'action législative doit répondre aux besoins concrets ressentis par les mutuelles. Il est possible d'envisager que dans certaines circonstances une telle législation soit défavorable aux mutuelles. C'est pourquoi le meilleur moyen de procéder est de permettre aux mutuelles et à leurs promoteurs d'avoir un rôle consultatif dans la conception de la loi et, avant cela, d'en confirmer le besoin. Cela ne veut pas dire que les gouvernements doivent rester passifs. Ils peuvent, en particulier, prendre l'initiative du processus de consultation.
- i Les mutuelles peuvent fonctionner sans cadre juridique spécifique, au moins dans certains pays, comme le montre l'étude. Cependant, lorsque les gouvernements jugent qu'une législation est nécessaire, celle-ci devrait conférer une reconnaissance légale et des statuts propres aux mutuelles, définir le cadre de fonctionnement des systèmes, et promouvoir la responsabilité. Cette promotion pourrait se traduire, par exemple, en exigeant des audits externes des comptes des

mutuelles. Ces dernières fonctions gagneraient à être assumées par des associations nationales ou régionales de mutuelles, s'il existe un nombre suffisant de mutuelles pour cela. Il serait ainsi possible, non seulement de renforcer l'autonomie des mutuelles, mais aussi de favoriser la constitution d'un forum qui permettrait aux mutuelles d'apporter à d'autres une assistance et une formation technique, éventuellement, avec le soutien de partenaires. Il est important que les gouvernements n'interfèrent pas directement dans la gestion des mutuelles.

- i Les ministères de la Santé doivent prendre en considération, avant de les mettre en œuvre, l'impact possible sur les mutuelles, des politiques visant à réformer le secteur de la santé. En particulier, les réformes qui favoriseront le développement des mutuelles comprennent le renforcement des moyens institutionnels et de gestion des structures sanitaires locales, nécessaires à leur autonomie. Des réformes timides ou qui ne sont pas accompagnées des ressources adéquates, ne contribueront pas de façon significative à ce succès. Les domaines dans lesquels les établissements de soins ont besoin d'améliorer leurs capacités ont déjà été présentés dans les recommandations adressées aux prestataires. La prise en compte des intérêts des mutuelles dans les réformes du secteur de la santé ne sera assurée que si les mutuelles sont associées à la conception de ces réformes, ou, pour le moins, consultées sur le sujet.
- i Les gouvernements doivent encourager et, quand c'est nécessaire, autoriser les prestataires à adopter des clauses garantissant la qualité. Cela peut être combiné à un système d'habilitation dans lequel le ministère de la Santé, conformément à son nouveau rôle de régulation dans le contexte de la décentralisation, inspecte les structures sanitaires et leur octroie ou leur refuse, en rapport avec les normes de qualité retenues, l'accréditation pour fournir des services aux mutuelles et à d'autres organisations.
- i Dans certains pays, les structures de soins ont besoin d'être mieux intégrées afin qu'elles aient davantage de motivations et de capacité à utiliser un mécanisme permettant de

référer les patients, de telle sorte que ceux-ci entrent dans le système de santé au niveau le plus adéquat et le plus rentable. De ce fait, les hôpitaux seraient allégés des demandes de la majeure partie de ceux qui pouvaient être soignés correctement à des échelons inférieurs. Le comportement des patients pourrait être modifié par un système incitatif pour les patients correctement référés. Par contre, ces mesures n'affecteraient pas nécessairement l'attitude des prestataires. Pour ces derniers, l'Etat pourrait, de la même manière, utiliser des subventions pour encourager ceux qui travaillent avec les structures sanitaires d'un échelon inférieur pour faire fonctionner des systèmes de référence efficaces, tout en pénalisant ceux qui ne le font pas.

- i Les Etats pourraient aussi soutenir les mutuelles qui rendent les prestataires, en particulier ceux du secteur public, plus efficaces et davantage sensibles aux questions de qualité et de coûts. Ils peuvent notamment inciter les mutuelles à participer à des structures de regroupement, comme les associations nationales et régionales, et encourager les prestataires à consulter régulièrement ces structures pour la fixation des prix et la détermination des normes de qualité.
- i Les mutuelles pourraient être renforcées dans leur rôle d'associations de consommateurs si les gouvernements subventionnaient les soins pour les personnes très pauvres, en payant les organisations pour les affilier (comme le suggèrent Bennett, Creese et Monasch, 1998). Cette option pourrait être un moyen plus efficace pour atteindre les objectifs d'équité que les mécanismes actuels d'exemption pour les pauvres dont on peut largement abuser et qui sont difficiles à faire fonctionner de façon efficace.
- i Certains gouvernements, notamment au Ghana et au Nigéria, prennent activement en considération, quand ils n'ont pas déjà commencé à les mettre en place, l'introduction progressive de systèmes nationaux d'assurance maladie. Dans chaque cas, ces projets cherchent à couvrir d'abord le secteur formel, ensuite des groupes du secteur informel. Il convient alors de s'interroger sur le rôle des systèmes mutualistes et leur

pérennité dans un tel scénario. La réponse à cette question réside peut-être dans le caractère progressif de l'extension de la couverture. La première phase pourrait être longue étant donné les obstacles considérables relatifs à la mise en place d'une assurance nationale au bénéfice des groupes du secteur informel. Le gouvernement ghanéen en a formellement pris conscience en invitant les partenaires au développement à soutenir la promotion des mutuelles dans les districts ruraux, même si le système national d'assurance s'implante déjà dans le secteur formel. Les mutuelles peuvent être considérées comme un aménagement transitoire dans les secteurs qui ne seront pas touchés par la phase initiale du système national d'assurance. En fait, l'avantage comparatif des mutuelles en matière de couverture du secteur informel, en particulier pour la collecte des cotisations et le contrôle des identités, peut conduire à ce que le système national d'assurance maladie soit construit, pour ces secteurs, sur la base des mutuelles, de la même façon qu'en Europe de l'Ouest continentale⁵⁷. Selon cette hypothèse, les mutuelles ne devraient pas disparaître avec la mise en place du système national d'assurance santé.

