

LES PROGRAMMES DE MUTUELLES DE SANTE¹

ATIA a décidé de capitaliser sur ses programmes de mutuelles de santé et son modèle. ATIA, qui a repris les programmes urbains d'Inter Aide en 2008, dispose d'une expérience de plus de quinze ans dans la mise en œuvre de mutuelles de santé. Elle a accompagné six mutuelles de santé en Inde, quatre à Madagascar, une au Bangladesh, une aussi au Burkina Faso et une dernière naissante au Togo. La plupart de ces mutuelles de santé sont adossées à des activités de microfinance.

Contexte et Public Cible	1
Diminuer les dépenses catastrophiques.....	1
Une difficulté d'adhésion pour les familles vulnérables	4
Spécificités des mutuelles développées par ATIA	5
Une adhésion obligatoire.....	5
Un partenariat étroit avec l'organisation partenaire	6
Des services complémentaires pour sensibiliser les bénéficiaires et assurer la qualité de l'accueil des prestataires de soins conventionnés.....	8
Les outils de suivis et de pilotage	10
Deux indicateurs principaux à suivre : le ratio sinistre à prime et le taux de sinistralité	10
Un outil de gestion nécessaire : B'mas.....	12
L'autonomisation des mutuelles	14
Une collaboration avec l'Etat	14
Un modèle financier pour atteindre une autonomie à minima	15
Un modèle d'autonomisation à long terme	17

Contexte et Public Cible

Diminuer les dépenses catastrophiques

Inter Aide a démarré dans les années 1980 des actions de prêts productifs pour les familles vulnérables des bidonvilles de Mumbai et Pune en Inde². Mais en l'absence d'un système de couverture santé accessible, on a constaté que ces micro-entrepreneurs et leurs familles étaient fortement vulnérables face à la maladie, ce qui avait des conséquences sur leur santé, leurs activités génératrices de revenus et le remboursement de leur crédit.

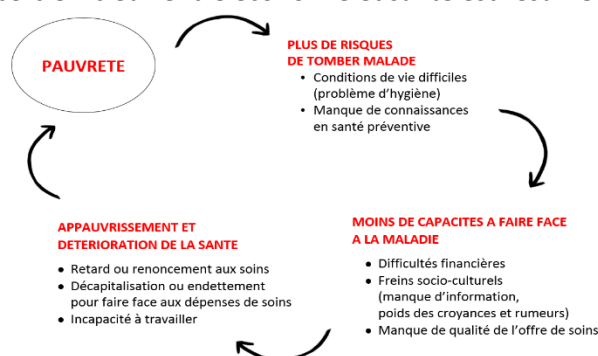
Précisément, l'analyse des besoins en santé des familles ciblées a fait ressortir des difficultés concernant :

¹ Ce document s'appuie sur et remplace un document précédent écrit par Louise Deroo et Paul Orsoni en 2016

² Voir la fiche pratique sur ce sujet : <https://reseau-pratiques.org/micro-credit-historique-programmes-eco-les-programmes-urbains-de-prets-productifs-inter-aide-2013/>

- Leur capacité à assumer des coûts de santé de plus en plus élevés, les problèmes de santé ayant un impact négatif sur le niveau de vie des familles et entraînant parfois le renoncement à certains soins ;
- L'accès à des soins adaptés et de qualité alors que l'offre apparaît faussement pléthorique, cette dernière étant mal régulée et la fiabilité des prestataires variable ;
- La prévention contre les maladies les plus fréquentes auxquelles les familles vulnérables des bidonvilles sont d'autant plus exposées que le contexte sanitaire est difficile et qu'elles manquent de connaissances en santé préventive.

Ce diagnostic a été similaire à Madagascar où Inter Aide a démarré une première mutuelle de santé en 2007, ainsi qu'au Burkina Faso où ATIA a démarré une mutuelle en 2018 et au Togo où une mutuelle a été lancée en 2023. Le cercle vicieux entre économie et santé est résumé par le schéma suivant :



On a donc cherché à apporter une réponse globale aux trois difficultés évoquées ci-dessus en fournissant, conjointement aux prêts productifs, des services à la fois financiers et sociaux pour améliorer l'accès des familles aux soins. Ces services s'articulent autour d'un réseau de prestataires de soins, qui est la clé de voûte du système³.

Les objectifs des mutuelles peuvent être synthétisés de la manière suivante :

³ En 2023, ce réseau est composé de 300 prestataires de soins conventionnés à Madagascar et de 150 au Burkina Faso : généralistes, spécialistes, hôpitaux publics, hôpitaux semi-publics (« trust hospitals »), hôpitaux privés, pharmacies, laboratoires. En Inde, ce réseau était composé de 260 prestataires au moment de l'autonomisation des mutuelles en 2016.

Améliorer l'accès à la santé

Favoriser l'accès à des soins adaptés en termes de coût et de qualité

Renforcer l'éducation en santé

Réduire les coûts des soins

Orienter vers les prestataires de soins adaptés

Améliorer le recours aux soins et la santé préventive

Prise en charge de dépenses de soins
Réduction chez les prestataires de soins conventionnés
Système de tiers payant et remboursement rapide des prestataires de soins

Réseau de prestataires de soins de qualité
Permanence médicale
Permanence médicale téléphonique
Accompagnement à l'hôpital, suivi hospitalier et post-hospitalisation

Sensibilisation continue aux principes de la mutuelle via des Visites à Domicile, des permanences physiques et des permanences téléphoniques 24h/24h
Campagne en santé préventive

On distingue les hospitalisations des soins primaires. Toutes les mutuelles suivies par ATIA ne proposent pas les mêmes services à leurs adhérents, car si l'hospitalisation est systématiquement couverte, les soins primaires ne sont jamais pris en charge par les mutuelles indiennes, ne le sont pas toujours à Madagascar, mais le sont systématiquement au Burkina Faso et au Togo⁴.

En termes de gestion du risque, l'hospitalisation présente une fréquence faible (on constate une fréquence annuelle d'environ 2% sur nos programmes en Inde et à Madagascar, plus élevée au Burkina Faso où elle est à plus de 7% du fait des mises en observation particulièrement fréquentes en périodes de pic du paludisme)⁵ mais un coût moyen très élevé : la dépense est en général « catastrophique », c'est à dire que la famille, en l'absence de couverture par une mutuelle, doit se priver de produits de première nécessité pour payer les soins⁶.

Au contraire, les soins primaires présentent une fréquence annuelle beaucoup plus élevée⁷, mais un coût moindre, rarement catastrophique.

Tous les programmes de mutuelles couvrent donc le risque hospitalisation, le but premier étant d'éviter que les familles ne s'appauvrissent à cause d'une dépense de santé trop importante. Mais la concrétisation de ce risque étant rare, les familles ne voient pas toujours l'intérêt de souscrire à une mutuelle. La demande des familles pour ce service est parfois présente, mais elles ne sont en général

4 En Afrique de l'Ouest, la réglementation de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine « UEMOA » définit les principes fondamentaux régissant la mutualité sociale au sein de l'UEMOA et fixe ainsi certains standards pour les mutuelles, notamment la couverture des soins primaires.

