



CENTRE DE RECHERCHE DU CENTRE HOSPITALIER
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTREAL
EN COLLABORATION AVEC :
CENTRE D'ÉTUDES ET D'APPUI TECHNIQUE AUX
INSTITUTIONS DE MICRO ASSURANCE-SANTÉ (AIMS)

POLITIQUES PUBLIQUES ET LUTTE CONTRE
L'EXCLUSION – PHASE III

Rapport de recherche

Mutuelles de santé : stratégies pour améliorer
l'adhésion et la fidélisation au Bénin

Anne-Marie Turcotte-Tremblay
Slim Haddad
Ismaïlou Yacoubou
Pierre Fournier

Juillet 2010

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	I
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX	II
RÉSUMÉ	III
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	VI
1. INTRODUCTION.....	1
2. REVUE DE LITTÉRATURE	2
2.1 Définitions et concepts.....	2
2.2 Recension des écrits : obstacles à l'adhésion et à la fidélisation	3
2.3 Recension des écrits : stratégies avancées pour accroître l'adhésion et la fidélisation.....	7
2.4 Force des évidences.....	11
2.5 Cadre de référence en promotion de la santé.....	12
2.6 Cadre conceptuel	13
3. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	14
3.1 Démarche.....	12
3.2 Milieu à l'étude	14
3.3 Population cible.....	14
3.4 Identification des participants	16
3.5 Collecte de données.....	18
3.6 Méthodes d'analyse	19
3.7 Ateliers d'échanges	19
4. RÉSULTATS.....	20
4.1 Phase diagnostique	20
4.1.1 Statistiques sur l'adhésion	20
4.1.2 Obstacles à l'adhésion et à la fidélisation.....	20
4.1.3 Stratégies adoptées pour accroître l'adhésion et la fidélisation.....	24
4.1.4 Évolution future des MS.....	38
4.2 Phase de recherche de solutions	39
4.2.1 Ateliers d'échanges	39
5. DISCUSSION	41
5.1 Développement des connaissances.....	41
5.2 Limites de la démarche	43
6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	44
Références.....	46
ANNEXE A.....	48
ANNEXE B.....	49
ANNEXE C.....	50

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Illustration du fonctionnement généralement adopté par les MS au Bénin.....	2
Figure 2 : Modèle écologique.....	12
Figure 3 : Cadre conceptuel.....	13
Figure 4 : Représentation graphique de l'échantillon.....	17
Figure 5 : Cycle d'adoption de produit.....	45
Tableau 1 : Obstacles à l'adhésion ou à la fidélisation selon les écrits.....	3
Tableau 2 : Stratégies visant l'adhésion ou la fidélisation avancées dans les écrits.....	7
Tableau 3 : Résumé des résultats concernant les obstacles à l'adhésion et à la fidélisation.....	20

RÉSUMÉ

Les mutuelles de santé ont été implantées en Afrique pour assurer un meilleur accès aux soins de santé et offrir une protection financière aux adhérents. Leur viabilité est toutefois limitée par le faible niveau d'adhésion et de fidélisation des membres. Dans ce contexte, une étude qualitative a été réalisée pour mieux comprendre la problématique du faible niveau d'adhésion et de fidélisation et d'identifier les stratégies mises en place pour surmonter les obstacles.

Des données qualitatives ont été recueillies lors de vingt-quatre entrevues semi-structurées réalisées avec différents acteurs intervenant dans les six principaux réseaux de mutuelles de santé au Bénin. Ainsi, des promoteurs ($n= 11$), coordonnateurs ($n= 2$), assistants techniques ($n= 1$), élus mutualistes ($n= 8$), agent de santé ($n= 1$) et responsable de centres de santé ($n= 1$) ont participé à l'étude. Les entrevues ont été enregistrées, transcrites puis analysées avec le logiciel *QDA Miner*. Des entretiens non-structurés et une recherche documentaire ont appuyé la première collecte de données. Les participants ont identifié de nombreux obstacles qui freinent l'adhésion ou la fidélisation des membres. L'absence de culture de prévoyance envers la maladie, le manque d'information et le manque de confiance ont été identifiés comme obstacles à l'adhésion. Le manque de volonté politique, la mauvaise relation avec les prestataires de soins, les ruptures de médicaments, le faible pouvoir d'achat, l'insatisfaction quant aux produits d'assurance et l'insuffisance de motivation des élus mutualistes ont été identifiés comme obstacles autant à l'adhésion qu'à la fidélisation des membres.

Les MS tentent d'agir sur tous ces fronts pour augmenter l'adhésion et la fidélisation des membres, ce qui s'avère difficile en raison du peu de ressources humaines et financières dont elles disposent. Les MS visent l'amélioration de la communication et de l'information à travers la sensibilisation de proximité (ex. visites de mobilisation et porte-à-porte) et la sensibilisation de grande envergure (ex. sensibilisation à la radio et événements mobilisateurs). Le porte-à-porte est considéré comme étant la méthode la plus efficace pour amener les gens à adhérer et à payer leurs

cotisations régulièrement. Cependant, le porte-à-porte demande beaucoup de temps et engendre des frais pour les membres bénévoles.

Pour augmenter le degré de confiance de la population, plusieurs MS diffusent, notamment à la radio, des témoignages de membres ayant bénéficié des MS. Les MS misent aussi sur la transparence administrative en organisant des assemblées générales. Les MS tentent d'assurer une bonne gestion en formant les élus mutualistes et en menant un suivi de gestion.

Les MS désirent accroître la satisfaction de la population quant aux produits d'assurance en recueillant leurs attentes et besoins. Certaines d'entre elles diversifient les produits d'assurance. Par exemple, des MS ont adopté un nouveau produit collectif qui offre une couverture à tous les élèves d'une école. Un autre type de couverture consiste à prendre en charge les accouchements et les consultations prénatales de toutes les femmes d'un village. Ces deux produits innovateurs au Bénin ont permis à des MS d'augmenter rapidement leur nombre de bénéficiaires.