- i Les actions des gouvernements ont à compléter les contributions des mutuelles dans le secteur de la santé, par exemple, en cherchant à combler les écarts entre régions riches et régions pauvres. Les mutuelles ne peuvent pas combler de tels écarts et peuvent même les amplifier sauf si les gouvernements décident d'assister les régions ou districts pauvres ou démunis pour s'assurer qu'ils ne sont pas laissés-pour-compte, en leur procurant, par exemple, davantage de structures sanitaires de meilleure qualité. A long terme, et particulièrement s'il existe de fortes chances pour que les mutuelles deviennent un soutien important des systèmes de santé, cela peut demander l'introduction de mesures telles

⁵⁷ En France, les mutuelles offrent une assurance complémentaire pour les services qui ne sont pas couverts par le régime de sécurité sociale; en Allemagne, les caisses maladie (*Krankenkassen*) sont les supports officiels de l'assurance maladie légale car elles gèrent les prestations sociales officiellement obligatoires pour leurs membres; et en Belgique, les deux systèmes sont présents, c'est-à-dire que les mutuelles gèrent les prestations obligatoires officielles et fournissent une assurance complémentaire pour les services non couverts par le régime social. Pour plus d'informations sur les systèmes d'assurances sociales dans les pays européens, voir Glaser (1991).

que des fonds croisés de subvention ou de compensation des risques pour aider à redresser les déséquilibres. En Afrique du Sud où les mutuelles représentent une force importante dans le système de santé, le ministère de la Santé a initié une discussion pour trouver un moyen de renforcer l'équité au sein des systèmes et une des options examinées était de mettre en place un fonds de compensation des risques⁵⁸.

- i Les gouvernements pourraient aussi considérer l'extension aux mutuelles des avantages fiscaux – comme les exonérations de taxes, de droits de douane, ou de taxe sur la valeur ajoutée – dont bénéficient les ONG dans de nombreux pays, pour autant qu'elles fonctionnent sur une base non lucrative.
- i Le rôle principal des gouvernements est de créer un contexte général favorable. Cela comprend la garantie de la liberté d'association, de la bonne qualité des services de santé, l'établissement d'un climat de confiance et de sécurité, la garantie d'un système bancaire fiable et une croissance économique soutenue.

Les agences de coopération et les structures extérieures d'appui technique

Dans chaque pays et dans la sous-région, la concertation et le dialogue entre les différentes agences pourraient aider à éliminer des duplications inutiles, faciliter l'utilisation rationnelle et efficace des ressources et maximiser l'impact sur le développement des mutuelles en mettant à profit, au mieux, les avantages comparatifs de chacune de ces agences. Le renforcement des moyens institutionnels et de gestion des mutuelles est probablement l'intervention la plus efficace. La plupart des problèmes des mutuelles résultent de défaillances institutionnelles. Une certaine concurrence pourrait amener les mutuelles à devenir plus efficaces, transparentes et bénéfiques pour leurs membres, mais cela nécessite la mise en place d'instruments adaptés – pour prévenir le «cherry-picking»⁵⁹ –

⁵⁸ L'objectif visé est d'éliminer le *Cream Skimming* et ses avantages (l'inscription de personnes saines qui sollicitent probablement moins les services et qui suscitent moins de dépenses) en nivelant les risques entre les systèmes, c'est-à-dire que tous les systèmes placeraient un pourcentage de leurs revenus dans une caisse utilisée pour offrir une compensation aux systèmes soumis à une part disproportionnée de risques défavorables.

⁵⁹ *Cherry-picking* est synonyme de *Cream Skimming*.

tels que l'établissement de fonds de compensation des risques, et, qu'elles acceptent l'adhésion des personnes qui le désirent.

Les aspects institutionnels et de gestion pouvant faire l'objet d'actions de formation ou d'autres interventions sont les suivants:

- i Mise en place des systèmes adaptés d'information sur la gestion.
- i Contrôle et évaluation.
- i Fixation des cotisations.
- i Détermination des paquets de prestations.
- i Renforcement du marketing et de la communication.
- i Gestion des fonds.
- i Choix et négociation des mécanismes de paiement des prestataires les plus efficaces.
- i Evaluation de l'opportunité et de la tarification des soins prodigués.
- i Utilisation des principes de la gestion des soins pour rationaliser l'utilisation des prestations et le comportement des prestataires.

Il importe de s'assurer que les mutuelles seront capables d'assimiler le contenu des sessions de formation qui s'éloignent parfois de leur vécu quotidien. C'est un domaine crucial du développement institutionnel qui ne bénéficie pas toujours de toute l'attention requise dans le travail d'appui. Les structures d'appui doivent prendre conscience de la différence entre munir les individus de nouveaux instruments et le fait que ces derniers soient appliqués dans un travail productif au sein de l'organisation. Une attention particulière doit être portée aux soutiens et conditions nécessaires pour parvenir à cette dernière situation. Cela peut demander des investigations particulières que la présente étude n'avait pas mandat d'aborder. Par exemple, une étude de la GTZ sur ses projets en Amérique latine a montré que les règles et procédures organisationnelles informelles établies en cours d'activité se révélaient souvent plus importantes pour le succès du projet que les règles et procédures formelles définies avec les bailleurs au cours de la phase de conception. Les structures d'appui doivent dépasser l'hypothèse facilement vérifiable selon laquelle la formation fait défaut pour chercher des

réponses à des questions plus fondamentales, par exemple: Que peut-on faire avec les ressources et outils actuels pour augmenter les résultats et accroître le succès? Quels sont les obstacles à la réussite ou à de meilleurs résultats qui subsistent? Comment les formations pourraient-elles supprimer ces obstacles ou aider à les contourner? Quelles activités complémentaires sont nécessaires pour permettre aux organisations d'optimiser l'utilisation de nouvelles compétences?