5 On peut le voir comme la probabilité pour une personne de devoir aller à l'hôpital dans l'année. Au niveau de la mutuelle, on le voit plutôt comme le pourcentage d'adhérents qui se feront hospitaliser dans l'année, ce qui revient au même. En connaissant les types d'hospitalisation les plus courants dans notre zone d'intervention, et le coût moyen de chaque type, on en déduit la charge financière probable que la mutuelle aura à prendre en charge dans l'année.

6 L'OMS suggère que les dépenses de santé soient considérées comme catastrophiques quand elles dépassent un certain pourcentage du budget du ménage. L'ODD 3.8.2 considère une dépense catastrophique lorsqu'elle représente plus de 25% des dépenses du ménage. Pour donner un exemple du coût des dépenses d'hospitalisation, une étude effectuée en 2017 au Burkina Faso auprès de plus de 300 familles a montré que le revenu journalier par unité de consommation des adhérents était inférieur à 400 FCFA (soit environ 0,61€ par jour et par personne), alors que le coût moyen d'un soin primaire s'élève à 3 000 FCFA et celui d'une hospitalisation à 22 000 FCFA

7 de l'ordre de 45% à Madagascar et de 50% au Burkina Faso pour nos bénéficiaires

pas prêtes à payer pour et, comme souvent, le but sous-jacent des programmes est aussi de renforcer cette demande et pas seulement de répondre à des besoins explicitement formulés par les familles accompagnées.

Une difficulté d'adhésion pour les familles vulnérables

L'appropriation et la diffusion des programmes de mutuelles ne sont pas aisées en raison de plusieurs difficultés :

- **Prévoyance** : il est très compliqué de convaincre une famille vivant dans la précarité de payer pour son avenir (et un risque qu'elle perçoit comme improbable), alors qu'elle lutte au quotidien pour sa survie.
- **Entraide et solidarité** : de même les familles ne sont pas toujours prêtes à « payer pour les autres ».
- **Complexité** : le service proposé a des règles d'utilisation précises. Certains soins sont remboursés, d'autres pas, ou alors seulement partiellement ; cela dépend en outre du type de prestataire chez qui le malade va, et il y a souvent une procédure à respecter pour garantir le remboursement ultérieur : information préalable de l'équipe de la mutuelle, présentation de sa carte d'adhérent à jour en arrivant à l'hôpital...
- **Risque de surconsommation** : les cotisations sont indépendantes du montant des dépenses prises en charge par la mutuelle. Cela pourrait inciter les mutualistes à consommer un maximum de soins pour « rentabiliser » leurs cotisations.
- **Sélection adverse** : une mutuelle de santé cherche à accroître le nombre de ses membres. Plus ce nombre est élevé, plus le partage des risques sera efficace. On parle de sélection adverse lorsque les personnes présentant un risque élevé de maladie constituent une part des adhérents plus élevée que dans la population générale. Cette situation peut compromettre la viabilité financière de la mutuelle, car elle entraîne de grosses dépenses par mutualiste. A titre d'exemple, au Burkina Faso où l'adhésion à la mutuelle est **obligatoire** pour les emprunteurs et **volontaire** pour les épargnants de l'Institution de Micro Finance partenaire, on constate que le coût des soins pour les adhésions volontaires est à peu près égal à 1,4 fois le montant des cotisations, alors qu'il est à l'équilibre pour les adhésions obligatoires. Comme pour tout système d'adhésion volontaire, TOND LAAFI fait face au risque de sélection adverse, les personnes qui adhèrent volontairement sont davantage malades que la moyenne des membres mutualistes. Ces personnes risquent en plus d'arrêter de payer leur cotisation une fois qu'elles ont reçu les soins nécessaires.
- **Sur prescription et hausse des coûts** : Les prestataires de soins peuvent prescrire des soins inutiles ou plus simplement augmenter leurs coûts lorsqu'ils apprennent que le bénéficiaire est affilié à une mutuelle de santé. Au Togo par exemple, la consultation médicale coûte environ 750 FCFA mais de nombreux centres de santé la fixent à 1000 FCFA pour les personnes qui ont une mutuelle.
- **Fraudes et abus** : les fraudes et abus peuvent résulter, entre autres, de la pression qui peut s'exercer sur un mutualiste de la part de sa famille, de son cercle d'amis ou de son voisinage. Par exemple, lorsqu'un enfant non couvert tombe malade, la tentation sera alors grande de le faire passer pour l'un de ceux inscrits sur la carte mutualiste.



Mise à jour de la carte d'adhérent à la mutuelle de santé d'AFAFI, à Antananarivo (Madagascar).

L'utilisation de la mutuelle par les familles n'est donc pas évidente. Elle requiert des formations, des contrôles et un accompagnement intensif, surtout pour les familles que nous ciblons en priorité qui sont peu éduquées, peu informées et pour qui ce genre de système est en général totalement nouveau. Cela rend aussi la pérennité financière d'un tel mécanisme difficile à atteindre.

Spécificités des mutuelles développées par ATIA

Une adhésion obligatoire

Tous les systèmes de mutuelle appuyés par ATIA avec un principe d'adhésion volontaire ont été incapables de parvenir à l'équilibre entre cotisation récupérée et remboursement des soins. Les adhérents volontaires consomment en effet toujours plus que ce qu'ils cotisent, avec un ratio de sinistres à primes (montant de remboursement des soins / montant des cotisations) qui est monté jusqu'à 400 % au Bangladesh, où ATIA a finalement dû arrêter ses activités en décembre 2023.

En sus de ce risque de « sélection adverse », les adhésions volontaires restent généralement trop limitées pour envisager de faire fonctionner un programme de mutuelle de santé sur cette seule base. Il faut en effet beaucoup de temps pour convaincre des familles d'adhérer, ou motiver les membres à renouveler leur adhésion : atteindre une taille critique devient compliqué et le coût par bénéficiaire trop élevé. Surtout, on risque de laisser de côté les familles les plus pauvres qui ne pourraient pas facilement payer la cotisation (mais qui en auraient le plus besoin !). C'est par exemple le constat qui a été fait à l'occasion de l'étude pilote menée par la mutuelle AFAFI auprès des familles de la commune d'Ambohitrimanjaka, près d'Antananarivo à Madagascar : la mairie et les autorités de quartiers (« Fokontany ») se sont montrées très motivées pour proposer la mutuelle à tous les habitants, mais en l'absence d'un mécanisme systématique et obligatoire, le taux d'adhésion par Fokontany est resté très limité (25% des habitants en moyenne ont adhéré), les animatrices d'AFAFI passant un temps important à gérer les renouvellements. Les familles les plus précaires sont restées en majorité exclues du dispositif⁸.