Le niveau d'effort consacré par les MS pour impliquer les autorités dans le développement des MS varie en fonction des promoteurs. Certains promoteurs ont établi des collaborations très étroites avec les gouvernements locaux et nationaux. Ces derniers tentent d'impliquer directement les autorités dans le processus de création, d'implantation et d'appui aux MS.

Les promoteurs sont à la recherche de solutions pour accroître la motivation des élus mutualistes sans abolir le système de bénévolat et sans habituer les élus mutualistes à des compensations qui ne peuvent être durables en cas d'une rupture de financement externe. Diverses formes de compensations financières, cadeaux symboliques, moyens de transport et séances de formation sont actuellement utilisées pour inciter les élus mutualistes à participer activement au développement des MS.

Les MS ont établi divers partenariats avec les formations sanitaires. Cinq promoteurs sur six tentent de favoriser une étroite collaboration à travers un processus de contractualisation. Un promoteur implique activement les agents de santé dans les séances de sensibilisation et dans le développement des MS. Un autre promoteur a adopté une approche qui vise le co-développement des MS et des formations sanitaires, notamment à travers le renforcement de leur plateau technique. Par

ailleurs, certaines MS dans la commune de Parakou collaborent avec un groupement de formations sanitaires qui vise à définir les règles de collaboration avec les MS et assurer la qualité des soins. Certaines MS favorisent la présence d'un médecin-conseil, l'offre de bonus aux agents de santé, la formation d'agents de santé et l'élaboration de critères de sélection des formations sanitaires. Il serait utile de produire des données probantes sur les effets positifs et négatifs de ces divers partenariats.

Les MS ont également adopté des approches différentes quant à la modalité de paiement des cotisations. Puisque l'argent comptant est rare en milieu rural, quelques MS acceptent les cotisations en nature. De plus, certaines MS ont adopté des cotisations individuelles pour accorder une plus grande liberté aux individus qui veulent adhérer seuls. D'autres MS ont rejeté les cotisations individuelles sous prétexte que cela rend difficile l'adhésion des grandes familles. Par ailleurs, certaines MS ont opté pour des périodes de cotisation mensuelles afin d'offrir plus de souplesse de paiement. Cependant, ce système de paiement est exigeant pour les élus mutualistes qui doivent renouveler la collecte des cotisations chaque mois. À l'inverse, certaines MS privilégient des cotisations annuelles cadrées avec la rentrée des revenus.

Les MS déploient également des stratégies pour accroître la capacité de payer de la population. Certaines MS ont réussi à obtenir du support financier de la part des autorités locales. L'accès au microcrédit pourrait également faciliter la capacité des ménages de cotiser. D'autres MS ont organisé des activités de financement dont les revenus aident à financer l'adhésion des membres. Enfin, certaines MS offrent des récompenses aux mutualistes fidèles.

Deux ateliers d'échanges réunissant un total de 24 intervenants ont été réalisés dans le cadre d'une phase de recherche de solutions. Les résultats de cette recherche pourront être utilisés pour guider l'élaboration de stratégies novatrices. Une série de recommandations est émise.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ADMAB : Association pour le développement de la mutualité agricole au Bénin

AIMS : Centre d'études et d'appui technique aux institutions de microassurance santé

BORNEfonden : Fondation pour les enfants

BIT/STEP : Bureau international du Travail/Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté

CIDR : Centre International de Développement et de Recherche

COGECS : Comité de gestion de centres de santé

CRCHUM : Centre de recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

DDS : Direction départementale de la santé

MS : Mutuelle de santé

PHR*plus* : Partners for Health Reform plus

PISAF : Projet intégré de santé familiale au Bénin

PROMUSAF : Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique

RAS : Réseau alliance santé

SEWA: Self-Employed Women's Association

USAID : United States Agency for International Development

USI : Unité de santé internationale

1. INTRODUCTION

De nombreux pays d'Afrique, notamment le Bénin, ont recours au paiement direct des soins de santé par les usagers. Dans un contexte de vulnérabilité économique, ce type de financement du système de santé peut contribuer à limiter l'accessibilité aux soins et peut engendrer l'appauvrissement des ménages en cas de maladie (Gilson, 1997; Palmer *et al.*, 2004). Afin de remédier au problème, plusieurs promoteurs ont appuyé le développement des mutuelles de santé (MS) en Afrique. Celles-ci visent à assurer un meilleur accès aux soins de santé et à offrir une protection financière minimale aux ménages en cas de maladie à travers un système de tiers payant.

De nombreux efforts sont consacrés au développement du secteur mutualiste au Bénin. Ainsi, le nombre de MS est passé de 11 en 1997 à plus de 135 en 2008. Toutefois, leur implantation se fait difficilement. Les MS ont peu d'adhérents cotisant régulièrement. Elles peinent à rejoindre plus de 10 % de leur population cible. Ce faible taux de pénétration nuit à la viabilité financière des MS. Plusieurs réseaux de MS sont à la recherche de solutions qui leur permettraient d'accroître le nombre de leurs adhérents.

Une collaboration entre le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM) et le Centre d'études et d'appui technique aux institutions de microassurance santé (AIMS) a permis de réaliser une étude qualitative sur cette problématique. L'objectif de l'étude a été : (1) de comprendre davantage les obstacles qui nuisent à l'adhésion et à la fidélisation aux MS et (2) d'identifier les stratégies que certains réseaux de MS ont pu mettre en place pour contrer ces obstacles. Plus spécifiquement, l'étude a tenté d'examiner comment ces stratégies ont été implantées et quels en sont, à ce jour, les résultats.