Les agences de coopération et les institutions de soutien technique doivent prendre en compte les points supplémentaires suivants, qui sont aussi utiles aux autres promoteurs:

- i Les mutuelles les plus prospères financièrement sont celles qui parviennent à rendre obligatoire l'adhésion de l'ensemble du groupe cible. Quand cela n'est pas réalisable dans la pratique, l'étude montre que d'autres innovations permettent d'obtenir un effet similaire, par exemple, l'adhésion à travers des associations ou groupes de solidarité (il peut s'agir d'un village dans son ensemble).
- i Le mouvement coopératif d'épargne et de crédit est relativement fort en Afrique, en particulier dans les pays anglophones. Cependant, il est peu présent dans le domaine de la promotion des mutuelles de santé (à la différence de ce qui s'est passé dans l'histoire du mouvement mutualiste en Europe). Les promoteurs doivent encourager ce mouvement à participer au développement et à la promotion des mutuelles. Parmi les autres groupes susceptibles de favoriser la promotion des mutuelles, on peut citer: les syndicats, les groupements féminins et les groupes d'entraide.
- i Il sera utile aux gouvernements et aux prestataires de bénéficier de l'assistance technique de leurs partenaires pour l'application de la plupart des recommandations qui leur sont destinées et qui ont été présentées précédemment. Parmi celles-ci on peut citer: le développement de normes de garanties de qualité et des systèmes d'agrément des établissements de soins, le renforcement des compétences de gestion des prestataires et des agences

gouvernementales pour qu'ils puissent jouer correctement leur rôle dans le soutien et la promotion des mutuelles de santé. Les agences de coopération doivent considérer la meilleure manière de travailler avec les gouvernements et les prestataires pour aider à créer ce climat favorable au développement des mutuelles.

SUJETS ÉVENTUELS POUR DES INVESTIGATIONS SUPPLÉMENTAIRES

L'étude ne s'est pas intéressée ou n'a pas débattu, dans les détails, de certains éléments qui pourraient être examinés dans le futur. Les suggestions suivantes pourraient servir de base à des investigations complémentaires:

- i Quel rôle pourraient jouer les mutuelles dans le développement global des systèmes de santé des pays de l'AOC? Les éléments à traiter ici comprendraient l'examen des dispositions idéales de financement et de partage des risques financiers en cas de développement des systèmes d'assurance maladie.
- i Quels changements, s'il y a lieu, pourraient être réalisés par les mutuelles pour être en mesure de jouer un rôle dans le processus de réforme de l'ensemble du système de santé?
- i Les mutuelles pourraient-elles fournir des enseignements au reste du système de santé, par exemple à partir de leurs méthodes de paiement et de leurs relations contractuelles avec les prestataires, ainsi que de leurs méthodes de contrôle de la qualité des soins et des prix?
- i Serait-il possible qu'il y ait une concurrence entre les mutuelles dans la captation de nouveaux membres? Si oui, quels en seraient les avantages et les inconvénients? Quels seraient les changements nécessaires pour prévenir le *cherry-picking* (par exemple, les mécanismes de compensation des risques)? Dans quelle mesure seraient-ils réalisables?
- i Comment appuyer mieux les mutuelles en rendant leur environnement institutionnel et financier plus favorable, par exemple, en instaurant des mécanismes de réassurance et en mettant en place des instruments de surveillance et d'évaluation?



ANNEXE 1: RÉSUMÉ DU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE UTILISÉ POUR RÉALISER L'ÉTUDE

<i>Matrice de typologie des mutuelles</i>			
Type de mutuelle	Base ou critère socioprofessionnel d'adhésion	Nombre d'adhérents (petite = <100; moyenne = entre 100 et 1 000 grande = plus de 1 000)	Participation des membres (gestion, réunions et élections)
1. Traditionnel (réseau social basé sur l'ethnie ou le clan)	Habituellement basée sur les membres d'un groupe ethnique ou clanique	Habituellement petite ou moyenne	En général très forte
2. Associatif ou intégré à un mouvement social	Peut être communautaire, professionnelle, d'entreprise ou basée sur un mouvement social (par exemple les syndicats)	Petite ou grande	Généralement forte
3. Système d'assurance maladie à financement communautaire (ou géré par les prestataires)	Habituellement autour d'une communauté (circonscription d'un hôpital de district ou d'un centre de santé)	Moyenne ou grande	Très faible ou nulle
4. Système de santé mutualiste cogéré (prestataire et communauté)	Comme ci-dessus pour le type «2»: mais la communauté concernée gère la structure de soins du premier échelon (centre de santé)	Grande	Forte
5. Société d'aide médicale	Peut être basée sur la communauté, la profession, l'entreprise, ou un mouvement social (par exemple un syndicat), ou une combinaison de tous ces facteurs	Grande ou très grande	Habituellement faible mais celles basées sur des syndicats peuvent avoir un niveau

D'autres caractéristiques de ces mutuelles méritent d'être soulignées:

1. Type traditionnel (réseau social basé sur l'ethnie ou le clan): le groupe cible est très étroit (clan ou ethnie), mais le niveau de solidarité au sein de ce groupe est très élevé. L'équité a tendance à être une faible priorité.
2. Associatif ou intégré à un mouvement social: il s'agit soit d'associations volontaires d'individus qui se regroupent pour promouvoir leurs intérêts communs (de santé ou autres), soit d'associations formées à partir de mouvements sociaux (par exemple les syndicats, les associations d'enseignants ou d'autres associations professionnelles, etc.) pour poursuivre des objectifs partagés par les membres. C'est cette forme d'organisation qui répond le mieux à la définition des mutuelles de santé présentée dans le chapitre 1. Certaines mutuelles basées sur des syndicats utilisent l'adhésion obligatoire pour éliminer la sélection adverse.
3. Système d'assurance maladie à financement communautaire: il provient principalement de l'Initiative de Bamako. Il est habituellement organisé par les prestataires de soins comme un système d'assurance destiné à améliorer la situation de recouvrement des coûts et étendre l'accès aux soins à davantage de personnes dans la circonscription du prestataire. Ce type de mutuelle devient de plus en plus fréquent.
4. Système de santé mutualiste cogéré (prestataire et communauté): la communauté prend au moins en charge la gestion du premier niveau de soins (centre de santé) à travers des structures participatives. Ainsi, la communauté et le prestataire de soins se retrouvent dans une même association pour développer, gérer et entretenir les structures de santé et atteindre les objectifs de santé de la communauté.
5. Société d'aide médicale: ce type de mutuelle se trouve surtout au Zimbabwe et en Afrique du Sud. Il s'agit d'organisations d'assurance maladie formelles, en général de grande taille, gérées par un personnel professionnel et souvent avec des caractéristiques commerciales fortes (comme la recherche de profits, les motivations pour les catégories à faible risque et les fortes dissuasions pour décourager l'utilisation intensive des structures de soins). Cependant, elles ne font pas partie du secteur privé de l'assurance maladie et beaucoup d'entre elles fonctionnent selon les mêmes principes que les systèmes mutualistes présentés plus haut (par exemple, elles ont des primes calculées pour la communauté et d'autres caractéristiques destinées à promouvoir une approche communautaire des problèmes de santé). Bien que l'on ait peu de chance de rencontrer ce type de mutuelles en AOC, l'analyse de la documentation sur les mutuelles en Afrique de l'Est et du Sud peut fournir des leçons très utiles pour cette partie de l'Afrique.



ANNEXE 2. RECOMMANDATIONS TIRÉES DES ÉTUDES DE CAS DANS CHAQUE PAYS

Les études de cas sont disponibles sous forme de rapports séparés. Le texte qui suit présente une synthèse des recommandations pour chacun des cinq pays.

BÉNIN

Au Bénin le mouvement mutualiste est récent et souffre, en conséquence, du manque de compétence et de connaissance de ses membres. La faiblesse qui apparaît dans les mutuelles Ilera et Alafia indique un besoin important de soutien technique extérieur. Pour être couronné de succès, ce soutien est nécessaire non seulement pendant la phase de démarrage, mais aussi pendant celle du développement des mutuelles. Les études indiquent un besoin de:

- i Elaborer un cadre politique qui refonde le système de santé sur des valeurs et des principes plus proches des populations, supporte la diversité et l'adaptabilité aux spécificités locales, renforce le pouvoir des populations en matière de prise en charge de leur propre santé, et insère la mutualisation du risque maladie dans le cadre général des stratégies de lutte contre la pauvreté.
- i Evaluer l'appui apporté par le CIDR dans le Sud Borgou et d'autres stratégies alternatives afin d'en tirer des leçons pour l'élaboration d'une approche flexible d'appui technique à la mise en place des mutuelles de santé dans le pays.
- i Développer des projets pilotes de mise en place des mutuelles de santé dans plusieurs régions pour élargir la base d'expériences des mutuelles et soutenir le processus d'élaboration de la stratégie de mutualisation du risque maladie dans le pays.
- i Etablir un cadre légal flexible permettant aux mutuelles de disposer d'une reconnaissance

légale et de garantir l'autonomie de ces organisations.

- i Renforcer la coordination et la synergie des organismes d'appui dans le domaine du développement des mutuelles de santé.

GHANA

Les recommandations provenant des études de cas concernent les éléments suivants:

- i Coordination entre les partenaires au développement et les autres parties intéressées par la détermination des nouveaux besoins et affecter les ressources disponibles aux domaines prioritaires.
- i Des Programmes de formation sur les principes de l'assurance maladie mutualiste à but non lucratif pour le personnel des mutuelles et pour ceux se proposant de mettre en place de tels systèmes.
- i La concentration des actions sur les secteurs de la population – les communautés rurales et le secteur informel – qui ne seront pas couverts, au moins au départ, par le système national d'assurance maladie envisagé; l'assistance technique aux mutuelles afin de leur donner les compétences nécessaires pour gérer leurs systèmes, par exemple à travers les outils destinés à assurer une surveillance et des évaluations.
- i En ce qui concerne l'assistance technique et la promotion des mutuelles, il pourrait être utile de garder à l'esprit l'un des principaux résultats de l'étude du cas nigérian, à savoir que le modèle (complexe) très participatif à financement communautaire apparaît mieux adapté aux besoins de santé de la communauté et aux objectifs du secteur de la santé du pays, que celui (simple) à faible participation ou le système de réseau social traditionnel. Les systèmes basés sur des

mouvements sociaux, comme les fonds des enseignants, ont aussi un fort potentiel.