Dans le cas des partenariats avec les Institutions de Micro Finance (IMF) au Burkina Faso et à Madagascar, une des limites du mécanisme d'adhésion obligatoire des micro-emprunteurs est que la

⁸ *Evaluation interne Inter Aide – AFAFI, juillet 2015, Dode Laurant et Paul Orsoni. Cette évaluation a clairement montré que les familles non membres étaient intéressées par les services de la mutuelle, et d'autre part que les familles adhérentes étaient très satisfaites. Mais c'est insuffisant pour faire adhérer une majorité de familles : on revient sur l'ensemble des raisons déjà évoquées pour lesquelles la demande pour un système d'assurance santé est faible...*

couverture s'arrête lorsque le crédit ou le cycle de crédit s'arrête. Une adhésion volontaire est alors proposée aux anciens micro-emprunteurs qui continuent d'épargner au sein de l'IMF. Toutefois, en moyenne, seulement 10% des micro-emprunteurs choisissent une adhésion volontaire une fois sortis du cycle de prêt et là encore le ratio sinistre à prime reste élevé (de l'ordre de 140%).

Une dernière difficulté liée aux adhésions volontaires est l'impossibilité qu'ont les bénéficiaires les plus vulnérables à payer l'ensemble de la cotisation en une seule fois et donc la nécessité de récupérer la cotisation mensuellement, ce qui est évidemment chronophage. Pour contourner cette difficulté, il est important que les adhérents volontaires fassent partie d'un groupe qui se réunit régulièrement. Un test actuel dans les bas quartiers d'Antananarivo est de réunir les adhérents volontaires en groupe de 4 à 5 personnes avec une seule personne chargée de récupérer et de verser périodiquement la cotisation des membres. En cas de retard de paiement, ce sont l'ensemble des membres qui ne sont plus couverts par la mutuelle.

Ces différentes expériences ont confirmé le choix d'ATIA de fonder la création de ses mutuelles sur un système d'adhésion obligatoire.

Pour que ce système d'adhésion obligatoire fonctionne, il est nécessaire que la mutuelle soit adossée à un autre service auquel ont accès un grand nombre d'adhérents. La cible d'ATIA étant les populations les plus vulnérables, les travailleurs du secteur informel, qui représentent la majorité de la population active de nos pays d'intervention⁹, sont un choix privilégié.

ATIA a en conséquence d'abord développé des services de mutuelles de santé adossés aux IMF créées puis appuyée par ATIA en Inde (à Mumbai et à Pune) et à Madagascar (à Antsirabe, Mahajanga et Manakara). En parallèle, à Madagascar (à Antananarivo), au Burkina Faso (à Ouagadougou) et au Togo (à Lomé), ATIA a créé des organismes de mutuelles de santé autonomes qui ont établi des partenariats avec des IMF indépendantes.

Le mécanisme d'adhésion obligatoire rencontre deux risques principaux :

- Le premier est que les adhérents n'utilisent pas la mutuelle : sans système de sensibilisation, nous avons constaté un très faible taux d'utilisation de la mutuelle
- Si les adhérents n'utilisent pas ou ne comprennent pas l'intérêt de la mutuelle, il y a aussi un risque qu'ils cherchent à contracter un prêt auprès d'une autre IMF où il n'y aura pas d'adhésion obligatoire à la mutuelle

Pour diminuer ces risques, deux types d'actions ont fait leurs preuves :

Un partenariat étroit avec l'organisation partenaire

Il est primordial que la structure proposant un service initial (par exemple un prêt dans le cas des IMF) soit convaincue de l'intérêt de l'adhésion obligatoire et la défende auprès de ses bénéficiaires. Sans cette implication de la structure partenaire, l'adhésion obligatoire ne fonctionne pas. Il faut donc faire un travail de sensibilisation continue auprès des structures partenaires sur l'utilité de cette adhésion obligatoire. Dans le cas des IMF, il faut rappeler qu'un des objectifs des mutuelles est d'éviter aux micro-entrepreneurs d'échouer dans leur projet à cause d'un incident de santé : la mise en place d'une mutuelle devait donc avoir un impact sur le taux de remboursement des prêts.

⁹ 90% à Madagascar, 80% au Burkina Faso et 70% au Togo.

En Inde, même si on n'a pas été capable de démontrer un impact sur le niveau de vie global des bénéficiaires, une étude qualitative réalisée avec l'association indienne PARVATI SWAYAMROJGAR en 2008 a comparé les situations d'un groupe d'emprunteurs adhérant à la mutuelle avec un groupe d'emprunteurs non adhérents, et a permis de confirmer de meilleures performances au niveau du crédit ainsi que d'autres bénéfices liés à la mutuelle¹⁰. Nous en re prenons ici les principaux constats :

« (...) malgré les similitudes observées entre les deux groupes, l'étude a permis d'identifier des différences significatives concernant le groupe des emprunteurs assurés (...) :

- meilleur accès au soin et à la couverture santé (...) Elle confirme aussi le fait que les assurés ont tendance à consommer plus de service de santé que les non assurés.
- meilleure stabilité économique pour les familles assurées : les bénéficiaires du groupe IGP [prêts productifs] + HMF [assurés] ont tendance à manquer moins d'échéances de remboursement que les membres du groupe IGP [non assurés].
- Meilleure sensibilisation à la santé (...).
- Impact sur le comportement d'épargne : à capacité d'épargne égale, le nombre d'épargnants du groupe IGP + HMF [adhérents] a presque doublé et montant d'épargne accumulé par les bénéficiaires assurés a augmenté de 60 % entre la première année et la troisième année de service.»

La couverture des soins primaires permet de mieux convaincre les adhérents de l'intérêt des mutuelles, même si nous avons vu que ce n'était pas suffisant pour faire adhérer volontairement les familles (cas de l'étude pilote d'AFABI à Ambohitrimanjaka). Le but est surtout de faire en sorte que les familles précaires aient plus recours aux soins, et à diminuer leurs dépenses de soins primaires, même si celles-ci ne sont pas « catastrophiques ». Comme le notent des experts de l'OMS¹¹ : « Beaucoup renoncent à utiliser les services [de santé] tout simplement parce que le coût direct (consultations, médicaments, analyses de laboratoire) ou indirect (transports, alimentation spéciale) est trop élevé pour eux. Les ménages pauvres risquent alors de s'enfoncer un peu plus dans la misère en raison de la perte de revenu qu'entraîne la maladie et de ses répercussions sur leur qualité de vie en général. »

Cet impact de la mutuelle de santé sur le taux de remboursement des micro-emprunteurs a pu être confirmé par une étude quantitative menée au Burkina Faso de 2020 à 2022 qui a comparé un groupe de 1000 emprunteurs adhérant à la mutuelle (groupe test) avec un groupe de 1000 emprunteurs non adhérents (groupe contrôle). Cette étude a montré une diminution de 23% de la proportion d'enquêtés dont les dépenses de santé ont eu un impact négatif sur l'activité génératrice de revenus.¹²

De façon intéressante, cette étude n'a pas montré dans un premier temps une amélioration du « recours aux soins » : les bénéficiaires du groupe test (adhérents à la mutuelle) et du groupe contrôle (non adhérents à la mutuelle) se soignaient aussi souvent. En analysant plus finement les réponses, nous avons néanmoins pu établir que le groupe adhérant à la mutuelle utilisait des soins plus adaptés et plus rapidement tandis que le groupe contrôle recourait beaucoup plus fréquemment à l'automédication et aux tradipraticiens, et attendait plus longtemps avant de recourir aux soins.