Le présent document constitue la synthèse de l'étude réalisée. Premièrement, nous revoyons l'état des connaissances concernant la problématique du faible niveau d'adhésion et de fidélisation des MS. Deuxièmement, nous décrivons la méthodologie adoptée. Troisièmement, nous présentons les résultats et formulons des recommandations.

Note : La forme masculine est employée pour alléger le texte, mais inclut autant les femmes que les hommes.

2. REVUE DE LITTÉRATURE

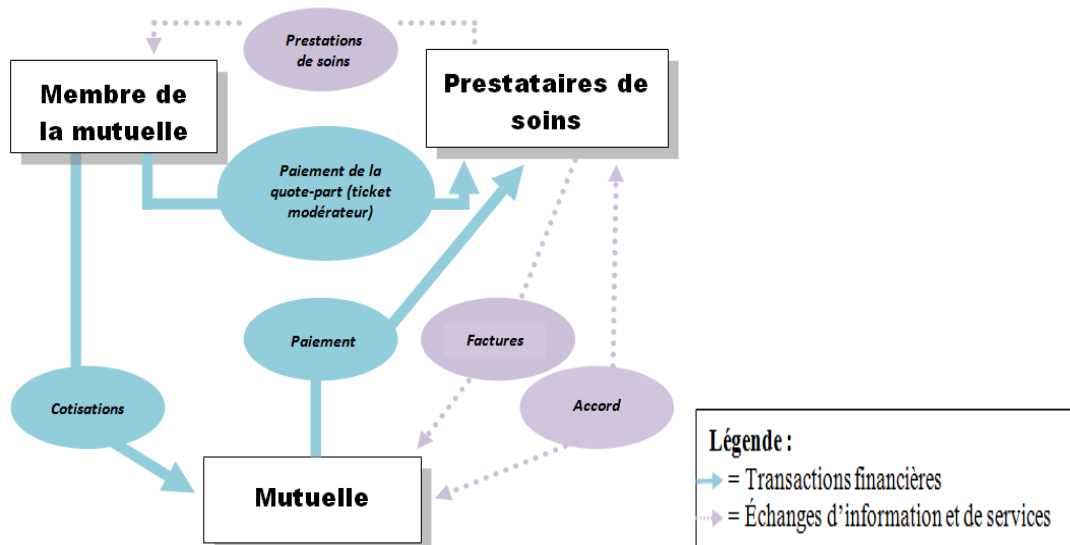
La section suivante nous permet d'introduire quelques définitions et concepts utiles pour comprendre le mouvement des MS en Afrique. Nous présentons également une revue de littérature sur les obstacles à l'adhésion et à la fidélisation ainsi que les stratégies avancées pour surmonter les obstacles. Enfin, nous proposons un cadre conceptuel en nous appuyant sur le modèle écologique.

2.1 Définitions et concepts

En 1986, l'Organisation mondiale de la santé a défini la promotion de la santé comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* » (Rootman, Goodstadt, Potvin & Springett, 2001). Ce champ d'intervention cherche principalement à réduire les inégalités sociales de santé en employant un processus d'*empowerment* (Ridde, 2007). Les MS s'inscrivent au cœur du mouvement de la promotion de la santé en Afrique.

Les MS sont des associations communautaires à but non lucratif. Chaque adhérent verse des cotisations indépendamment de son risque de tomber malade. En contrepartie, la MS garantit le paiement de la totalité ou d'une partie des soins de santé. Les soins sont fournis par des prestataires avec qui la MS a conclu des accords de collaboration.

Figure 1 : Illustration du fonctionnement généralement adopté par les MS au Bénin



Adapté de BIT-STEP, 2000

Le fonctionnement des MS repose sur trois principes fondamentaux : la prévoyance face à la maladie, la solidarité et la participation des membres (BIT-STEP, 2000). La prévoyance face à la maladie est centrale puisque les adhérents versent des cotisations sans certitude quant à la survenue du risque d'avoir recours à des soins. En s'acquittant de leur cotisation, les adhérents s'assurent de pouvoir accéder aux soins de santé dont ils pourraient avoir besoin dans le futur.

Les MS reposent sur le principe de la solidarité puisque tous les membres cotisent indépendamment de leurs risques personnels de tomber malade. Seuls ceux qui sont affectés par un événement déterminé bénéficient d'un soutien financier. Une solidarité s'établit donc entre les malades et les bien-portants, les jeunes et les vieux, les riches et les pauvres.

La participation est une caractéristique centrale des MS. Les membres sont responsables de contrôler le fonctionnement et la gestion de leur MS. La participation est assurée par des mécanismes de représentation démocratique.

La viabilité des MS est intimement liée à deux éléments : l'adhésion et la fidélisation des membres. L'adhésion est l'acte que pose une personne pour intégrer la MS. Ceci comprend le paiement des droits d'adhésion. L'adhésion n'est pas suffisante pour bénéficier des services offerts. Ce sont les paiements des cotisations qui permettent de bénéficier des services. La fidélisation des membres se produit lorsque les adhérents des MS renouvellent régulièrement leur paiement de cotisations.

2.2 Recension des écrits : obstacles à l'adhésion et à la fidélisation

Des études antérieures ont tenté d'expliquer les obstacles qui freinent l'adhésion ou la fidélisation (voir Tableau 1). La section suivante décrit les évidences établies sur le sujet.

