



Cette étude de cas est basée sur l'expérience d'un programme de promotion de mutuelles de santé financé par la Direction du Développement et de la Coopération (DDC) et mis en œuvre jusqu'en 2007 par le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) et géré par la suite directement par le Réseau Alliance Santé (RAS). Elle a été réalisée conjointement par le CIDR, le (RAS) et le centre d'Appui aux Institutions de Micro assurance Santé (AIMS).

Le rôle d'un réseau de mutuelles de santé dans la protection sociale

Etude de cas du Réseau Alliance Santé au Bénin

Bruno Galland (CIDR), Rachid Aladji Boni (RAS), Ismaël Yacoubou (AIMS)

En Afrique de l'Ouest, ces dix dernières années ont été marquées par le foisonnement d'initiatives pour promouvoir des mutuelles de santé, avec pour objectif de réduire le fardeau financier des soins, induit par la généralisation de l'Initiative de Bamako et son extension au secteur hospitalier.

Au Bénin, la Coopération Suisse a été la première à appuyer la promotion de mutuelles de santé dans le Département du Borgou au Bénin, avec comme partenaire technique le CIDR, Centre International de Développement et de Recherche. Le Réseau Alliance Santé a vu le jour en 2003, et a assuré depuis sa création plus de 70'000 personnes.

Comme dans d'autres pays d'Afrique, le gouvernement Béninois travaille à la mise en place d'un régime d'assurance maladie à vocation universelle qui, selon le rôle qui lui sera assigné peut être pour le Réseau Alliance Santé (RAS) une opportunité majeure pour assurer sa pérennité ou une menace sur son devenir.

Cette étude de cas présente les enseignements tirés de plus de 10 ans de gestion quotidienne de services de micro assurance, l'impact des mutuelles sur leur membre et sur les services de santé

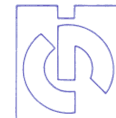
prestataires et le rôle potentiel que pourrait jouer des réseaux de mutuelles, intégrés dans un dispositif national d'assurance maladie, pour couvrir la population du secteur informel et agricole.

Historique du programme

Le programme a démarré en 1995 après la réalisation d'une étude de faisabilité par le CIDR dans le département du Borgou. Une première phase test (1995-1997) a permis de confirmer les conditions favorables au développement des mutuelles et les paramètres de leur viabilité. Huit mutuelles regroupant 7'000 bénéficiaires ont vu le jour au cours d'une première phase test.

Une seconde phase de diffusion et de consolidation des mutuelles a été engagée (1997-2000) avec élargissement de la zone d'intervention au Sud de Parakou et dans la partie nord du département des Collines et la mise en place des intermutuelles (Zones de Boko, Nikki et Papané). 19 mutuelles couvrant 13'000 bénéficiaires étaient fonctionnelles à l'issue de cette phase.

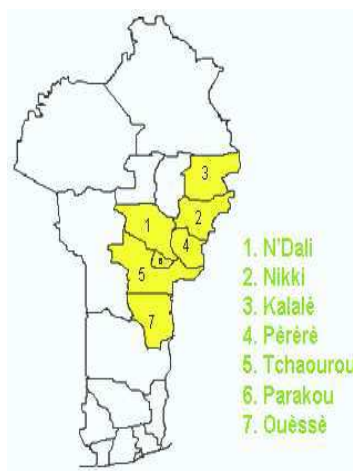
La phase suivante (2001-2004) a été consacrée à la structuration des mutuelles en réseau. Le RAS a vu le jour en avril



2003 et a passé par une phase d'institutionnalisation (2004-2008), qui s'est conclue par le retrait de l'assistance technique permanente du CIDR en 2008, tout en poursuivant sa croissance (22'000 assurés fin 2008). Depuis Janvier 2009, le RAS assure la mise en oeuvre du programme sous mandat de la DDC. Il poursuit sa croissance grâce à une stratégie de diversification des produits proposés (35'000 assurés fin 2009, voir figure 3).¹

La zone d'implantation du RAS contient 580'000 habitants et recouvre des régions différentes sur le plan économique et ethnique zone cotonnière à dominante Baatonu au Nord de Parakou, zone anacarde peuplée majoritairement de Nago et de Mahi au Sud (voir figure 1).