- i Une assistance technique ciblée: ce besoin a été révélé par les lacunes du modèle à faible participation, par exemple les systèmes du Gonja Ouest et de Nkoranza. Un tel soutien pourrait être utile pour traiter du manque d'indépendance du prestataire, du pouvoir de négociation, des besoins en matière de marketing, du contrôle de la qualité, d'une politique des médicaments et de services de prévention et de promotion.
- i Une législation pour permettre aux mutuelles d'acquiescer un statut légal (personnalité morale), pour offrir une protection aux membres, pour que la gestion et l'administration financière soient basées sur des dispositions et règlements types élaborés en concertation avec les mutuelles existantes et que les nouvelles organisations pourront adapter à leurs propres besoins.
- i Une participation accrue des acteurs. Alors que le gouvernement poursuit activement sa politique de mise en place d'un système national d'assurance maladie dans le secteur formel, il y a eu peu ou pas de consultations avec les éventuels acteurs concernés. Les décideurs politiques ne sont pas conscients de la nécessité d'associer les acteurs à la conception de ce système, et c'est un domaine où les agences d'appui technique et de coopération pourraient fournir assistance et conseils. De plus, le marketing d'un tel système doit aller au-delà de la simple explication au public de ce qui a été décidé (ce qui est actuellement prévu) pour inclure les études et consultations nécessaires à la détermination des priorités des utilisateurs et de la façon dont elles sont susceptibles d'évoluer.

MALI

Les recommandations suivantes peuvent être faites à partir des études de cas.

- i Les mutuelles devraient être développées dans le secteur informel urbain et rural. Un grave problème auquel on doit s'attaquer, pour les mutuelles existantes, est celui du paiement irrégulier des cotisations, question décisive pour tous les systèmes volontaires.
- i En ce qui concerne le secteur rural, les projets pilotes de soutien aux mutuelles devraient être

lancés en priorité dans les zones de culture commerciale, à savoir la zone cotonnière.

- i Les associations de santé communautaire devraient faire partie de la stratégie de lancement des mutuelles d'assurance hospitalière.

NIGÉRIA

Les domaines d'interventions mis en lumière par l'étude et qui ajouteront une certaine valeur aux mutuelles au Nigéria comprennent les points suivants:

- i La coordination entre les partenaires au développement et les autres parties intéressées serait utile pour déterminer les besoins insatisfaits et pour allouer les ressources disponibles aux domaines reconnus prioritaires. Au Nigéria, l'USAID, l'UNICEF et l'OMS pourraient soutenir l'instauration du noyau d'un tel réseau.
- i Une formation particulière est nécessaire pour les gestionnaires dans les domaines des procédures administratives et comptables, de la tenue des registres, et de la gestion des fonds, comme l'a montré l'analyse des expériences des CPH.
- i La concentration des actions sur les secteurs de la population – communautés du secteur informel urbain et rural – qui ne seront pas couvertes, au moins au départ, par le système national d'assurance maladie envisagé.
- i Une assistance technique aux mutuelles pour leur donner les moyens de mieux gérer leurs systèmes, par exemple avec des outils pour entreprendre une surveillance et des évaluations et pour faire fonctionner un système d'assurance. Les systèmes nigériens pourraient aussi profiter d'une formation ciblée sur le besoin d'indépendance par rapport au prestataire, l'utilisation du pouvoir de négociation, le marketing, les mécanismes de contrôle de la qualité et la politique des médicaments.
- i En ce qui concerne l'assistance technique et la promotion des mutuelles, il pourrait être utile de garder à l'esprit l'un des principaux résultats de l'étude du cas nigérien, à savoir que le modèle (complexe) très participatif de financement communautaire apparaît plus adapté aux besoins de soins de santé de la communauté et aux objectifs du secteur de la santé du pays que celui (simple) à faible

participation ou le système de réseau social traditionnel. Ce n'est pas une coïncidence si les deux types de systèmes à financement communautaire partagent les mêmes caractéristiques en ce qui concerne la participation des assurés ou de leurs représentants à la gestion. La participation peut être la véritable clé de leur relatif succès ou de leur potentiel de réussite, mais un avantage supplémentaire des organisations comme les CPH est qu'elles sont directement liées aux prestataires. De ce fait, elles peuvent négocier les tarifs et influencer la qualité et l'efficacité des soins. COWAN, au contraire ne peut pas le faire car elle n'a pas de liens avec les prestataires en dehors de ses propres cliniques.

- i Il importe d'élaborer une législation que les nouvelles organisations pourront adopter ou adapter à leurs propres besoins. L'objectif visé est de permettre aux mutuelles d'acquérir un statut légal, d'offrir une protection aux membres qui adhèrent et paient des cotisations, d'instrumenter la gestion et l'administration financière avec des dispositions et règlements types élaborés en concertation avec les mutuelles existantes. Le cadre politique pour les mutuelles proposé par le gouvernement nigérian peut nuire aux intérêts de telles organisations et ne répond pas suffisamment aux besoins spécifiques des mutuelles.
- i Il faut accorder une grande attention aux lacunes du système national d'assurance maladie proposé, en particulier au fait qu'il paraît ignorer les intérêts d'acteurs importants et qu'il n'existe pas de discussion ou de débat public sur ses caractéristiques les plus importantes.

SÉNÉGAL

Les autorités préparent une loi sur les mutuelles de santé. Les études ont montré qu'il ne s'agissait pas d'un besoin ressenti comme prioritaire pour les mutuelles sénégalaises. Cependant, celles-ci profiteraient d'un cadre politique clair exprimant les objectifs

nationaux de santé pour le proche avenir et le rôle que les initiatives privées pourraient jouer dans ce secteur. Certains domaines identifiés pour une assistance technique sont les suivants:

- i Un besoin d'améliorer les compétences en matière de procédures comptables, y compris la réalisation de projections budgétaires. Certaines mutuelles ont besoin d'un appui technique et institutionnel pour entreprendre des réformes inévitables. Par exemple, Lalane Diassap a besoin d'aide pour mettre en place des instruments de surveillance et d'évaluation et les Volontaires de l'éducation voudraient étendre la couverture à leurs familles et bénéficier d'autres prestations, mais souhaiteraient bénéficier, avant d'agir, d'une assistance pour en évaluer l'impact financier.
- i Une analyse destinée à déterminer si le plafond de couverture de 15 jours d'hospitalisation est justifié ou non pour les mutuelles de la zone de Thiès liées contractuellement à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, étant donné que la durée moyenne des séjours hospitaliers est de six jours et demi.
- i La pratique de certaines mutuelles, comme Lalane Diassap, consistant à avancer l'argent pour les frais au-delà de la couverture de 15 jours, peut mettre en faillite l'organisation. Elle nécessite une évaluation et une étude rigoureuse.
- i La fourniture d'un soutien matériel, par exemple pour équiper les bureaux, à certaines mutuelles afin de les aider à accomplir correctement leur fonction. Certaines d'entre elles qui ont des ordinateurs ont besoin de formation pour pouvoir les utiliser de façon optimale.
- i L'expérience de la mutuelle FAGGU, qui garantit aux retraités une assurance complémentaire, constitue un cas de réussite relative qui pourrait servir d'exemple.
- i Une aide à quelques mutuelles qui cherchent à établir des contacts avec les organisations mutualistes dans les pays industrialisés.

ANNEX 3: LISTE PAR PAYS DES MUTUELLES DE L'INVENTAIRE ET DES ÉTUDES DE CAS

Pour faciliter la lecture de ce document, cette annexe fournit une liste complète des mutuelles de l'étude, codifiées pour une référence simple. La codification est faite par pays et par numéro, par exemple, Mali [3] fait référence à la MEUMA, Sénégal [3, 21] à Lalane Diassap et Bok Jef.

BENIN

1. L'Union communale des groupements mutualistes de Sirarou (UCGM Sirarou)
2. L'Union communale des groupements mutualistes de Sanson (UCGM Sanson)
3. Mutuelle Ilera de Porto Novo – Mutuelle du cabinet médical Saint-Sébastien
4. Mutuelle Alafia de Gbaffo

BURKINA FASO

1. Mutuelle Dakwena
2. Famille Tounouma (Mutuelle pharmaceutique de la sainte famille Tounouma)
3. MUATB (Mutuelle des agents du Trésor du Burkina)

CAMEROUN

1. AFFERAZY (Association des filles et femmes ressortissantes de l'arrondissement de Zoétéle à Yaoundé)
2. Babouantou (Caisse de solidarité Babouantou de Yaoundé)
3. BACUDA (Batibo Cultural and Development Association)
4. MNE (Mutuelle nationale de l'éducation)
5. MPOUAKONE
6. MUPEHOPROMA
7. Les Amis (Association des amis clan d'âge n° 13)
8. NSO-NGON
9. POOMA (Yaoundé)

10. SAWA (Association des ressortissants SAWA de Yaoundé)

CÔTE D'IVOIRE

1. MUGRACE. (La Mutuelle générale des résidents d'Abobo centre – commune d'Abobo)
2. CARD (Le Cercle des amis de la rue de Dimbokro – commune de Marcory)
3. AMIBA (Amicale de la Bagoué – commune de Koumassi)
4. MC 36 (Amicale des mamans du Canal 36 (commune de Youpougou))
5. «Les Intimes» (Les Intimes du nouveau quartier)
6. MUGEF-CI (Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'Etat)

GHANA

1. Gonja Ouest (Système à financement communautaire pour l'hospitalisation, Gonja Ouest)
2. Fonds des Enseignants (Fonds sociaux des enseignants)
3. Association Dagaaba (Association Duayaw Nkwanta Dagaaba)

MALI

1. Centre de santé de la MUTEC
2. Kolokani (Centre de santé de référence du cercle de Kolokani)
3. MEUMA (Mutuelle des étudiants et universitaires du Mali)
4. MUTAS (Mutuelle des travailleurs de l'action sociale et de la santé)

NIGÉRIA

1. COWAN Country Women's Association of Nigeria Health Development Fund (Association nationale des femmes pour le

- fonds de développement de la santé au Nigéria)
2. Lawanson CPH (Lawanson Community Partners for Health (Partenaires communautaires pour la santé de Lawanson))
 3. Jas CPH (Jas Community Partners for Health (Partenaires communautaires pour la santé de Jas))
 4. Ibughubu Union (Union d'Ibughubu)
- SÉNÉGAL**
1. Mutuelle des volontaires de l'éducation
 2. FAGGU (Mutuelle FAGGU)
 3. Lalane Diassap (Mutuelle de Lalane Diassap)
 4. Dimeli Yoff
 5. Multi Assistance de l'Education
 6. Mutuelle Sococim Entreprise
 7. Fandene
 8. FISSEL
 9. KOUDIADIENE
 10. Ménagères de Grand Thiès
 11. Mont Rolland
 12. Ngaye Ngaye
 13. Saint Jean-Baptiste
 14. Sanghe
 15. Darou Salam
 16. Mboro
 17. Pamdienou Lehar
 18. Thially
 19. Nimzatt-Kaolack
 20. RJOK (Regroupement de jeunes ouvriers de Kaolack)
 21. Bok Jef
 22. Keur Maloum
 23. Koundam
 24. Mutuelles des enfants de la rue
- TOGO**
1. ACB (Association des couturières de BE)
 2. Sages-femmes (Association des sages-femmes du Togo)
 3. Djagbagba
 4. GMC (Groupement mutuel des cadres)