Tableau 1 : Obstacles à l'adhésion ou à la fidélisation selon les écrits

Obstacles	Freine l'adhésion	Freine la fidélisation
Manque de connaissances des MS	✓	
Croyances concernant la maladie	✓	
Manque de confiance	✓	
Faible pouvoir d'achat	✓	✓
Insatisfaction vis-à-vis des produits d'assurance	✓	✓
Qualité inadéquate des soins de santé	✓	✓
Solidarité des communautés insuffisante	✓	✓

Manque de connaissances des MS

Franco et ses collègues (2006) ont examiné les causes de la non-adhésion à des MS au Mali. La majorité des participants non-membres, particulièrement en milieu urbain, ont rapporté ne pas avoir adhéré aux MS parce qu'ils n'étaient pas informés de leur existence. Ces résultats suggèrent que le manque de connaissances sur l'existence des MS nuit à l'adhésion. Toutefois, certaines études contestent cette explication. Une étude qualitative menée en Guinée suggère que les membres et les non-membres avaient une compréhension adéquate du fonctionnement, avantages et inconvénients des MS (Criel & Waelkens, 2003). Une autre étude au Burkina Faso a rapporté que le bas niveau de connaissances des non-adhérents ne constituait pas une cause importante de leur non-adhésion (De Allegri, Sanon, Bridges & Sauerborn, 2006).

Croyances concernant la maladie

Wiesmann & Jütting (2001) expliquent que les croyances et les pratiques culturelles concernant la maladie peuvent influencer la décision d'adhérer à une MS. Selon ces auteurs, au Sénégal, la pratique de mettre de l'argent de côté pour payer les soins de santé d'une maladie éventuelle est perçue par certains comme une façon de se « souhaiter la maladie ». De plus, certaines croyances amèneraient les gens à percevoir l'origine de la maladie comme une punition provenant de forces surnaturelles plutôt que comme un risque auquel tous les individus sont exposés. Cette conception n'encouragerait pas les notions de prévoyance face à la maladie. Une étude menée au Burkina Faso suggère que la perception de l'efficacité de la médecine alternative, notamment des plantes et des herbes, peut influencer l'adhésion à une MS (De Allegri *et al.*, 2006).

Manque de confiance envers les MS

Le manque de confiance envers les MS et leurs dirigeants freinerait l'adhésion aux MS. Des non-membres ont rapporté qu'ils n'ont pas confiance dans les MS car ils ont été témoins ou victimes de fraudes dans le cadre d'autres projets associatifs (Criel & Waelkens, 2003; Creese & Bennett, 1997). Par conséquent, certaines personnes observeraient l'évolution des MS pendant un certain temps avant d'adhérer (Criel & Waelkens, 2003).

Faible pouvoir d'achat

Le faible pouvoir d'achat des ménages serait un des principaux obstacles à l'adhésion (Kamuzora & Gilson, 2007). Selon Criel & Waelkens, (2003), les familles pauvres ou de grande taille, les handicapés, les aveugles et les gens souffrant de maladies chroniques seraient particulièrement à risque de faire face à cet obstacle. Ceci concorde avec ce qu'avancent De Allegri et ses collègues (2006) qui observent une association positive entre l'adhésion et le statut socio-économique.

Le faible pouvoir d'achat des ménages constituerait également un obstacle à la fidélisation. Les participants d'une étude menée au Ghana ont révélé que le prix élevé des cotisations était la raison principale de leur non-renouvellement à la MS (Sulzbach *et al.*, 2005 cité dans Chankoca, Sulzbach & Diop, 2008). La majorité des participants d'une étude au Mali ont cité « des contraintes financières » comme étant la raison du non-paiement des cotisations (Franco *et al.*, 2006).

Insatisfaction vis-à-vis les produits d'assurance offerts par les MS

Certains auteurs attribuent le faible niveau d'adhésion et de fidélisation en partie à l'insatisfaction de la population quant aux produits d'assurance offerts par les MS (Franco *et al.*, 2006; Wiesmann & Jütting, 2001). De Allegri, Sanon, Bridges, & Sauerborn (2006) observent que la décision d'adhérer à une MS dépend des caractéristiques des produits d'assurance. L'insatisfaction peut concerner le montant de la cotisation, les modalités de paiement, les bénéfices offerts, le réseau de formations sanitaires et la structure de gestion de la MS.

Une étude en Ouganda révèle que certaines personnes adhèrent sans savoir que certaines maladies ne sont pas couvertes. Ces adhérents cessent parfois de cotiser lorsqu'ils sont informés des limites de leurs produits d'assurance (Basaza, Criel & Van der Stuyft, 2008). Selon Franco et ses collègues (2006), 15 % des participants ont manqué un paiement de cotisation en raison de leur insatisfaction vis-à-vis de la couverture offerte par la MS.

Qualité inadéquate des soins de santé

Des études suggèrent que la mauvaise qualité des soins nuit à l'adhésion et à la fidélisation (Schneider, 2005; Basaza, Criel & Van der Stuyft, 2008). Criel et Waelkens (2003) observent que la

mauvaise qualité des soins serait l'obstacle le plus important à l'adhésion et à la fidélisation. Le manque de médicaments disponibles dans les centres de santé est critiqué par les adhérents et les non-adhérents. Les patients non-couverts par les MS auraient accès à des médicaments plus efficaces à un prix plus élevé; ces médicaments seraient vendus à travers des circuits parallèles organisés par les infirmières. Les participants affirment également que les infirmières accueillent mal les membres.

Selon Kamuzora et Gilson (2007), quatre aspects de la qualité des soins nuisent à l'adhésion. Premièrement, les carences de médicaments sont courantes. Deuxièmement, les agents de santé posent des diagnostics inappropriés en raison du manque d'équipement. Troisièmement, les agents de santé ont des problèmes de comportement. Ils s'absentent, se livrent à la corruption et sont inattentifs aux besoins des patients. Enfin, les services couverts et les systèmes de référence sont limités.