¹⁰ Etude d'impact menée par Inter Aide et Uplift India sur l'impact des programmes de microfinance et mutuelle de santé menés en partenariat avec l'ONG indienne PARVATI SWAYAMROJGAR. Cette étude a été conduite sur un échantillon de 285 personnes entre mai et décembre 2008. L'intégralité de ce rapport est disponible sur le site Pratiques : <https://reseau-pratiques.org/en/impact-survey-on-micro-insurance-finance-service-with-regard-to-socio-economic-level-of-the-family-swabhimaan-2008/>

¹¹ OMS, WHO/EIP/HSF/PB/05.02 F, 2005

¹² Etude d'impact menée par l'Université de Bordeaux en suivant une méthodologie d'Essai Contrôle Randomisée. L'intégralité du rapport est disponible sur le site Pratiques : <https://reseau-pratiques.org/evaluation-au-travers-dun-essai-contrrole-randomise-de-limpact-dun-dispositif-de-sante-et-protection-sociale-mis-en-place-pour-les-familles-vulnerables-au-burkina-faso/>

Des services complémentaires pour sensibiliser les bénéficiaires et assurer la qualité de l'accueil des prestataires de soins conventionnés

Pour faire en sorte que les familles adhérentes utilisent les mutuelles, sollicitent des soins et acceptent le principe d'adhésion obligatoire, les programmes de mutuelles de santé mettent en place plusieurs services complémentaires.

A minima, ces services doivent comprendre :

- **Une permanence téléphonique.** Elle est tenue par un médecin conseil et les animateurs de la mutuelle 24h/24h et 7j/7j. Elle est un service d'information et d'orientation médicale.

- **Une permanence physique dans l'IMF partenaire.** Cette permanence sert à renseigner les mutualistes, à renforcer leurs connaissances sur la mutuelle et l'utilisation de ses services. C'est un service qui permet aussi d'assurer le lien entre l'IMF et la mutuelle. Les éventuels problèmes de fonctionnement, par exemple, peuvent être résolus rapidement.

- **Des visites régulières auprès des prestataires de soins conventionnés.** La mutuelle sélectionne les prestataires de soins dont la qualité des soins répond à un certain nombre de normes (absence de sur prescription, respect de la pyramide sanitaire...). Une convention est signée avec ces prestataires de soins et seuls ces prestataires permettent aux adhérents de bénéficier de la mutuelle. Des visites régulières permettent alors de s'assurer que les procédures sont bien respectées et surtout améliorent l'accueil réservé aux adhérents ! Plus la relation entre la mutuelle de santé et les prestataires de santé sera bonne, mieux les adhérents à la mutuelle seront reçus et écoutés, ce qui est primordial pour améliorer le recours aux soins des populations vulnérables¹³. La fréquence de ces visites dépend de l'ancienneté du partenariat et du nombre d'adhérents qui visite le prestataire.

- **Des suivis hospitalisation et post-hospitalisation.** Les adhérents sont souvent très inquiets lors d'une hospitalisation, ils peuvent être perdus et impressionnés s'ils viennent pour la première fois. Le suivi proposé au patient par la mutuelle permet de réduire son anxiété lors de l'hospitalisation. Par ailleurs, les dépenses étant très importantes, les suivis lors des hospitalisations permettent d'éviter une surfacturation de la part des prestataires de soins et de s'assurer que les adhérents bénéficient bien du tiers-payant.



Une animatrice de la mutuelle TOND LAAFI assure une permanence dans une agence de l'IMF partenaire



Suivi hospitalier par la responsable de la mutuelle de santé de MAMPITA, à Mahajanga (Madagascar)

¹³ Une étude anthropologique réalisée en 2021 par Ethno Logik a montré que les adhérents de la mutuelle de santé AFAFI à Madagascar évaluaient la qualité des soins qu'ils recevaient principalement à partir de l'accueil qu'ils recevaient.

A ces services minimums peuvent aussi être ajoutés :

- **Des visites à domicile** effectuées par les animateurs. Ces visites visent à renforcer davantage les connaissances, la compréhension et donc l'utilisation des services de la mutuelle. Elles permettent aux bénéficiaires et aux animateurs de mieux se connaître. Cet espace plus intime permet de fournir des conseils plus ajustés, y compris en matière de santé préventive.
- **Une permanence médicale.** Elle est tenue par un médecin conseil de la mutuelle. Elle permet d'écouter et de conseiller les mutualistes et donne lieu à des lettres de référencement vers un prestataire de soins du réseau en cas de besoin.
- **Des animations en santé préventive.** Organisées très régulièrement, elles ont pour objectif d'informer et de sensibiliser sur les maladies fréquentes dans les zones d'intervention (paludisme, typhoïde, jaunisse, dengue, diarrhée, etc.), et d'éduquer sur les gestes de base en matière d'hygiène et de prévention.
- **Des bilans médicaux et dépistages gratuits.** Ils sont organisés régulièrement dans les zones d'intervention avec les médecins du réseau. Ils visent à orienter et insérer les bénéficiaires dans le système de santé, en favorisant le suivi par le médecin qui a contribué à la campagne et qui peut devenir le « médecin de famille ».

Tous ces services d'accompagnement médico-social permettent d'augmenter l'utilisation de la micro-assurance santé et de réexpliquer en continu les principes du service de la mutuelle.

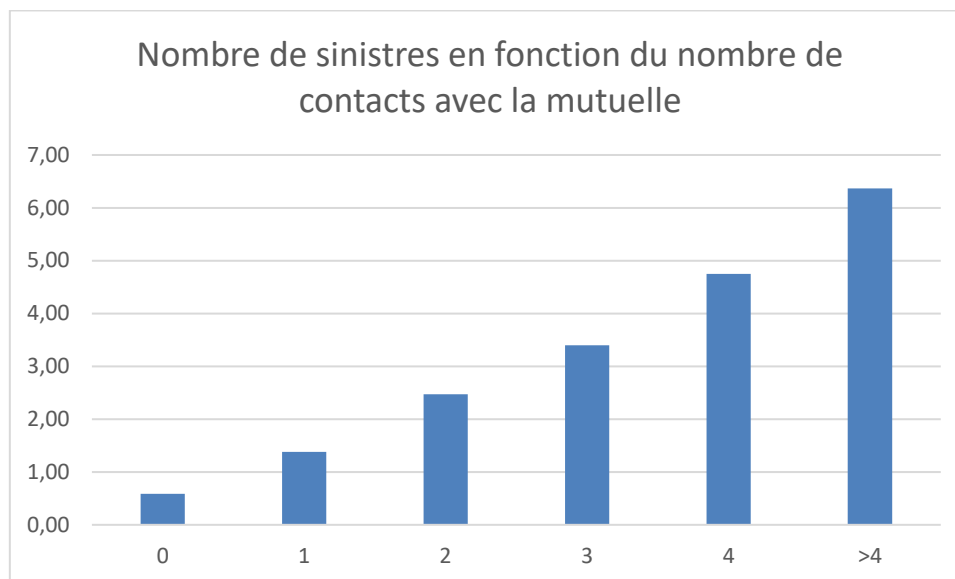
Ces services permettent aussi d'améliorer l'orientation des adhérents dans leur parcours de soins, notamment face à une médecine peu régulée et parfois peu scrupuleuse, qui a tendance à profiter du manque de connaissances des familles. La mise en place d'une mutuelle s'accompagne d'un conventionnement avec les structures de soins publiques et privées (y compris les médecins de quartier), permettant de s'assurer du sérieux et de la qualité des soins proposés, et parfois de négocier des tarifs préférentiels... Valoriser ces économies permet aussi de convaincre les familles du retour sur investissement de leur prime d'adhésion, même si elles ne sont pas hospitalisées.

