

Synthèse Communicante

Capitalisation du projet de « Coordination des Acteurs et Actrices pour la Promotion de la Couverture Santé Universelle (CAP CSU) » mené par ESSENTIEL en Guinée et au Bénin



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 comme trop souvent encore, gérées uniquement à l'échelle de villages, quartiers ou communautés, mais se structurent aussi au niveau communal ou départemental d'abord, permettant de bien développer les **5 fonctions essentielles** qui assurent à la fois leur viabilité et l'amélioration des services de santé : **le marketing social, le contrôle social, la médecine-conseil, la Qualité des soins, l'accès équitable aux soins.** Ensuite une structuration à l'échelle nationale apparaît indispensable pour : **informer les services étatiques des avancées, faciliter l'identification des indigents et faciliter les paiements.** Autant de fonctions étroitement liées à la délivrance de services des Centres de Santé et dont les effets positifs sont l'unaniment reconnus, quelles que soient les catégories rencontrées (usagers, agent.es des santé, élu.es, représentants locaux des services de santé, représentants des faïtières). Reste bien entendu un certain nombre de difficultés et d'insatisfaits. La contrainte majeure concerne le maintien des effets et leur institutionnalisation. Cette contrainte nous proposons de la transformer en "demande essentielle" : **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. A l'exemple de certains Etats africains.**

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 (en deçà de 20%) 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.

santé (imprévisibilité de l'accueil, imprévisibilité des médicaments, imprévisibilité du coût des soins), ainsi que des **dimensions socio-politiques** (manque de confiance, factionnalisme politique, rapports de pouvoir).

Mais elles sont largement dues aux contextes qui prévalent dans la délivrance des soins

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 la fragmentation des mutuelles en améliorant leur professionnalisation technique et socio-politique.

Les difficultés ne manquent pas dans les mutuelles On connaît aussi mieux les raisons de la faible adhésion des populations africaines aux mutuelles.

Ces facteurs sont multiples, complexes, mais on peut les classer en 3 grandes catégories : **des craintes individuelles** (liées aux représentations du service, aux habitudes, aux ouï-dire...), **l'imprévisibilité** liée à la méconnaissance autant qu'aux dysfonctionnements des services de

Le projet CAP-CSU d'ESSENTIEL épouse les mêmes principes de concentration et de professionnalisation avec la particularité de les mettre en œuvre dans deux pays bien différents du point de vue de leur stade d'engagement dans la CSU. 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 ARCH¹. La Guinée a avancé dans la mise en place de services sociaux, notamment dédiés aux personnes vulnérables, mais sans engagements financiers concrets.

Un projet qui n'a pas peur de partir de situations critiques comme point de départ
...

Il n'est pas inutile de préciser que le projet CAP-CSU s'adressait à de vieilles mutuelles, habituées à une certaine routine et ne prétendait aucunement mettre en place de nouvelles mutuelles à la base. CAP-CSU partait, en d'autres termes, des conditions les plus difficiles et les plus fréquentes.

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.trices :



A l'échelle locale (OS2), l'ambition ... en concentrant le renforcement de compétences à des échelles stratégiques... est d'organiser les mutuelles de base en "Unions communales" (Bénin) ou en "Mutuelles de Santé préfectorales" (Guinée).

Ceci en travaillant plus particulièrement 5 dimensions de la professionnalisation des mutuelles (au Centre), 5 cibles (en Rouge et en Blanc) et autant de rapports-clefs :



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.trices**. Différents types de **messages** ont alors pu être construits selon les cibles. Différentes **focales** ont pu être développées envers : les mosquées, la diaspora, les élus.es des collectivités locales, les agent.es 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.

De l'importance du travail d'identification préalable des "cibles"

Ces acteurs.trices 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.

¹ Assurance pour le Renforcement du Capital Humain

Le marketing Social est appuyé par la création à l'échelle de ces regroupements de mutuelles par des petites unités de fabrication de **cartes individuelles** de membres. 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).

L'instauration de cartes individuelles plutôt que de cartes de famille

Le Contrôle Social

Il consiste à vérifier qu'il n'y a pas risque de sélection adverse de la part des adhérents 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 a pas surfréquentation des Centres de santé.

Un suivi-encouragement plus encore qu'un contrôle ?

