

Les mutuelles peuvent considérablement aider à la CSU, si et seulement si les Etats les financent davantage !

Marc TOTTE, Mesmin DOSSOU YOVO, Dr Bapate BARRY, Nadia BOUEYE



RESUME

Les mutuelles ont-elles encore de l'avenir à l'heure des politiques de Couverture Santé Universelle ? De récentes expériences menées par ESSENTIEL en Guinée et au Bénin répondent par l'affirmative pour autant que les mutuelles ne soient plus gérées uniquement à l'échelle locale, mais soit aidées à se structurer autrement :

*(1) au niveau communal, départemental (Bénin) ou préfectoral ou régional (Guinée), permettant de renforcer les capacités en: **Marketing social, Contrôle social, Médecine-conseil, Qualité des soins, Accès équitable aux soins** ;*

*(2) au niveau national afin de mieux **participer aux cadres de réflexion** avec les pouvoirs publics.*

*Ces conditions sont développées dans cette note et accompagnées d'un plaidoyer : **que les Etats s'engagent substantiellement dans le financement de ces nouvelles façons de faire mutuelles qui font la démonstration de leur utilité plus générale pour l'amélioration des recettes des centres de santé autant que l'amélioration de la qualité des services de santé à toute la population.***

CONTEXTE

Bien que cela soit toujours très discuté, la recherche sur les réformes du financement de la santé en Afrique montre que compter sur les mutuelles locales pour la CSU est inefficace (Ridde, Kane, Fall 2025). On sait aujourd'hui que les taux de pénétration restent faibles, bien souvent malgré les efforts de financement d'organisations internationales. On sait aussi que les taux d'adhésion et de fidélisation chutent à l'issue de ces financements et on comprends mieux les raisons de la faible adhésion des populations africaines aux mutuelles : **les craintes individuelles** (liées aux représentations du service, aux ouï-dire...), **l'imprévisibilité** liée à la méconnaissance autant qu'aux dysfonctionnements des services de santé (imprévisibilité de l'accueil, des médicaments, du coût des soins), ainsi que les **dimensions socio-politiques** (manque de confiance, factionnalisme politique, rapports de pouvoir).

Dans ce contexte, certains pensent que les mutuelles communautaires n'ont plus d'avenir. On leur dénie la capacité de bien gérer économiquement et financièrement leur dispositif, fonction que l'on mélange bien souvent avec celle socio-politique de mobilisation et de régulation.

Pourtant de récentes expériences menées au Ghana et au Sénégal montrent les possibilités de faire des mutuelles de véritables partenaires efficaces de l'extension de la CSU en luttant contre leur fragmentation des mutuelles en améliorant leur professionnalisation technique et socio-politique.

Le projet CAP-CSU d'ESSENTIEL épouse les mêmes principes de concentration et de professionnalisation. Il fait la démonstration qu'il est possible d'améliorer sensiblement la CSU dans l'informel et l'agricole, en travaillant autant les mutualistes que les service de santé sur 5 dimensions clefs : le marketing social, la protection sociale, la médecine-conseil, l'égalité d'accès et la qualité des soins.

Sa mise en œuvre dans deux pays bien différents du point de vue de leur degré d'engagement dans la CSU renforce les enseignements. Le Bénin s'est engagé depuis longtemps dans la réglementation de l'UEMOA sur la mutualité sociale (2009) mais a pris une autre voie plus récemment avec le projet ARCH (Assurance pour le Renforcement du Capital Humain). La Guinée a avancé dans la mise en place de services sociaux, notamment dédiés aux personnes vulnérables, mais sans engagements financiers concrets.