Figure 1: zone d'implantation du programme



Récemment, le RAS a entrepris une démarche de regroupement avec les autres réseaux de mutuelles du Nord Bénin appuyés par d'autres opérateurs. Il recherche auprès d'organisations mutualistes du Nord les partenariats financiers durables qui lui permettront de poursuivre sa croissance et de négocier son intégration dans le régime national d'assurance maladie.

¹ Vous trouverez plus d'informations sur les projets de développement du secteur financier de la DDC sous http://www.sdc-employment-income.ch/en/Home/Financial_Sector

Le Réseau Alliance Santé

Le RAS est l'organe de pilotage des mutuelles. Les membres du RAS, élus par les mutuelles aux organes de gouvernance, peuvent compter sur une équipe de professionnels qui leur apporte différents services dans les domaines de la promotion, de la gestion et de l'appui-conseil à la gouvernance des mutuelles. Le RAS met à la disposition des mutuelles des instruments de consolidation financière: un fonds de garantie et un mécanisme de réassurance qui leur permet de proposer de nouveaux produits en réassurant leurs pertes éventuelles. C'est au sein du RAS que se vit la solidarité entre mutuelles de zones différentes qui cotisent à un fond de garantie et à un fond de réassurance.

Les mutuelles: lieu de solidarité de proximité.

Les mutuelles primaires regroupent les membres recrutés dans plusieurs villages d'un même arrondissement. Elles organisent chaque année leur campagne d'adhésion et de collecte de cotisations durant trois mois de l'année. Les élus administrent leur mutuelle mais confient, par délégation, la gestion technique des produits aux gestionnaires des mutuelles employés du réseau.

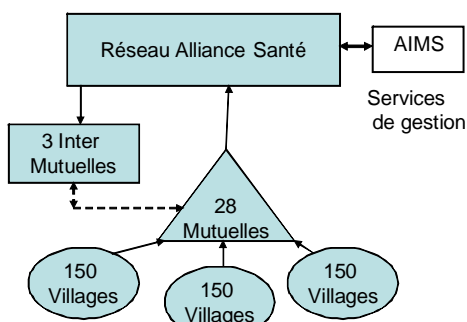
Les intermutuelles, pôles d'identités sociales

Les mutuelles regroupées autour d'une même zone, partageant la même identité socio-culturelle, ont souhaité se retrouver au sein d'une même structure, l'intermutuelle. Cette dernière assure les risques lourds (les interventions chirurgicales d'urgence), centralisent leur paiement et gèrent les procédures d'octroi du fonds de garantie qui leur est confié par le RAS. Les opérations de gestion courante des intermutuelles sont réalisées par les agents du RAS (voir figure 2).

Une gestion professionnelle confiée à l'AIMS

Le RAS délègue par contrat les fonctions techniques spécialisées de conception des produits et des fonds de consolidation financière (le back office) à une structure professionnelle dédiée, l'AIMS, centre d'étude et d'appui technique aux institutions de micro assurances santé.

Figure 2: le fonctionnement du RAS



Ce centre gère un système d'information lui permettant de suivre à distance les paramètres de viabilité technique et financière des mutuelles, d'élaborer leur compte de résultats et leur bilan de fin d'année et de concevoir de nouveaux produits. Un médecin conseil, directeur de l'AIMS, intervient dans les formations sanitaires (plus de 40), lors de la négociation des conventions, la contestation de factures ou la réalisation d'audits médicaux.

Le rôle de la DDC dans l'appui au RAS

La DDC a apporté un appui constant au programme depuis son démarrage :

- Un appui financier au CIDR pour la mise en œuvre du programme jusqu'à fin 2007 et un appui financier direct au RAS et à l'AIMS depuis cette date.
- A partir de 2009, le RAS gère le programme avec des appuis techniques du AIMS. La phase actuelle se terminant fin 2010, la DDC entamera une discussion pour le financement d'une dernière phase pour une durée à déterminer..