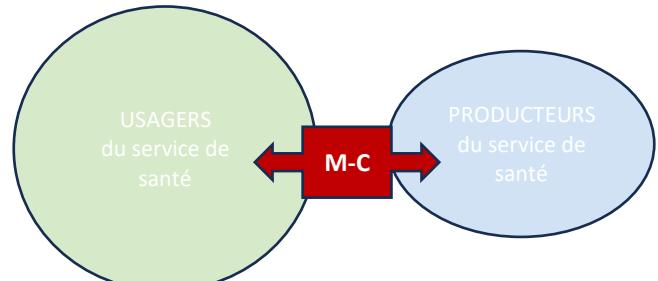
Il a surtout consisté à mettre en place un dispositif de suivi sur base d'un échantillonnage raisonné de bénéficiaires à suivre. Le suivi se fait par appel téléphonique essentiellement appuyé par des visites à domicile ou dans les Centres de santé le cas échéant. Le contrôle social tend à être réalisé 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-équipements². 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.

Une importance qui dépasse l'enjeu mutualiste

Il s'agit là d'une fonction d'interface particulière-ment 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

L'ACCUEIL : un sujet sensible

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.

L'importance d'une régulation articulant "règles" et "principes"

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 sensibilisés au suivi de leurs aîtres 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 cotisants 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 cette période, il y a eu 3 fois plus de personnes pouvant bénéficier des services d'une mutuelle.

² 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.ères.

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

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'insatisfaits à près de 5%. Les taux de conformité des diagnostics et des formats d'attestation aboutissent à peu de choses près au même résultat.

Ce sont donc moins de 5 mutualistes sur 100 qui ont encore des raisons de se plaindre des services de santé. Ces indicateurs renforcés encore par les études de satisfaction qui montrent des améliorations nous semble importants car ils marquent une rupture avec la tendance dans ces zones à la désinformation, au manque de confiance dans les mutualités 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 ;
- Une sécurisation des fonds mutualistes est renforcée 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 mutualistes.
- 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 pérennissent 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 penser que ces effets ne dureront, une fois de plus, que le temps du financement.

Dans un certain nombre de cas cependant, en Guinée comme au Bénin, on constate une amélioration d'un certain nombre de processus au sein des services de santé dont il est difficile de dire s'ils sont dus à l'amélioration des mutualités. C'est par exemple en Guinée le renforcement du « Monitoring Amélioré » des services de santé qui dans la zone du projet se révèle efficace.

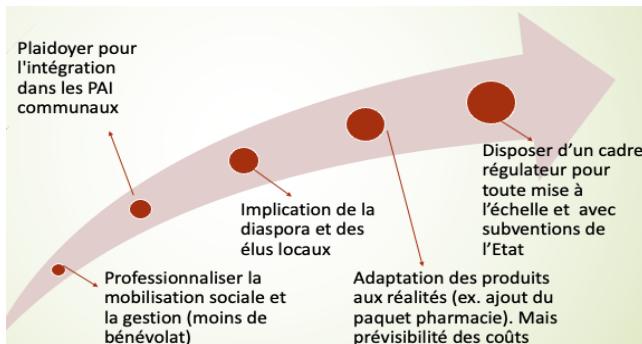
En attendant des données complémentaires difficiles à obtenir de ces services, on peut déjà tirer un certain nombre d'enseignements.



LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

Ces enseignements sont partagés par toutes les catégories rencontrées à l'unanimité.

1. ***Il est possible de renforcer fortement les capacités des mutuelles en matière de mobilisation sociale et d'adhésion des plus démunis aux conditions de :***



2. ***Il est possible de renforcer fortement les capacités des mutuelles en matière de gestion des fraudes et mauvaises utilisation des services***
3. ***Il est nécessaire et possible de renforcer les structures nationales de gestion des mutuelles par :***
 - Plus de concertation
 - Plus de partage d'expériences
 - Plus de partage de formations et d'informations
 - Plus de programmes croisés et en synergie...

A l'exemple de la collaboration entre ESSENTIEL et FMG en GUINÉE sur

- *les vulnérables qui démontre l'importance des mutuelles pour Identifier et sécuriser les paiements*
- *le master universitaire en Santé publique qui permet de valoriser les expériences de CAP CSU dans les cursus*

4. ***Le maintien et le renforcement de ces acquis***



supposent immanquablement plus d'investissements financiers de la part de l'Etat dans les mutuelles s'il veut atteindre ses engagements en matière de CSU pour l'informel et l'agricole .

ARGUMENTS POUR UN PLAIDOYER

1. Il y a pour tous (agent.es 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 :
 - Les programmes extérieurs sont trop volatiles
 - Les programmes extérieurs divisent les acteurs.trices 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 permis 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.trices dans une sorte de chacun pour soi du fait de :
 - Un financement basé sur les résultats (redébarbilité faible et intéressée)
 - Un compartimentage des agendas et modalités de travail



Coordonnées du Projet :

M. Mesmin Emmanuel Dossou Yovo, chef de projet

+224 01 97 77 37 36

mesmin.dossou-yovo@essentiel-international.org