Le projet CAP-CSU

Le projet "Coordination des acteur-ice-s pour la promotion de la couverture santé universelle" (CAP CSU) est fondé sur la particularité assez rare de travailler à la fois les enjeux locaux et nationaux, ainsi que de partager l'expérience entre acteurs :



A l'échelle locale (OS2), l'ambition est d'organiser les mutuelles de base en "Unions Communales" (Bénin) ou en "Mutuelles de Santé Préfectorale" (Guinée) en travaillant plus particulièrement 5 **dimensions de la professionnalisation** des mutuelles (au Centre), 5 **cibles** (en Rouge et en Blanc) et autant de **rapports-clés** :



CE QUI A ETE FAIT

Le Marketing Social

Il répondait au souci de mobilisation autant que de maintien des cotisants des mutuelles. Il a consisté dans les deux pays à diversifier les cibles de la mobilisation et de la sensibilisation à partir d'une **cartographie des acteurs**. Différents types de **messages** ont alors pu être construits selon les cibles.

Différentes **focales** ont pu être développées envers : les mosquées, la diaspora, les élu.e.s des collectivités locales, les femmes, les agent.e.s des services de santé, les groupes/ associations/ coopératives socio-économiques... Le marketing social a aussi été développé pour l'identification de personnes vulnérables avec les communautés.

Ces acteurs locaux ont été réunis dans un **cadre de concertation** à l'échelle départementale (Guinée) ou communale (Bénin). Ces cadres ont permis de définir des **règles conjointes** et d'établir des **conventions** entre mutuelles et postes de santé. Les mutuelles de base ont été accompagnées dans leur planification à travers l'élaboration de **plans d'action** à leur échelle.

Le marketing Social est appuyé par la création de cartes individuelles réalisées par des petites unités de fabrication à l'échelle de ces regroupements de mutuelles. Tout cet édifice a permis d'asseoir également les autres fonctions de la mutuelle : le contrôle social, la médecine-conseil, le suivi des inégalités d'accès, le suivi de la Qualité.

Le Contrôle Social

Il consiste à vérifier qu'il n'y a pas risque de sélection adverse de la part des adhérent-e-s à la mutuelle (tendance à inscrire les personnes les plus malades de la famille ou de l'association plutôt que l'ensemble de membres) ou bien qu'il n'y ait pas surfréquentation des Centres de santé.

Il a surtout consisté à mettre en place un dispositif de suivi sur la base d'un échantillonnage raisonné de bénéficiaires à suivre. Le suivi se fait par appel téléphonique essentiellement appuyé par des visites à domicile ou dans les Centres de santé le cas échéant.

Le contrôle social tend à être réalisé dans un premier temps par un technicien (animateur) mais est progressivement repris par les élus de la mutuelle. Lorsque les moyens sont limités, c'est une fonction qui peut être distribuée dans d'autres "figures" locales (élus communaux, responsable d'aires sanitaires, chefs de postes de santé, enseignants,...). Les élus des Unions de mutuelles stimulent leurs pairs dans les mutuelles locales.

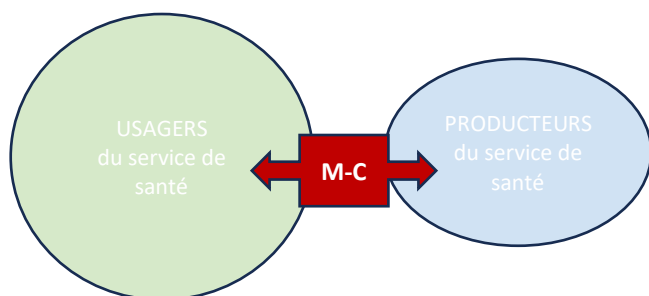
La Médecine-Conseil

Il s'agit d'une réponse aux divers et nombreux cas de surfacturations, surprescriptions et autres fraudes constatées dans bien des services de santé généralement en sous-effectifs et sous-équipements¹.

¹ En Guinée dans la zone considérée (Fouta-Djalon) les Centres de santé apparaissent fréquemment occupés à 80% par des

« prestataires » stagiaires momentanés en début de carrière d'infirmiers.