La DDC apporte également un appui institutionnel indispensable pour promouvoir des conditions favorables au développement du RAS auprès du Ministère de la Santé et pour faire reconnaître par le gouvernement, le rôle incontournable des mutuelles dans le futur régime d'assurance maladie en cours d'élaboration.

Les résultats obtenus

Les services de micro assurance proposés par les mutuelles couvrent tous les soins primaires, les hospitalisations et

les interventions chirurgicales pour un montant de 3.80 CHF² par personne et par an. Au cours de l'exercice 2008-2009, les mutuelles ont pris en charge plus de 7'500 cas pour un chiffre d'affaire de 83'650 CH.

Développement de nouveaux produits

En 2004, un produit scolaire visant à réduire les difficultés financières des instituteurs confrontés à une maladie ou à un accident d'un de leurs élèves a été lancé. Ce produit a connu un succès rapide (voir encadré 1).

Encadré 1

Produit scolaire

Le produit scolaire couvre à 100% les premiers soins des élèves malades ou accidentés pendant les heures scolaires, dans le centre de santé de proximité, et pour les cas graves à l'hôpital de référence. La cotisation moyenne est de (0.70 CHF) par écolier pour l'année scolaire.



Les enfants de Nikki couverts par la mutuelle de santé

En 2008, pour faire face à la dramatique question du décès des femmes enceintes avant et durant l'accouchement, un produit maternité sans risque a été lancé (voir encadré 2).

Contractualisation avec les services publics de santé

Quel que soit les produits proposés, leur attractivité dépend étroitement des soins que recevront les assurés. C'est pourquoi les mutuelles et le RAS ont déployé des efforts constants pour agir sur ce déterminant de leur croissance qu'elles ne maîtrisaient pas. Pour améliorer la qualité des soins, le RAS a

² 1 CHF = 470 FCFA (16.06.2010)

négocié avec les services publics de santé, la diversification de leur approvisionnement en médicament et le relèvement du niveau de primes des agents qui accepteraient de respecter les termes du contrat mentionnant l'arrêt de la surfacturation des malades.

Encadré 2
Produit maternité sans risque

Les villages peuvent cotiser à leur mutuelle d'arrondissement une cotisation proportionnelle au nombre de femmes en âge de procréer. Une fois la somme réunie, toutes les femmes enceintes - y compris les plus pauvres - bénéficient d'une réduction de prix sur les accouchements simples et une prise en charge à 100% des soins prénataux, des accouchements compliqués et, si nécessaires, des évacuations. Le montant de la cotisation totale est estimée à 0.75 CHF/habitant du village et par an, financé à hauteur de 0.33 CHF par le village et co financé par le RAS de façon dégressive dans l'attente de l'obtention d'un financement durable par le Ministère de la Santé.



Réunion de lancement de la garantie maternité sans risque dans un village

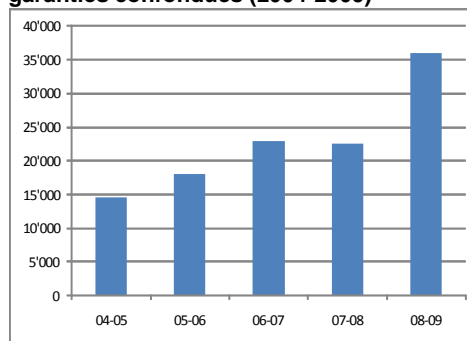
L'ONG Santé Sud, en partenariat avec l'AIMS, développe un programme spécial visant à favoriser l'installation de médecins privés en zones rurales dans les communes d'implantation des mutuelles pour participer à l'amélioration de la qualité des soins.

La portée des mutuelles

Malgré la progression constante des effectifs (voir figure 2), la portée des mutuelles reste encore faible : 7% de la population des régions concernées est couverte par les mutuelles.

L'augmentation des effectifs est principalement due au produit scolaire (15'000 élèves assurés en 2009), alors que les effectifs couverts par le produit familial enregistrent une croissance plus faible (21'700 assurés).