Solidarité des communautés insuffisante

De Allegri et ses collègues (2006) observent que les attitudes et pratiques négatives envers le partage des ressources dans une communauté pourraient influencer l'adhésion et la fidélisation des membres. Wiesmann et Jütting (2001) argumentent que lorsque le niveau de solidarité d'une communauté est élevé, les membres acceptent plus facilement que leurs cotisations servent à couvrir les soins de santé d'une autre personne. Les auteurs suggèrent que le degré de solidarité est probablement plus élevé dans les petites communautés relativement homogènes que dans les communautés étendues et multi-culturelles. Basaza, Criel et Van der Stuyft (2008), rapportent que plusieurs adhérents cessent de cotiser parce qu'ils n'ont pas bénéficié des services de la MS. Ils ont le sentiment d'avoir perdu leur cotisation en payant pour les soins des autres membres.

L'étude de Criel et Waelkens (2003) ne confirme pas ce qui précède. Des focus groupes ont été réalisés avec des adhérents et des non-adhérents afin de déterminer les raisons de la non-adhésion. La majorité des participants étaient favorables à la redistribution des ressources au-delà des ménages, familles et villages. Les résultats suggèrent que les attitudes envers la redistribution des ressources n'expliquent pas véritablement la décision d'adhérer.

2.3 Recension des écrits : stratégies avancées pour accroître l'adhésion et la fidélisation

La section suivante présente l'état des connaissances concernant les stratégies avancées pour surmonter les obstacles à l'adhésion et à la fidélisation.

Tableau 2 : Stratégies visant l'adhésion ou la fidélisation avancées dans les écrits

Stratégies	Visant l'adhésion	Visant la fidélisation
Améliorer l'information et la sensibilisation	✓	
Augmenter le degré de confiance envers les MS	✓	
Accroître la capacité de payer	✓	✓
Introduire des modalités de paiement souples	✓	✓
S'assurer que les produits d'assurance répondent aux besoins	✓	✓
Améliorer la qualité des services de santé	✓	✓

Améliorer l'information et la sensibilisation

Une campagne de sensibilisation de quatre mois a été organisée lors de l'implantation d'une MS au Burkina Faso (De Allegri, Sanon, Bridges & Sauerborn, 2006). Les gestionnaires de la MS ont eu recours au service d'un spécialiste en communication pour collaborer à la préparation de la campagne qui comprenait plusieurs activités : pièces de théâtre, diffusions de messages radiophoniques fréquents, assemblées populaires et rencontres avec les dirigeants locaux. Malgré les efforts consacrés, les résultats de la campagne de sensibilisation ont été faibles. Une fois la campagne terminée, seulement 4 % de la population éligible avait adhéré à la MS. Peu de détails sont fournis concernant la réalisation des activités ou les causes potentielles de ces résultats négatifs.

De Allegri et ses collègues (2006) suggèrent que des techniques de marketing social pourraient être employées afin de changer les attitudes et pratiques concernant la maladie et le partage de risque. Nous n'avons pas retrouvé d'exemple de ces techniques ou de leur implantation.

Augmenter le degré de confiance envers les MS

Carrin (2003) présente une série de moyens pour augmenter le degré de confiance envers des MS. Premièrement, des MS, notamment en Inde, ont utilisé des projets de micro-crédit et des coopératives de développement comme points d'entrée dans les communautés. Selon l'auteur, cela a facilité le recrutement de nouveaux membres, ces projets ayant déjà gagné la confiance de la

population. Deuxièmement, des MS ont initié leur propre projet de développement dans les communautés. À titre d'exemple, une MS au Bangladesh a organisé un projet d'éducation pour les femmes. Les bénéfices économiques produits par les projets des MS ont augmenté le niveau de confiance de la population. Enfin, des MS ont tenté d'augmenter le degré de confiance en étant transparentes et participatives. Au Rwanda, par exemple, chaque MS organise des assemblées générales permettant aux membres d'interagir avec les gestionnaires des MS. Les membres peuvent alors discuter de leurs besoins et préoccupations.

Les éléments suivants pourraient contribuer à l'amélioration du niveau de confiance : l'inclusion de membres dans l'équipe de gestion; une bonne gestion financière; un remboursement rapide; l'introduction de cartes de membres; des campagnes d'information et des ateliers d'échanges avec la population (Schneider, 2005; Wiesmann & Jütting, 2001; Creese & Bennett, 1997). En revanche, aucune étude empirique n'a évalué l'efficacité de ces moyens.

Accroître la capacité de payer

Des auteurs avancent différentes façons d'accroître la capacité de payer les frais d'adhésion et de cotisations des MS.

Adhésion gratuite pour les indigents : Une étude par Criel & Waelkens (2003) suggère que certaines communautés seraient ouvertes à l'introduction d'exemption des frais pour les pauvres, i.e., la possibilité d'adhérer gratuitement. Cependant, Ouimet, Fournier, Diop et Haddad (2007) observent que les membres qui participent aux processus de décisions ou qui croient que la MS est confrontée à des difficultés financières ont tendance à favoriser davantage la viabilité financière de la MS, au dépens de la solidarité. Cette préoccupation pour la viabilité financière explique que peu de MS ont adopté des politiques d'exemption des frais pour les plus défavorisés (Carrin, 2003). Selon Kamuzora et Gilson (2007), certaines MS ont développé de telles politiques, mais omettent de les appliquer.

Ajuster les cotisations par rapport aux revenus : Les cotisations sont généralement des montants fixes, ce qui peut être désavantageux pour les plus pauvres. Plusieurs auteurs ont suggéré d'ajuster la cotisation par rapport aux revenus de chacun pour assurer une meilleure équité verticale (De Allegri & coll., 2006; Ranson, 2002). Une MS au Bangladesh aurait établi des frais d'adhésion et

de cotisation pour quatre groupes socio-économiques : les indigents, les pauvres, la classe moyenne et les riches (Carrin, 2003). Les cotisations des indigents représentaient un dixième des cotisations des plus riches. L'adhésion des deux groupes socioéconomiques inférieurs était considérablement plus élevée que les deux autres groupes.