Un médecin conseil a été recruté en Guinée et un Infirmier hautement qualifié au Bénin pour vérifier les facturations des Centres de Santé ainsi que les attestations de soins fournies aux mutualistes. Il s'agit là d'une fonction d'interface particulièrement importante entre la mutuelle et les Centres de santé. Elle vérifie et conseille aussi bien l'une que l'autre.



Elle permet également un appui à la contractualisation, participe au renforcement de compétences des prestataires dans les services de santé et assure le suivi de la mise en œuvre des prestations. Ce sont environ 150 à 200 attestations de soins et factures qui sont vérifiées par mois pour 4-5 mutuelles de base par départements en Guinée (soit près de 20 mutuelles) et par Unions au Bénin (soit près de 16)..

Le suivi de l'accès et de la qualité des soins

La question de l'égalité d'accueil et de l'égalité des soins est très sensible. Les inégalités (réelles ou perçues) sont vite mises à profit pour discréditer la mutuelle dans sa capacité à améliorer le service à ses membres.

Le travail consiste d'abord, dans les deux cas à définir des règles conjointes d'accueil et de prise en charge - selon l'urgence, sans distinction, en toute équité d'application des frais... - et à bien les faire connaître de part et d'autre (chez les mutualistes autant que dans le service de santé). Ensuite d'analyser les attestations de soins comme outil de contrôle qualité. Des personnes ressources sont identifiées dans la communauté pour améliorer la qualité de l'accueil.

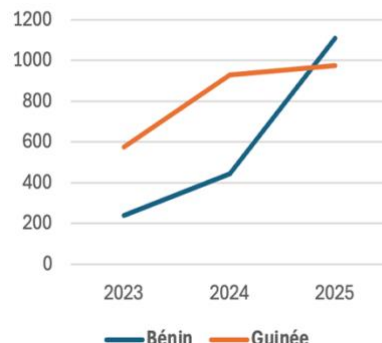
Un Comité de suivi est mis en place chargé d'assurer le suivi des tâches et de l'organisation interne. Les chefs de poste sont intégrés à ce comité de suivi et les autorités sanitaires départementales sensibilisées au suivi de leurs aires sanitaires. Une clarification des responsabilités est permise par l'affichage des rôles de chaque personnel dans les services de soins.

LES RESULTATS EN CHIFFRES

Au Bénin

La progression du nombre de cotis ant.e.s aux 4 Unions de mutuelles varie d'un facteur 1,2 à 4,8 selon les Unions, avec une moyenne de 3 entre 2023 et 2025. Ce qui veut dire que, sur la période où ont été mis en place les améliorations, il y a eu 3 fois plus de personnes pouvant bénéficier des services d'une mutuelle.

Evolution du nombre de cotisants

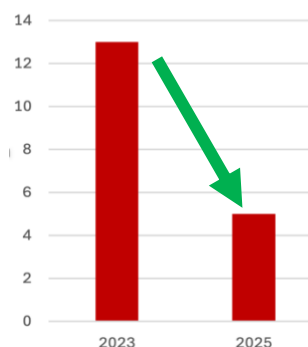


En Guinée

La progression varie de 1,6 à 3,1 pour les Mutuelles de Santé Préfectorale avec une moyenne de 2. Sur la même période les effectifs ont donc doublés.

Ce ne sont pas des chiffres extraordinaires, et il faut plus de recul pour apprécier le taux de fidélisation. Mais les données de la médecine-conseil montrent une variation des taux de conformité des coûts qui passent de 86% à près de 95% sur 2024. Cela veut dire que l'on passe d'un peu plus de 13% d'insatisfait.e.s à près de 5%.

% Insatisfaits



Ce sont donc moins de 5 mutualistes sur 100 qui ont encore des raisons de se plaindre des services de santé. Ces indicateurs montrent des améliorations qui nous semblent importantes car elles marquent une rupture avec la tendance dans ces zones à la désinformation, au manque de confiance dans les mutuelles autant que dans les services de santé.