Figure 3 : Evolution des adhésions, toutes garanties confondues (2004-2009)



Les déterminants d'adhésion ou de non-adhésion aux mutuelles

Ceux-ci ont été étudiés par le RAS lors d'une enquête réalisée en 2009 avec la participation des élus des mutuelles. Selon cette étude, le faible pouvoir d'achat est le premier facteur de non-adhésion: le revenu monétaire médian par personne et par an des non-adhérents est de 28% inférieur à ceux qui adhèrent. Le manque de ressources est cité comme facteur de non-adhésion par 78% des non-adhérents ou des non-recotisans. Mais il n'est pas le seul: le taux de scolarisation est également plus faible chez les non-adhérents (53%) et les non-recotisans (57%) que chez les adhérents (71%). Enfin, l'insatisfaction sur les soins reçus est citée par 22% des non-adhérents et 56% des non-recotisans comme motif de non cotisation en 2008.

L'impact des mutuelles sur les mutualistes

En 2008, avec la collaboration du CIDR, du RAS et de l'AIMS, l'Université de Montréal a réalisé une étude afin de déterminer l'impact des mutuelles.

L'effet d'empowerment est reconnu

L'étude montre que la confiance des mutualistes dans leur mutuelle et leurs leaders est forte. En outre, les

responsabilités assumées par les mutualistes et leurs leader au sein du réseau sont importantes, y compris chez les femmes. L'adhésion à la mutuelle est source de fierté, en particulier pour les leaders, mais également pour les membres. « Aujourd'hui, grâce à la mutuelle, je peux parler sans avoir peur. Je dis ce que je pense même si ce n'est pas bon [à entendre] » dit une femme mutualiste.

Les relations des mutualistes avec les agents de santé

En revanche l'impact des mutuelles sur les agents de santé est plus contrasté. Dans certains services de santé, un des motifs de fierté des mutualistes est le meilleur accueil qui leur est réservé. Les non-mutualistes affirment être moins bien soignés. Dans d'autres centres de santé, c'est l'inverse qui se produit: « ne pas montrer sa carte pour être bien soigné » est un conseil qui revient souvent chez les mutualistes.

La raison de cet impact inconstant est simple: les relations avec les services de santé n'ont jamais été simples, évoluant au gré de la volonté individuelle de chaque agent de coopérer ou non avec les mutuelles. Ils n'ont pas d'obligation de le faire malgré les « recommandations » de leurs supérieurs hiérarchiques.

Le pouvoir de régulation des mutuelles: la lutte contre la corruption discrète

Au-delà des comportements individuels, l'étude citée a mis en évidence un impact fort des mutuelles sur la réduction des pratiques parallèles (surfacturation) dans les services publics de santé.

Tableau 1 : Impact des mutuelles sur la réduction des pratiques parallèles du RAS au Bénin (Borgou 2008)

Centre public de santé	Mutualiste	Non mutualiste
Paiement moyen déclaré (FCFA)	5'245	19'383
Paiement moyen enregistré (FCFA)	5'083	9'650
Ecart (FCFA)	162	9'733
Ecart en %	3.2%	100.9%

Source : Etude d'impact Université de Montréal 2008

Alors que l'écart entre les montants déclarés avoir été payés par les mutualistes et les montants enregistrés par les mutuelles est pratiquement nul (3.2%), celui-ci est de 100 % pour les non-mutualistes. En plus de l'acquittement des tarifs officiels, les malades doivent se plier au « rançonnement » des agents de santé ou à l'achat de leurs médicaments.

Mutuelles et sécurité en cas de maladie

Le sentiment de sécurité apporté par les mutuelles est le premier motif de satisfaction invoqué par les mutualistes (voir tableau 2).

Tableau 2 : Effets de la mutuelle/motifs de satisfaction des adhérents

Je me sens en sécurité	76.3%
La mutuelle m'a beaucoup aidé	53.4%
la mutuelle permet de payer moins au centre de santé	39.0%
Quand je voyage je laisse ma famille en sécurité en cas de maladie	33.1%
La mutuelle évite d'avoir à payer de grosses sommes (dépenses)	24.6%
La mutuelle fait ce qu'elle dit (elle ne nous a jamais déçu)	17.8%
On peut dire ce que l'on pense lors des réunions	16.1%
on n'est plus seuls face aux agents de santé	6.8%

Source : Enquête de satisfaction réalisée par le RAS en 2009 (300 ménages)

Les mutuelles et le financement des services de santé

Les chefs des services de santé déclarent spontanément que les mutualistes les consultent plus tôt que les non mutualistes en cas de maladie, et que le personnel soignants « n'hésite pas à lancer le bilan de soins lorsque nécessaire », car ils sont surs d'être payés par les mutuelles.