Subventionner les cotisations : Certains auteurs préconisent l'octroi de subventions des gouvernements centraux et locaux pour diminuer le montant des cotisations (Carrin, 2003; Ranson et coll., 2006). Des subventions bien ciblées pourraient augmenter la couverture des populations plus à risque telles que celles à faible revenu (Preker & coll., 2002; Ranson et coll., 2006). Parfois, des groupes religieux et des organismes caritatifs acceptent de subventionner l'inscription de groupes vulnérables : au Rwanda, une Église a financé la cotisation d'environ 3 000 orphelins et veuves (Carrin, 2003).

Accroître les ressources propres des MS : Le *Self-Employed Women's Association* (SEWA) en Inde offre une assurance communautaire qui donne à ses membres la possibilité de déposer un montant fixe dans une banque. L'intérêt généré sert à payer le renouvellement annuel des cotisations (Ranson et coll., 2007). Trente pour cent des membres de SEWA ont choisi ce mode de paiement.

Instaurer des cotisations familiales plutôt qu'individuelles : Selon Carrin (2003), il est possible d'instaurer un montant de cotisation fixe par famille. La cotisation moyenne par membre est alors moindre dans les grandes familles ce qui pourrait encourager leur participation.

Cette mesure implique parfois que tous les membres d'une famille doivent s'inscrire simultanément afin de pouvoir devenir membre. Les participants de l'étude réalisée par De Allegri, Sanon, Bridges et Sauerborn (2006) ont critiqué la classification de famille utilisée par leur MS. La famille était définie comme un groupe de personnes vivant ensemble dans une enceinte, partageant des ressources et constituant un groupe social auquel les individus s'identifient. Selon les participants, cette définition ne reflète pas le processus de prise de décision en Afrique de l'Ouest. Plusieurs adultes peuvent vivre ensemble avec leurs enfants tout en prenant des décisions indépendantes quant aux ressources financières. Les participants ont demandé que la définition de la famille soit changée pour permettre à des unités de famille plus petites de s'y joindre.

Instaurer des cotisations pour les enfants : Au Burkina Faso, De Allegri, Sanon, Bridges et Sauerborn (2006) examinent les préférences des membres concernant les caractéristiques du produit d'assurance offert par une MS. Les participants ont rapporté qu'ils apprécient que leur MS ait établi des prix inférieurs pour les enfants comparativement aux adultes. Les participants ont souligné que la politique est socialement et culturellement appropriée. Ces mesures encourageraient l'adhésion des grandes familles (De Allegri *et al.*, 2006).

Introduire des modalités de paiement souples

Deux moyens sont avancés pour assouplir les modalités de paiement : (1) échelonner les paiements et (2) adapter le temps de la perception des cotisations.

Échelonner les paiements : De Allegri, Sanon, Bridges et Sauerborn (2006) rapportent que l'obligation de payer toute la cotisation en même temps pour tous les membres d'une famille peut rendre le paiement des cotisations difficile. La mobilisation d'argent est difficile surtout pour les grandes familles et le personnel salarié. Les participants de l'étude ont suggéré de répartir les paiements sur une plus longue période de temps.

Adapter le temps de la perception des cotisations : Wiesmann et Jütting (2001) argumentent que la période de cotisation devrait coïncider davantage avec le cycle économique de la région. Les participants d'une étude menée par De Allegri, Sanon, Bridges et Sauerborn (2006) ont demandé que les paiements des cotisations soient en décembre, après les récoltes annuelles (De Allegri, Sanon, Bridges et Sauerborn (2006).

L'étude de Criel & Waelkens (2003) ne concorde pas entièrement avec ces résultats. Des participants de focus groupes ont rapporté que le fait d'adapter le temps de la perception des cotisations aux périodes de récolte ne garantit pas que les gens seront capables de réunir la somme requise pour payer la cotisation.

S'assurer que les services couverts répondent aux besoins de la population

Plusieurs auteurs s'entendent sur la nécessité pour les dirigeants des MS de consacrer davantage d'efforts pour répondre aux besoins et aux préférences de la population (De Allegri, Sanon, Bridges & Sauerborn, 2006; Criel & Waelkens, 2003; Wiesmann & Jütting, 2001). Les

participants d'une étude de Dong, Kouyate et Sauerborn (2003), souhaitent que leurs MS couvrent les médicaments essentiels, les tests en laboratoire, les hospitalisations, les chirurgies, la radiologie, les soins ambulatoires et les consultations externes.

Certains auteurs suggèrent que les dirigeants des MS pourraient tenter d'élaborer des forfaits qui répondent aux besoins de populations particulières telles que les plus pauvres ou les plus éloignées (De Allegri et coll., 2006; Chankova, Sulzbach & Diop, 2008). Les MS pourraient choisir de couvrir les frais de soins de santé offerts dans les centres de santé primaires localisés près des secteurs plus défavorisés afin de réduire les frais de transport (Chankova, Sulzbach & Diop, 2008).

Améliorer la qualité des services de santé

Preker et ses collègues (2002) recommandent la création et le renforcement des liens avec les réseaux de prestataires de soins. Selon Criel & Waelkens (2003), l'implantation d'un centre de santé réservé aux adhérents pourrait augmenter la qualité des soins. Les auteurs recommandent également que des superviseurs mènent des visites de support pour les infirmières. Ces visites pourraient être conçues comme de la formation continue pour les infirmières. Schneider (2005) suggère que les MS offrent des bonus aux professionnels de la santé afin de les motiver à prodiguer de meilleurs soins aux membres. De Allegri et ses collègues (2006) avancent qu'une plus grande liberté quant au choix du centre de santé pourrait faire diminuer l'insatisfaction des membres quant à la qualité des soins.