Pays de l'étude

Benin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Nigéria, Sénégal, Togo

Mutuelles des études de cas

1. Union communale des groupements mutualistes de Sirarou (UCGM Sirarou)
2. Union communale des groupements mutualistes de Sanson (UCGM Sanson)
3. Mutuelle Ilera de Porto Novo – Mutuelle du cabinet médical Saint-Sébastien
4. Mutuelle Alafia de Gbaffo
5. MUGRACE. (Mutuelle générale des résidents d'Abobo centre – commune d'Abobo)
6. CARD (Cercle des Amis de la Rue de Dimbokro – commune de Marcory)
7. AMIBA (Amicale de la Bagoué – commune de Koumassi)
8. MC 36 (Amicale des mamans du Canal 36 (commune de Youpougon)
9. "Les Intimes" (Les Intimes du nouveau quartier)
10. MUGEF-CI (Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'Etat)
11. Gonja Ouest (Système à financement communautaire pour les hospitalisations, Gonja Ouest)
12. Fonds des Enseignants (Fonds sociaux des Enseignants)
13. Association Dagaaba (Association Duayaw Nkwanta Dagaaba)
14. Centre de santé de la MUTEC
15. Kolokani (Centre de santé de référence du cercle de Kolokani)
16. COWAN (Country Women's Association of Nigeria Health Development Fund (Association nationale des femmes pour le fonds de développement de la santé au Nigéria))
17. Lawanson CPH (Lawanson Community Partners for Health (Partenaires communautaires pour la santé de Lawanson))
18. Jas CPH (Jas Community Partners for Health (Partenaires communautaires pour la santé de Jas))
19. Union Ibughubu
20. Mutuelle des volontaires de l'éducation
21. FAGGU (Mutuelle FAGGU)
22. Lalane Diassap (Mutuelle de Lalane Diassap)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. Mutuelle OTP (Office togolais des phosphates) | 7. MUCOTASGA (Mutuelle des conducteurs de taxi-motos de la station Gaitou) |
| 6. Affaires sociales USYNCOSTO (Union syndicale des coiffeuses de style du Togo) | 8. MUSAD (Mutuelle de santé ADIDOADE) |
| | 9. MUSA-CSTT (Mutuelle de santé – Confédération syndicale des travailleurs togolais) |

Mutuelles de l'inventaire

1. Mutuelle Ilera de Porto Novo – Mutuelle du cabinet médical Saint-Sébastien
2. Mutuelle Dakwena
3. Famille Tounouma (Mutuelle pharmaceutique de la sainte famille Tounouma)
4. MUATB (Mutuelle des agents du Trésor du Burkina)
5. AFFERAZY (Association des filles et femmes ressortissantes de l'arrondissement de Zoétélé à Yaoundé)
6. Babouantou (Caisse de solidarité Babouantou de Yaoundé)
7. BACUDA (Batibo Cultural and Development Association)
8. MNE (Mutuelle nationale de l'éducation)
9. MPOUAKONE
10. MUPEHOPROMA
11. Les Amis (Association des amis clan d'âge n° 13)
12. NSO-NGON
13. POOMA (Yaoundé)
14. SAWA (Association des ressortissants SAWA de Yaoundé)
15. MUTEC Health centre (Centre de santé de la MUTEC)
16. MEUMA (Mutuelle des étudiants et universitaires du Mali)
17. MUTAS (Mutuelle des travailleurs de l'action sociale et de la santé)
18. Education Volunteers (Mutuelle des volontaires de l'éducation)
19. FAGGU (Mutuelle FAGGU)
20. Lalane Diassap (Mutuelle de Lalane Diassap)
21. Dimeli Yoff
22. Multi assistance de l'éducation
23. Mutuelle Sococim entreprise
24. Fandene
25. FISSEL
26. KOUDIADIENE
27. Ménagères de Grand Thiès
28. Mont Rolland
29. Ngaye Ngaye
30. Saint Jean-Baptiste
31. Sanghe
32. Darou Salam
33. Mboro
34. Pamdienou Lehar
35. Thially
36. Nimzatt – Kaolack
37. RJOK (Regroupement de jeunes ouvriers de Kaolack)
38. Bok Jef
39. Keur Maloum
40. Koundam
41. Mutuelles des enfants de la rue
42. ACB (Association des couturières de BE)
43. Sages-femmes (Association des sages-femmes du Togo)
44. Djagbagba
45. GMC (Groupement mutuel des cadres)
46. Mutuelle OTP (Office togolais des phosphates)
47. Affaires sociales USYNCOSTO (Union syndicale des coiffeuses de style du Togo)
48. MUCOTASGA (Mutuelle des conducteurs de taxi-motos de la station Gaitou)
49. MUSAD (Mutuelle de santé ADIDOADE)
50. MUSA – CSTT (Mutuelle de santé – Confédération syndicale des travailleurs togolais)

ANNEXE 4: ÉVALUATION DES TAUX DE COTISATIONS D'UNE MUTUELLE

Cette méthode de calcul des montants des cotisations nécessite quelques chiffres approximatifs comme le nombre annuel d'admissions à l'hôpital, le nombre d'accouchements et de visites ambulatoires pour 100 membres. Ces chiffres sont multipliés par les tarifs convenus avec les prestataires, et ensuite divisés par le nombre de membres. Cet exemple montre aussi comment la surveillance des taux d'utilisation peut aider les responsables à suivre la situation financière de la mutuelle et les besoins d'ajustement des montants des cotisations.

Exemple

Données:

Nombre annuel de jours d'hospitalisation / 100 membres = 41.

Nombre annuel d'accouchements / 100 membres = 4,3.

Nombre annuel de visites ambulatoires / 100 membres = 258.

Tarifs convenus:

Journée d'hospitalisation = 40 000 FCFA.

Accouchement = 50 000 FCFA.

Visite ambulatoire = 5 000 FCFA.

Frais de la mutuelle:

Frais mensuels d'administration, de transport et frais divers = 405 200 FCFA.

Frais annuels de formation = 2 183 600 FCFA.

Membres:

Nombre de membres = 2 347.

Taux moyen de recouvrement des cotisations = 90 pour cent.