LES RESULTATS QUALITATIFS

La BONNE GESTION interne – le suivi des conventions, le traitement des plaintes des mutualistes, visites... - entraînent une réduction sensible des pratiques frauduleuses ;

La MOBILISATION croissante de la population, de la diaspora, des groupements (paysans, femmes), des autorités (sanitaires, communales préfectorale) dans la sensibilisation de leurs proches entraîne une augmentation des adhésions et une diminution des réticences ; Le SUIVI-CONSEIL *dans et avec* les Centres de Santé améliore l'accueil, la facturation, les soins.

ENTRAINANT UNE SERIE D'EFFETS :

- Une amélioration de l'accueil et de la communication dans les structures de soins.
- Une réduction significative des pratiques frauduleuses (surfacturations, prescriptions abusives,...) ;
- Une proportion plus élevée de satisfaits et une plus grande difficulté pour les autres ($\pm 10\%$) de diffuser de mauvaises informations ;
- Un renforcement de la sécurisation des fonds mutualistes grâce à l'inscription groupée obligatoire et aux cartes d'adhésion.

POUVANT A LEUR TOUR DEVENIR DES IMPACTS :

- Amélioration de la confiance entre communautés et mutuelles.
- Amélioration de la fidélisation des membres.
- Amélioration de la transparence et donc du climat relationnel entre mutualistes et prestataires.
- Amélioration de la gouvernance, de la qualité des soins et des recettes des centres de santé.

Ces impacts sont surtout potentiels à ce stade. Pour qu'ils s'instituent et se pérennisent il faut que les effets se structurent et deviennent des habitudes inscrites dans les manières de fonctionner. Les effets restent donc fragiles. Deux facteurs conditionnent leur stabilité et leur transformation en impacts structurels :

- **le sous-financement généralisé des services de santé** : en personnel en équipement, en médicaments...
- **le principe de bénévolat dans la gestion des mutuelles** : qui limite le développement de compétences à l'échelle locale.

Dans les conditions actuelles de sous-financement généralisé des services de santé et des mutuelles, tout laisse à penser que ces effets ne dureront- que le temps du financement.

LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

1. Il y a pour tous (agents de santé comme mutualistes), une forte évidence à ce que les mutuelles améliorent la délivrance de service des Centres de Santé proches (grâce à la professionnalisation des stratégies de marketing, contrôle social, médecine-conseil, lutte pour plus d'équité et de qualité dans les soins). Ces améliorations concernent toute la population et pas seulement les cotisants ;
2. Mais il y a une évidence tout aussi forte dans le fait qu'elles ne peuvent le faire sur la durée sans financements de l'Etat, car :

² financières, humaines, matérielles, symboliques

- Les programmes extérieurs sont trop volatiles
- Les programmes extérieurs divisent les acteurs à un niveau plus national
- Les programmes extérieurs imposent leurs propres pratiques

3. Il y a un postulat solide bien qu'encore à chiffrer, que les gains réalisés grâce aux consultations précoces permises par le travail des mutuelles permettent des économies considérables, par rapport aux prestations menées dans l'urgence et/ou à un stade avancé de la maladie ;

4. On peut ajouter à cela que tout le monde reconnaît l'évidence de partager beaucoup plus les expériences, les ressources et de travailler à un plaidoyer commun, mais le système de financement enferme les acteurs dans une sorte de chacun pour soi du fait de :

- Un financement basé sur les résultats (redevabilité faible et intéressée)
- Un compartimentage des agendas et modalités de travail



PLAIDOYER

**IL EST TEMPS QUE NOS ETATS
MANIFESTENT LEUR SOUVERAINETE EN SE
DOTANT DES CADRES REGLEMENTAIRES
ADAPTES ET EN RENFORÇANT LES
RESSOURCES² ACCORDEES AUX CENTRES
DE SANTE ET S'IMPLIQUANT DANS LE
FINANCEMENT DES MUTUELLES.**

**ILS NE PEUVENT QU'EN ETRE
GAGNANTS À MOYEN ET LONG TERME.**