2.4 Force des évidences

La force des évidences concernant les obstacles à l'adhésion et à la fidélisation est faible. Celle-ci est limitée par le peu d'études empiriques menées sur le sujet. Plus particulièrement, l'hypothèse selon laquelle des croyances culturelles influencent l'adhésion a été peu évaluée. De plus, des résultats contradictoires émergent de la littérature, notamment en ce qui concerne l'impact potentiel du manque d'information sur le niveau d'adhésion.

Les recherches antérieures se sont concentrées essentiellement sur les obstacles à l'adhésion aux MS. Peu d'études font une distinction claire entre les obstacles à l'adhésion de nouveaux membres et les obstacles à la fidélisation des membres déjà enrôlés. Il est donc pertinent d'aborder ce

sujet en établissant cette distinction dans les recherches futures afin de bien comprendre les mécanismes qui mènent un membre à cesser de cotiser.

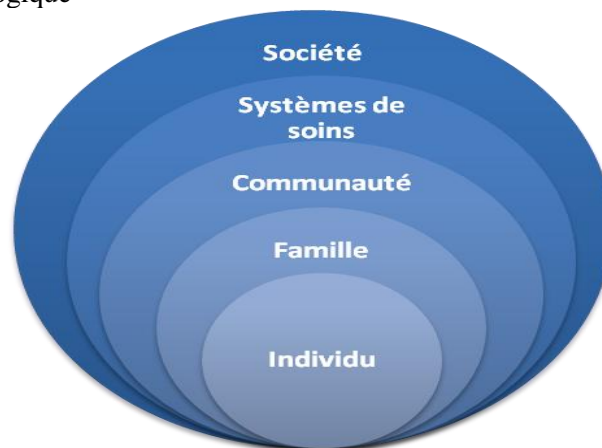
De plus, certains chercheurs ont proposé des stratégies pouvant augmenter l'adhésion et la fidélisation des membres. En revanche, peu d'études ont documenté les résultats de ces solutions avec des évidences empiriques. Un manque d'information persiste concernant leur implantation, efficacité, efficience, avantages et limites. Davantage d'études doivent être menées sur le sujet.

2.5 Cadre de référence en promotion de la santé

Nous avons adopté le « modèle écologique » pour comprendre la décision d'un individu d'adhérer et de renouveler son abonnement à une MS. Ce modèle stipule que le comportement d'un individu est une réponse aux pressions et demandes de leur environnement (Richard, 1996). Ainsi, le modèle tient compte des interrelations entre les individus, leur famille, les communautés, le système de soins et l'environnement au sens large. L'accent est mis sur la nécessité de comprendre et d'agir sur les contingences environnementales qui façonnent le comportement.

Pour reprendre le cas des MS, il serait inadéquat de s'intéresser seulement aux facteurs individuels sans chercher à comprendre l'influence de l'environnement. L'adhésion et la fidélisation sont des comportements influencés par les multiples facettes de l'environnement. Selon le « modèle écologique », des stratégies axées soient sur les membres potentiels (ex. éducation à la santé) soient sur les collectivités (ex. action politique) pourraient augmenter l'adhésion et la fidélisation.

Figure 2 : Modèle écologique



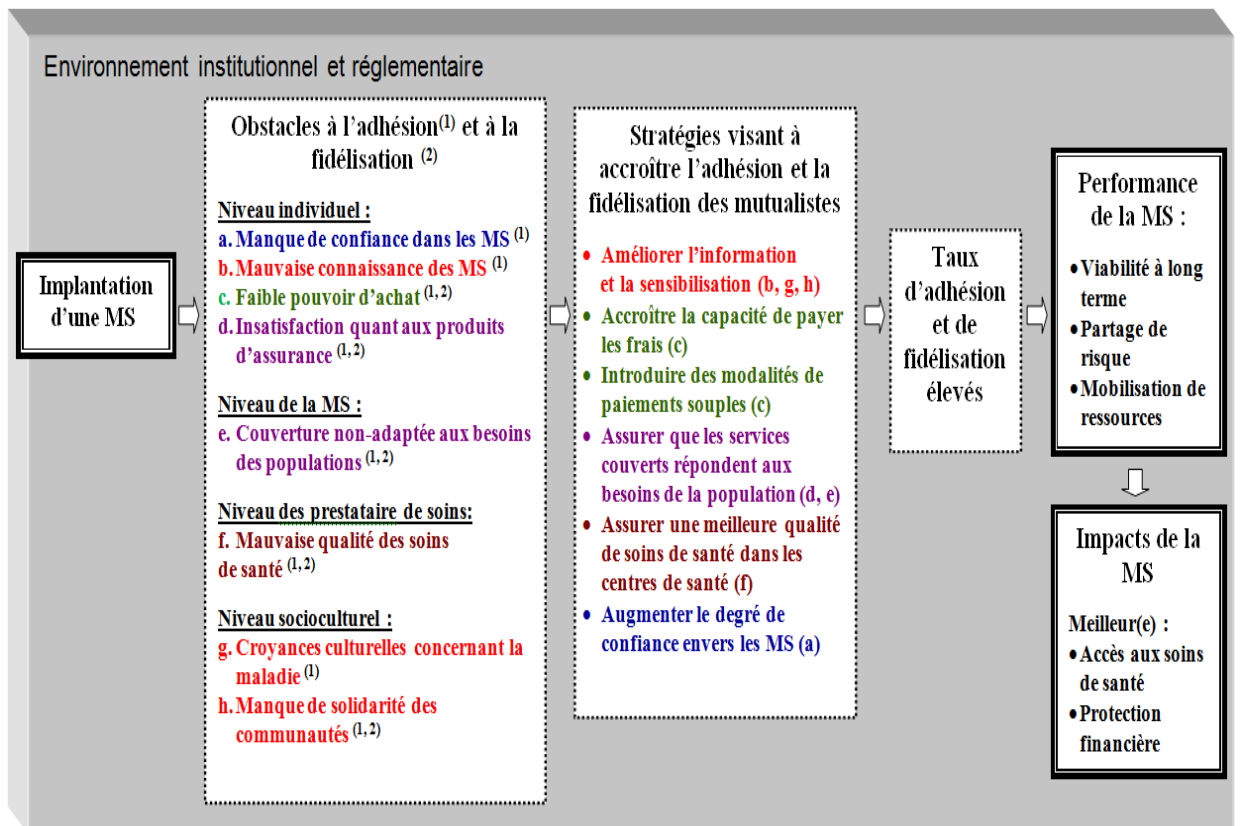
Adapté de : Poulin, Forget & Benameur, 2009