Périodicité des cotisations:

Tous les quatre mois.

Calculs

Coûts annuels attendus pour 2 347 personnes:

Formation = 2 186 600 FCFA.

Frais annuels d'administration, de transport et frais divers = 4 826 400 FCFA.

Hospitalisation = $41 \times 40\,000 \times 2\,347 / 100 = 38\,490\,800$ FCFA.

Accouchements = $4,3 \times 50\,000 \times 2\,347 / 100 = 5\,046\,050$ FCFA.

Visites ambulatoires = $258 \times 5\,000 \times 2\,347 / 100 = 30\,276\,300$ FCFA.

Total = 80 859 150 FCFA.

Scénario 1: quand ceux qui n'ont pas payé leurs cotisations sont immédiatement exclus du bénéfice des services: la cotisation nécessaire par membre pour 4 mois = $80\,859\,150 / 2\,347 / 3 = 11\,484,04$ FCFA

Scénario 2: quand aucune politique stricte d'exclusion immédiate des membres n'est instaurée: étant donné que le taux de recouvrement des cotisations est de 90 pour cent, la cotisation par membre nécessaire à la pérennité de la mutuelle, est, pour quatre mois, de $11\,484,04 \times 1,1 = 12\,632,45$ FCFA.

ANNEXE 5: RÉFÉRENCES

- Abel-Smith, Brian.** 1993. Financing Health Services in Developing Countries: The Options. *NU Nytt om U-landshälsård* 7(2).
- Atim, Chris.** 1995. Towards Better Health in Africa: A Comparative Study of Community Financing and Mutual Aid Insurance. *Bruxelles et Cotonou, Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique et Solidarité mondiale.*
- _____. 1997a. Methodological Guidelines for PHR Research on Health Mutuelles in West and Central Africa. *Unpublished draft. Partnerships for Health Reform. Bethesda, Maryland, Abt Associates Inc.*
- _____. 1997b. Social Movements and Health Insurance: An Evaluation of Voluntary, Nonprofit Insurance Schemes with Case Studies from Ghana and Cameroon. *Paper delivered at the International Conference on Economics of Health in Low and Middle Income Countries, January 17-18, Antwerp.*
- _____. 1997c. WSM Mutuals' Identification Mission to Ethiopia, Tanzania, Zimbabwe, and South Africa, 15 Feb.–28 April, 1997: Full Mission Report. *Unpublished report. Bruxelles, Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique et Solidarité mondiale.*
- _____. 1998. Evaluation of the UMASIDA Health Insurance Scheme in Dar es-Salaam for the ILO (SECSOC Department). *Unpublished manuscript. Genève, Bureau international du Travail.*
- Bennett, Sara, Andrew Creese, and Roeland Monasch.** 1998. Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment. *Current Concerns Series. Genève, Organisation mondiale de la santé.*
- BIT; WSM; ANMC.** 1996. Mutuelles de santé en Afrique: Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants. *Dakar, Bureau international du Travail, Solidarité mondiale, Alliance nationale de mutualités chrétiennes de Belgique.*
- Carrin, G.** 1987. «Community Financing of Drugs in Sub-Saharan Africa», dans *International Journal of Health Planning and Management* 2, pp. 125-45.
- Creese, Andrew, and Joseph Kutzin.** 1995. Lessons from Cost Recovery in Health. *Forum on Health Sector Reform. Discussion Paper No. 2. Genève, Organisation mondiale de la santé.*
- De Bethune, X., S. Alfani, and J. P. Lahaye.** 1989. «The Influence of an Abrupt Price Increase on Health Service Utilisation: Evidence from Zaire», dans *Health Policy and Planning* 4(1), pp. 76-81.
- Getzen, Thomas E.** 1997. Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds. *New York, John Wiley & Sons.*
- Gilson, L.** 1988. Government Health Care Charges: Is Equity Being Abandoned? *Publication n° 15. Londres, Evaluation and Planning Centre.*
- Glaser, William A.** 1991. Health Insurance in Practice: International Variations in Financing, Benefits, and Problems. *San Francisco, Jossey-Bass.*
- International Children's Centre.** 1997. «Prepayment of Health Care», dans *Children in the Tropics. Publication n° 228. Paris.*
- Toonen, Jurrien.** 1995. Community Financing for Health Care: A Case Study from Bolivia. *Amsterdam, Royal Tropical Institute.*
- Waddington, C. J., and K. A. Enyimayew.** 1989. «A Price to Pay, Part 1: The Impact of User Charges in Ashanti-Akim District, Ghana», dans *International Journal of Health Planning and Management* 5, pp. 287-312.



**United States Agency for
International Development (USAID)**
1300 Pennsylvania Avenue, N.W.
Washington DC 20523-5900 USA
(tel.) 202 219 0474
(fax) 202 216 3702



Partnerships for Health Reform (PHR)
Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA
(tel.) 301 718 3159
(fax) 301 652 3916



Bureau International du Travail (BIT)
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22 SUISSE
(tel.) 41 22 799 65 44
(fax) 41 22 799 66 44



BIT/STEP
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22 SUISSE
(tel.) 41 22 799 66 85
(fax) 41 22 799 66 44



BIT/ACOPAM
BP 414 Dakar SENEGAL
(tel.) 221 824 58 84
(fax) 221 825 29 40



**Alliance Nationale des Mutualités
Chrétiennes de Belgique (ANMC)**
Chaussée de Haecht 579
1031 Bruxelles BELGIQUE
(tel.) 32 22 46 43 30
(fax) 32 22 46 48 21



Solidarité Mondiale (WSM)
Chaussée de Haecht 579
1031 Bruxelles BELGIQUE
(tel.) 32 2 246 36 71
(fax) 32 2 243 78 53