Ces services non financiers sont une nécessité pour que les familles aient recours aux soins. Ils permettent de combattre les superstitions et le recours à des pratiques non scientifiques, qui peuvent aggraver la situation en retardant l'accès aux soins nécessaires. Mais c'est surtout en donnant confiance et en accompagnant les familles (en les prenant parfois littéralement par la main !) qu'on leur permet de se soigner. Sinon de mauvaises expériences (mauvais accueil, corruption...), le manque d'information sur les symptômes ou sur « où aller », ou simplement l'habitude de ne pas se soigner, gardent les familles éloignées des soins. C'est cette « barrière psycho-sociale » que les mutuelles visent à franchir par les services non financiers.



Dr Supekar, médecin de quartier conventionné par la mutuelle de santé de SAI à Mumbai.

Une étude effectuée sur un échantillon de 1139 familles burkinabés suivies entre 2020 et 2022 a montré un lien entre le nombre de contacts avec les représentants de la mutuelle et le nombre de sinistres.



Sur le graphique, le nombre de contacts avec la mutuelle (appel téléphonique, visite à domicile, sensibilisation en groupe...) est en abscisse et le nombre de sinistres en ordonnée. Il est néanmoins difficile d'établir un lien de causalité précis car lorsqu'il y a un sinistre, les adhérents vont aussi plus facilement appeler la mutuelle, vont bénéficier de visites à domicile post-hospitalisation... Les liens de causalité entre nombre de sinistres et nombre de contacts avec la mutuelle sont donc doubles. Une étude plus précise est prévue au Togo pour établir l'impact spécifique des services non-financiers sur le taux d'utilisation de la mutuelle.

Les outils de suivis et de pilotage

Deux indicateurs principaux à suivre : le ratio sinistre à prime et le taux de sinistralité

L'indicateur principal de la santé financière d'une mutuelle est un indicateur mesurant les dépenses de soins rapporté aux cotisations acquises qui forment le fonds mutuel : **le ratio « sinistres à primes »**. S'il dépasse 100%, il signifie que la mutuelle dépense trop, c'est à dire que les cotisations des adhérents ne permettent pas de couvrir les remboursements de soins. Si au contraire il est en dessous de 100%, la mutuelle capte plus de cotisations qu'elle ne dépense en remboursements de soins. Un pourcentage trop bas peut signifier que les familles ne sollicitent pas assez le fonds. Mais d'autres causes sont possibles : panier de soins trop limité, plafonds de remboursement trop bas, procédures de remboursement trop contraignantes pour les adhérents, établissements conventionnés peu fréquentés à cause d'une mauvaise image ou d'une mauvaise qualité de l'accueil ou des soins, etc.



Comité des représentants des adhérents de la mutuelle de SAI, à Mumbai.

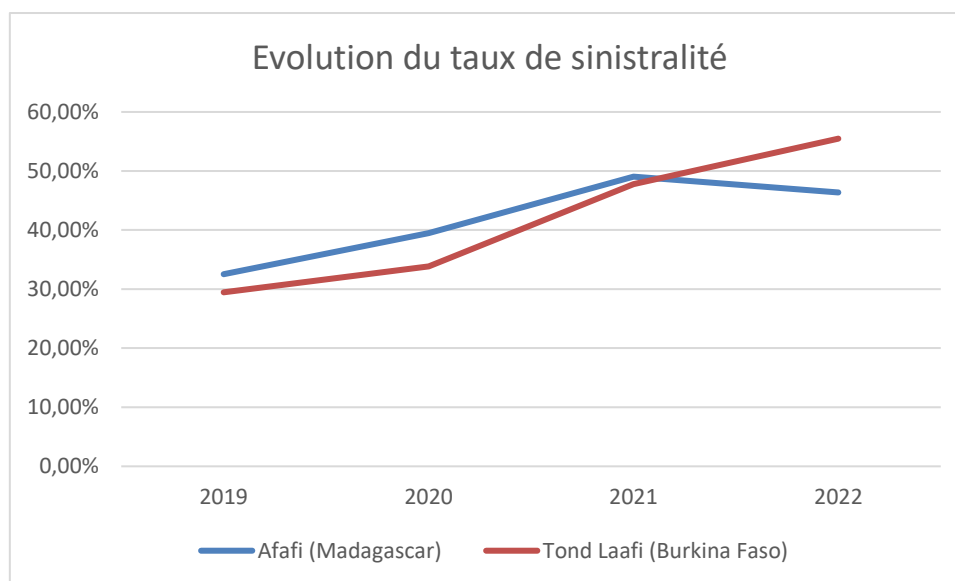
On vise en général un ratio entre 80% et 90%, qui permet de constituer quelques réserves pour la mutuelle en cas de fréquence de sinistres anormalement élevée. Les réserves peuvent aussi être « distribuées » de manière exceptionnelle lors des comités de représentants des adhérents, qui peuvent choisir de rembourser alors que le cas est exclu du panier de soins, ou augmenter les plafonds pour des familles particulièrement pauvres. Cela se fait lors des réunions des comités des représentants des adhérents. Ce mécanisme très participatif est apprécié des adhérents, qui prennent ainsi part au pilotage de leur mutuelle, mais suppose aussi beaucoup de temps d'explication et d'animation...

Exemples de ratios « sinistres à primes » sur 12 mois de certaines mutuelles à Madagascar et au Burkina Faso :

	2021	2022
AFAFI (Madagascar)	124 %	118 %
MAMPITA (Madagascar)	70 %	61 %
VAHATRA (Madagascar)	68 %	63 %
TOND LAAFI (Burkina Faso)	80 %	83 %

On voit ici que le ratio sinistre à primes dépasse 100% à AFAFi : un des enjeux des années à venir est d'augmenter le montant de la cotisation pour revenir à un ratio sinistre à primes en dessous de 90%. A l'inverse, à Mampita et à Vahatra, l'enjeu est d'augmenter le panier de soins pour augmenter ce ratio sinistres à prime.