Conclusions et perspectives

Une faible propension à payer..

Le RAS a démontré qu'une cotisation familiale couvrant l'ensemble des prestations de soins du district pour un prix de 3.75 CHF par personne et par an n'était financièrement accessible qu'à 25% de sa population cible. Le co financement des cotisations par d'autres

ressources publiques ou non, est donc une condition indispensable pour pouvoir un jour couvrir l'ensemble du secteur informel et agricole béninois.

....peu influencée par les services proposés

Parmi les garanties proposées, les mutualistes ont d'abord privilégié la couverture des hospitalisations. Avec le temps, ils ont demandé que les soins ambulatoires au niveau primaire soient aussi couverts, ce que les mutuelles ont fait en augmentant leurs cotisations de moins de 10 %. Pourtant l'effet attendu sur la croissance des mutuelles ne s'est pas produit. Il semble qu'il existe chez les mutualistes un seuil psychologique à ne pas dépasser. Si la cotisation augmente au-delà de ce seuil les mutuelles enregistrent une réduction du nombre d'inscrits.

L'importance de la gestion professionnelle

Une gestion assurantielle professionnelle et un contrôle de proximité des prestataires de soins (médical et financier) sont indispensables pour pouvoir proposer une couverture aussi élargie à un prix aussi modeste. Avec le temps l'investissement bénévole des élus dans la gestion de leur mutuelle s'essouffle. La délégation de la gestion des mutuelles (et non de leur gouvernance) est une alternative efficace.

Les mutuelles de santé et la qualité des soins: la poule et l'oeuf

Si les mutuelles disposent d'un pouvoir de régulation sur le coût des soins, elles ne sont pas en mesure de résoudre les nombreux dysfonctionnements des services de santé qui influent sur leur développement. Malgré les différentes stratégies mises en œuvre pour obtenir des soins d'une qualité minimale (dont la disponibilité continue en médicaments essentiels), les résultats ont été modestes. L'engagement du Ministère de la Santé à améliorer durablement la qualité des soins et les relations avec les mutuelles est indispensable.

Comment assurer la durabilité du programme dans le cadre de la mise en place d'un régime d'assurance maladie universelle au Bénin ?

Le projet de Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) encore non adopté fait peser sur le RAS une incertitude quand à son avenir. Si le modèle d'une gestion administrée et centralisée conférant aux mutuelles un simple rôle d'affiliation des assurés l'emporte, l'avenir du RAS risque d'être compromis. Si, au contraire, le RAS est habilité à gérer l'assurance maladie universelle dans sa zone d'intervention et reçoit les ressources financières pour le faire, son avenir est assuré. Sans attendre la décision qui sera finalement prise, les cadres du RAS et de l'AIMS ont pris une part active aux travaux de conception du (RAMU) et les expériences faites dans ce programme ont servi à la réflexion au niveau national. Ils effectuent un plaidoyer pour que les réseaux de mutuelles puissent gérer les services d'assurance maladie universelle dans leur zone d'intervention. (voir Aladj, Yacoubou, Galland, 2009).

Bibliographie

Aladj Boni R. (2008). *Présentation du Réseau Alliance Santé.*

Valery Ridde (2010). « Exploratory Study of Impacts of Mutual Health Organizations on Social Dynamics in Benin ». *Social Science and Medicine* 2010

Aladj Boni R., Yacoubou I., Galland B. (2009). *Contribution du programme appui suisse aux mutuelles de santé et à la conception de la réforme de l'assurance maladie universelle au Bénin.*

Vitto, Chatillon, Garba, Sylla, Yacoubou, sous la coordination de Galland B. (2008). *Capitalisation du Programme de Promotion des Mutuelles de Santé dans le Département du Borgou et des Collines au Bénin, 1994-2006.* CIDR