Le deuxième indicateur est le **taux de sinistralité**, mesurant le nombre de sinistres rapporté au nombre moyen de membre en cours de droit durant l'année. Pour une mutuelle remboursant les soins primaires et les hospitalisations, l'objectif est d'atteindre un taux de sinistralité aux alentours de 50% (alors qu'on vise un taux de 2% pour une mutuelle ne remboursant que les hospitalisations), c'est-à-dire qu'en moyenne une personne sur deux couverte par la mutuelle va se faire soigner par un centre conventionné durant l'année.



Au lancement d'une mutuelle avec une adhésion obligatoire, et sans sensibilisation, le taux de sinistralité stagne en général à 20%. C'est le déploiement d'actions de sensibilisation qui permet de l'augmenter et donc d'améliorer le recours aux soins de la part des bénéficiaires.

Un outil de gestion nécessaire : B'mas

Un logiciel créé par ATIA en 2013

AFAFi, premier programme de micro-assurance santé à Madagascar, a vu le jour en 2008 et a connu une croissance forte dès lors que le partenariat avec l'IMF CEFOR a été mis en place, instaurant une adhésion obligatoire à la mutuelle pour les emprunteurs.

L'utilisation d'Excel pour gérer les adhésions, les cotisations ainsi que les prises en charge des soins, s'est donc avérée très vite lourde et inefficace. AFAFi a donc basculé sur le système d'information et de gestion (SIG) Syslift, qui avait été développé pour les mutuelles indiennes par une société indienne. Mais les ajustements nécessaires pour qu'AFAFi puisse utiliser correctement Syslift étaient difficiles à obtenir ; en 2012, la mutuelle ne pouvait toujours pas enregistrer les prises en charge sur ce SIG.

Fin 2012, ATIA, sous l'égide de la directrice d'AFAFi, a donc décidé, du fait de la connaissance d'un développeur français basé à Antananarivo, de lancer la création d'une base en ligne pour la gestion de ses programmes de mutuelles de santé qui portera le nom de B'MAS (le suivi et la mise à jour du logiciel a été repris en 2015 par une société malgache, Softibox).

B'MAS a été conçu sur le modèle de Syslift en intégrant toutes les spécificités des mutuelles malgaches, car au même moment que naissait B'MAS, un nouveau service de micro-assurance santé venait de voir le jour au sein de l'IMF Vahatra, aussi appuyée par ATIA.

Au début de 2^{ème} semestre 2013, B'MAS était opérationnel et a commencé à être utilisé par les équipes d'AFAFi et de Vahatra.

B'mas une base en ligne, permettant la saisie et l'analyse des adhésions, des adhérents, des cotisations et des prises en charges de soins (plus tard viendra s'ajouter aussi la saisie des activités médico-sociales) mais aussi le calcul de certains ratios et indicateurs spécifiques aux mutuelles dont notamment le ratio sinistre à primes, le montant des réserves dans le fonds mutuel et le taux de sinistralité.

Un logiciel homogène ou personnalisé ?

B'mas a d'abord été conçu par ATIA comme une base de données personnalisée à chaque mutuelle, avec notamment le développement d'un panneau de configuration étendu permettant à chaque

mutuelle d'incrémenter dans le logiciel ses propres paramètres (structure de la mutuelle, prestataires de santé, types de prises en charges, paniers de soins, produits d'assurance, etc.). Chaque mutuelle de santé dispose ainsi d'une version de B'mas différente avec ses propres spécificités : montant de la contribution, tiers-payant, durée d'adhésion...

Cette personnalisation a néanmoins montré ses limites. D'une part chaque mutuelle pouvait parfois demander des évolutions de B'mas qui n'étaient pas toujours pertinentes ou réalistes et d'autre part, avec l'augmentation du nombre d'adhérents, les calculs très spécifiques demandés par chaque mutuelle ont pris de plus en plus de temps (parfois plusieurs heures !). Enfin, des retards de mises en œuvre opérationnelles ont pu être rencontrées lorsque les modifications nécessaires sur B'MAS n'ont pas été suffisamment anticipées.

En conséquence, nous avons identifié **dans chacune des mutuelles partenaires et au sein d'ATIA un référent B'MAS qui maîtrise particulièrement bien l'outil et recense l'ensemble des demandes de modification** puis fait le lien avec Softibox, le prestataire malgache qui a repris le suivi et la mise à jour du logiciel en 2015, pour centraliser et trier les demandes d'évolutions.

Un travail est aussi en cours pour optimiser le code permettant de calculer certains ratios et ainsi rendre la base de données B'mas plus fluide et efficace.

Enfin, des modifications doivent être apportées pour permettre un plus grand contrôle automatique de la saisie des données.

Un logiciel qui reste indispensable

B'mas reste ainsi un logiciel qui permet à ATIA de suivre la santé financière et opérationnelle des mutuelles accompagnées. Si B'Mas a pu s'adapter aux spécificités de chaque mutuelle partenaire, leur permettant ainsi de s'approprier l'outil, cette adaptation montre aussi ses limites et pour que l'outil reste performant, il faut aussi maintenant homogénéiser son utilisation (un guide d'utilisation précis a ainsi été rédigé et partagé à toutes les mutuelles de santé).

La force de B'MAS réside dans le fait qu'il a été conçu pour les mutuelles ATIA et répond donc parfaitement aux besoins de celles-ci en terme de gestion des adhésions et de prises en charge de soins. Et au fil du temps il est devenu de plus en plus personnalisable (des éléments statiques sont devenus dynamiques).

L'utilisation favorise aussi un suivi comptable précis des états financiers de la mutuelle. Ainsi, au Burkina Faso et au Togo, les mutuelles utilisent le Plan Comptable des Mutuelles Sociales (PCMS) qui permet de suivre les différents indicateurs et ratios des normes retenues par l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) dans la gestion technique, administrative et financière de la mutuelle.

Par ailleurs, les données issues de B'mas sont aussi utilisés par les médecins conseils qui peuvent alors suivre de près les coûts des soins par maladie et par centre de santé et détecter alors plus facilement des cas de fraudes ou de surprescription. Ces données permettent aussi de montrer à certains centres de santé que leurs coûts sont bien plus élevés que la moyenne et d'insister pour une réduction de ces coûts.

Enfin, les analyses de données statistiques précises permettent aussi de décomposer les données par genre. Au Burkina Faso, cette analyse a ainsi permis d'identifier une sous-utilisation de la mutuelle par les hommes. Pour diminuer cette sous-utilisation, un groupe de « pères témoins », composé d'hommes utilisant régulièrement la mutuelle, a récemment été mis en place pour convaincre les autres hommes adhérents d'utiliser plus souvent la mutuelle.

L'autonomisation des mutuelles

La volonté d'autonomiser des partenaires locaux dépend des besoins des familles précaires dans la durée :

- Si on estime que le service proposé ne répond pas ou plus aux besoins des familles ciblées ou que l'Etat y répond, l'organisation locale n'a plus d'objet et travailler à son autonomisation devient superflu.
- Si au contraire on estime que les besoins sont s'inscrivent dans la durée, on doit travailler à rendre cette structure autonome.

C'est la réflexion qui nous a amenés à travailler, avec succès, sur l'autonomisation des mutuelles indiennes : à Pune, Annapurna est devenue autonome en 2012, Swhabimaan et Parvati en 2016 et à Mumbai, Prem Seva est devenue autonome en 2016 et SAI en 2018. Malgré une volonté du gouvernement indien depuis 2012 de fournir une couverture santé aux populations vulnérables, notamment au travers de programmes comme « Mahatma Jyotiba Phule Jan Arogya Yojana », censé couvrir les hospitalisations lourdes des populations vulnérables, la majorité de la population indienne ne bénéficie pas encore d'une couverture santé et les mutuelles indiennes restent encore en activités en 2023.

En effet, dans nos pays d'intervention, les mécanismes de protection publique restent faiblement déployés, et leur calendrier de développement incertain.

Néanmoins, lorsque l'Etat affirme sa volonté de mettre en place un dispositif de Couverture Santé Universelle, il est nécessaire pour les mutuelles appuyées par ATIA d'encourager cette mise en œuvre, de se repositionner, revoir leur offre pour compléter cette couverture publique, ou aider les familles à y adhérer et à faire en sorte que le système public fonctionne comme prévu.

L'autonomisation des mutuelles se poursuit alors en suivant deux chemins parallèles : d'un côté, la collaboration avec les services publics pour accélérer la mise en place d'une Couverture Santé Universelle et de l'autre, la recherche d'un modèle financier pour assurer dès maintenant la prise en charge des soins des familles vulnérables en attendant la mise en place de services publics efficaces.

Une collaboration avec l'Etat

Dans nos trois pays d'intervention actuels, le gouvernement a voté une loi pour la mise en place d'une Couverture Santé Universelle (CSU) : en 2015 à Madagascar et au Burkina Faso et en 2021 au Togo. Les mutuelles appuyées par ATIA ont travaillé en lien avec les gouvernements de ces pays pour être associées et contribuer à la mise en place de cette CSU. Spécifiquement :

- A Madagascar, AFAFi a été sélectionné par le gouvernement malgache en 2022 pour mettre en place un projet pilote d'opérationnalisation de la CSU sur l'île de Sainte Marie. Ce projet pilote a été financé par l'OMS et la DCI Monaco et se termine en mars 2024. A ce stade, le gouvernement malgache considère en parallèle une autre direction pour l'opérationnalisation de la CSU, avec l'appui financier de la Banque Mondiale.
- Au Burkina Faso, à la demande de la Direction Générale de la Protection Sociale, TOND LAAFI a participé en 2022 et 2023 à plusieurs ateliers de réflexion sur la mise en place de la CSU. Suite à ces ateliers, 5 décrets ont été votés par le gouvernement en juillet 2023.
- Au Togo, la mutuelle créée en 2023 a aussi participé à des réunions avec le Ministère de la santé et le Ministère de l'accès universel aux soins pour avancer sur la mise en œuvre de la CSU. Les mutuelles sont indiquées dans les décrets comme pouvant agir en tant qu'organisme de gestion délégué pour la couverture des soins des populations travaillant dans le secteur informel.

Malgré le vote de ces lois ainsi que de plusieurs décrets, il n'existe pour l'instant aucun système réel de couverture santé pour les populations travaillant dans le secteur informel. Le calendrier de développement restant très incertain, il est nécessaire pour les mutuelles appuyées par ATIA de développer aussi un modèle financier leur permettant d'être autonomes en s'appuyant seulement sur la cotisation des bénéficiaires. Cela permet aussi en retour de pouvoir établir le montant de cotisation nécessaire pour la prise en charge d'un panier de soins spécifique et des coûts de fonctionnement.

Un modèle financier pour atteindre une autonomie à minima

Les coûts des mutuelles de santé développées par ATIA sont répartis en 3 grands « blocs » :

- le remboursement des soins des adhérents
- le coût de fonctionnement de la micro-assurance santé (logiciel de gestion, saisie et suivi des sinistres, suivi comptable, contrôle des prescriptions par les médecins conseils, conventionnement avec les prestataires de soins, remise des cartes mutuelles aux bénéficiaires, hotline d'information...)
- le coût des services médico-sociaux (appui aux prestataires de soins : aide en petits matériels comme des bancs et des chaises, formation pour améliorer la rationalisation des prescriptions..., sensibilisation et prévention auprès des adhérents, notamment pour diminuer les inégalités de genre : par exemple, formation en Santé Sexuelle et Reproductive).

L'objectif d'ATIA est que la cotisation des adhérents couvre le fonds mutuel et le service de micro-assurance santé, afin que même en l'absence de subvention externe, les mutuelles partenaires puissent continuer à rembourser les soins des familles vulnérables. Le coût des services médico-sociaux doit par contre être pris en charge par des subventions externes afin que le coût de l'adhésion à la mutuelle reste abordable pour des familles vulnérables. En conséquence, ATIA renforce les capacités de ses mutuelles partenaires pour 1) établir et mettre en place un montant de cotisation - variable en fonction du niveau de pauvreté des familles – qui permettent d'assurer une autonomie du fonds mutuel et du service de micro-assurance santé et 2) demander et gérer des subventions de façon autonome pour financer les services médico-sociaux.

Concrètement, dans le cas des adhésions obligatoires, le montant de la cotisation initial est calculé pour couvrir uniquement les dépenses de soins. Après quelques années, une fois que les services de la mutuelle ont pu faire leurs preuves auprès des adhérents, le montant de la cotisation est augmenté pour couvrir les dépenses de soins et les coûts de fonctionnement de la micro-assurance santé.

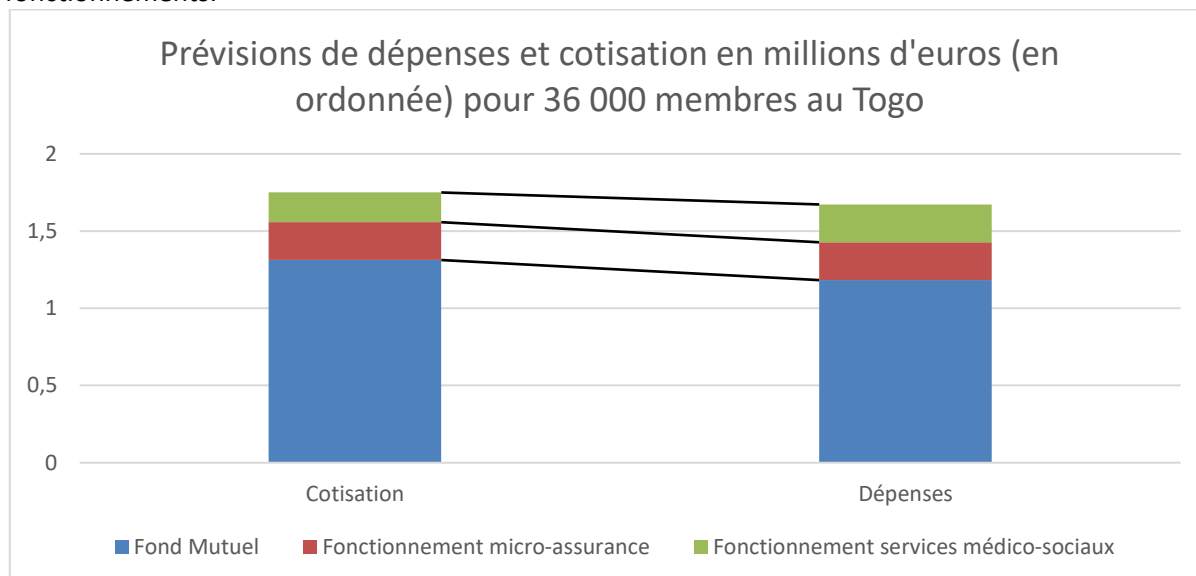
Dans le cas des adhésions liées aux IMFs, pour que les populations les plus vulnérables puissent maintenir leur adhésion à la mutuelle, le montant de la cotisation est corrélé au montant du prêt. Par exemple, à Madagascar, le montant de cotisation initiale pour les membres de l'IMF CEFOR était de 1700 Ariarys en moyenne (environ 0,35 euros) par mois. Ce montant a été revu en octobre 2023 et a été fixé à 4,5% du montant du prêt avec un plafond de cotisation à 60 000 Ariarys, ce qui correspond à un montant de cotisation mensuel moyen égal à 3500 Ariarys, et permet de couvrir le coût des soins et les coûts de fonctionnement de la micro-assurance santé.

Au Togo, l'étude de faisabilité a révélé qu'une partie des micro-emprunteurs dépassait le seuil de pauvreté qu'ATIA se fixe pour ses bénéficiaires¹⁴. En conséquence, le montant de la cotisation à long terme pour ces bénéficiaires a été calculé pour couvrir l'ensemble des coûts de la mutuelle puisqu'ATIA ne souhaite pas subventionner à long terme des activités pour des bénéficiaires hors cible.

¹⁴ Précisément, la moitié des bénéficiaires ont un « score de pauvreté » mesuré par la « photo de famille » ATIA, qui est supérieur à 35 sur 51, ce qui signifie qu'ils sont au dessus de la cible visé par ATIA.

Au Togo, lorsque l'ensemble des adhérents de l'IMF Assilassimé auront été couverts, on estime ainsi qu'il y aura en moyenne 36 000 familles en cours de droit et 72 000 sinistres couverts par an (ce qui représente un taux de sinistralité annuel de 50% étant donné qu'il y a environ 4 adhérents par famille).

Une modélisation économique prenant en compte les coûts de fonctionnement de la mutuelle, le panier de soins acceptable pour les adhérents, la capacité à payer ainsi que le coût moyen et la fréquence des soins a permis d'élaborer un « Business Plan » de la mutuelle. Un montant de cotisation moyen de 3000 FCFA par famille par mois permet ainsi de couvrir l'ensemble des coûts de fonctionnements.



Ratio sinistre à prime : 90%

Taux de couverture des dépenses de fonctionnement de la micro-assurance santé : 100%

Taux de couverture des dépenses de fonctionnement des services médico-sociaux : 79%

Cette modélisation montre comment une mutuelle adossée à une IMF peut devenir autonome financièrement, avec des coûts de fonctionnements totaux qui représentent environ 30% de la cotisation, ce qui signifie que sur une cotisation de 100, 70 servent à rembourser les soins et 30 à financer les coûts de fonctionnements de la mutuelle.

Ce modèle n'est possible qu'à deux conditions : 1) un grand nombre de bénéficiaires pour pouvoir faire des économies d'échelle sur les coûts de fonctionnement, et 2) la possibilité de faire varier la cotisation en fonction du niveau de pauvreté des bénéficiaires. C'est ce qui explique que plusieurs mutuelles de santé ont déjà atteint leur autonomie financière en Inde et à Madagascar. Elles sont en fait adossées à une activité de prêts productifs suffisamment volumineuse et proposent un montant de cotisation suffisamment important pour couvrir leurs coûts.

Pour toucher des populations plus précaires que celles qui peuvent avoir accès au microcrédit, il est nécessaire de subventionner les mutuelles, tant au niveau du coût des soins que des coûts de fonctionnement. La seule alternative à l'adossement sur des actions de prêts productifs serait à nos yeux un subventionnement par les pouvoirs publics, c'est pourquoi les mutuelles de nos zones d'intervention sont impliquées dans le plaidoyer pour la mise en place d'une couverture santé universelle. Selon les pays et les politiques nationales de santé, l'objectif serait que les mutuelles associatives déjà existantes puissent être intégrées au schéma d'ensemble, et même devenir un vecteur de diffusion.

Un modèle d'autonomisation à long terme

Un modèle d'autonomisation des mutuelles mises en place par ATIA, à la fois sur le plan institutionnel, financier et opérationnel, est synthétisé dans le tableau ci-dessous.

	Cycle 1 Mise en place et rodage	Cycle 2 Développement et transition	Cycle 3 Stabilisation et pérennisation
Population cible	Un groupe de bénéficiaires "porte d'entrée" avec une taille significative et une adhésion obligatoire : une IMF est un groupe idéal.	Extension à d'autres groupes "organisés" (associations, coopératives, etc.) qui acceptent de cofinancer la cotisation de leurs membres.	Extension à des bénéficiaires dans le cadre d'actions CSU (habitants d'une commune, etc.) avec subvention de la cotisation pour les populations vulnérables.
Pérennité Technique / Opérationnelle	Le Responsable de Programme (RP) d'ATIA est directeur de la mutuelle.	Le RP d'ATIA devient conseiller technique et fait monter en compétences la direction locale.	Le RP d'ATIA finalise l'autonomisation de la direction y compris sur la capacité à innover et gérer de nouveaux développements.
Pérennité Institutionnelle	La mutuelle intègre un réseau de mutuelles de santé et d'acteurs de la CSU / AMU.	La mutuelle identifie / élabore des actions qui s'intègrent dans la mise en œuvre de la CSU.	La mutuelle est partenaire des autorités publiques pour la mise en œuvre de la CSU.
Pérennité Financière / économique	La cotisation payée par les bénéficiaires permet l'autonomie du fonds mutuel. Les dépenses de fonctionnement sont subventionnées par des bailleurs de fonds.	La mutuelle fait évoluer le montant de cotisation pour tendre vers l'autonomie sur le fonds mutuel et le fonctionnement du service de micro-assurance santé.	La mutuelle est autonome financièrement et est capable de lever des fonds pour subventionner de nouveaux développements ou services.