2.6 Cadre conceptuel

La recension des écrits ainsi que l'application du modèle écologique ont mené à l'élaboration d'un cadre conceptuel (voir Figure 3). Étant donné le peu d'évidences robustes sur le sujet, le cadre conceptuel est préliminaire et doit être complété à la suite d'autres investigations empiriques.

Le cadre conceptuel stipule que suite à l'implantation d'une MS, plusieurs obstacles nuisent à l'adhésion et à la fidélisation des membres. Les obstacles pouvant nuire à l'adhésion et à la fidélisation sont identifiés à l'aide des symboles respectifs suivants : (1), (2). Suivant une approche écologique, le cadre illustre le fait que des obstacles se situent tant au niveau de l'individu, qu'au niveau de la MS, des prestataires de soins et de la société. Les obstacles (a à h) sont reliés aux six stratégies pouvant les surmonter. Ces stratégies visent essentiellement à augmenter le taux d'adhésion et de fidélisation aux MS. Dans le contexte de la présente étude, nous nous sommes intéressés principalement aux trois cases pointillées du cadre conceptuel.

Figure 3. Cadre conceptuel



3. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

3.1 Démarche

L'étude a été approuvée par les comités d'éthique de l'Université de Montréal et de Parakou.

Une approche qualitative a été adoptée pour recueillir de l'information sur le point de vue des détenteurs d'enjeux et des membres des MS. Un diagnostic a pu être posé en échangeant avec l'ensemble des intervenants impliqués dans les questions d'obstacles à l'adhésion et à la fidélisation des membres. À travers ces échanges, il a été possible d'identifier les stratégies que les MS existantes ont mises en place pour contrer ces obstacles. Plus spécifiquement, nous avons examiné la mise en œuvre de ces stratégies ainsi que leurs avantages et limites.

Par la suite, deux ateliers d'échanges ont été organisés dans deux régions différentes pour valider les résultats et identifier des pistes de solutions. Un compte rendu des ateliers d'échanges a été diffusé à tous les participants.

3.2 Milieu à l'étude

Le Bénin comprend une population totale de 8 760 000 habitants (Banque Mondiale, 2008). Le pays est divisé en 12 départements. Une cinquantaine de langues sont parlées à travers le pays. Les religions principales sont l'animisme, le Christianisme et l'Islam. Le pays se classe 163e sur 177 selon l'*indice de développement humain* 2007. Le revenu par habitant était de 570 dollars en 2007.

La majorité des Béninois est exclue des systèmes d'assurance-maladie, car ceux-ci sont seulement accessibles aux 10 % de travailleurs œuvrant dans le secteur formel couvert par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (*Plan de développement des mutuelles de santé 2007-2011*, non-publié). Les MS ont été implantées pour pallier ces insuffisances du système de protection sociale. Les MS offrent une protection alternative aux travailleurs du secteur informel, notamment en milieu rural.

3.3 Population cible

Afin de bien cerner la problématique, il est essentiel de couvrir l'ensemble des acteurs qui œuvrent pour la promotion des MS. Ainsi, les groupes d'acteurs suivants ont été impliqués dans le cadre de l'étude : promoteurs, coordonateurs, assistants techniques, élus mutualistes et personnels des centres de santé (responsables des centres de santé, infirmiers et sages-femmes). Plus spécifiquement, la présente étude a ciblé les acteurs impliqués avec les MS appuyés par les six principaux promoteurs de MS au Bénin. Voici une brève présentation de ces promoteurs.

Association pour le développement de la mutualité agricole au Bénin (ADMAB) : L'ADMAB est une ONG béninoise créée en 1996 qui bénéficie de l'appui financier de la Coopération française. L'ADMAB développe des systèmes d'assurance santé mixtes incluant de l'épargne santé pour les petits risques et un système de mutualisation pour les gros risques. L'ADMAB appuie actuellement près de 13 MS réparties à travers le Bénin. Au cours de l'exercice 2007, les MS de l'ADMAB comptaient environ 2 750 « bénéficiaires à jour de cotisation ».

Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté du Bureau international du Travail (BIT/STEP) : Le BIT/STEP a démarré ses activités au Bénin en 2002. En décembre 2007, le BIT/STEP appuyait six MS dont la Mutuelle de la Sécurité sociale du Bénin qui se trouve à être une MS affiliée au Ministère du Travail et de la Fonction publique du Bénin. Au cours de l'exercice 2007, ces MS comptaient 11 808 « bénéficiaires à jour de cotisation ».

BORNEfonden (Fondation pour les enfants) : Depuis 2001, cette ONG sans but lucratif, dont le siège est au Danemark, appuie l'implantation de MS. Contrairement aux autres promoteurs, l'approche de BORNEfonden est hautement intégrée et ses principales activités sont l'éducation, la santé, la petite enfance, des activités génératrices de revenus et la micro finance. En 2007, BORNEfonden appuyait 19 MS et comptait 37 920 « bénéficiaires à jour de cotisation ». Sept nouvelles MS ont été implantées depuis.

Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) : De 1994 à 2008, cette ONG française, appuyée par la Coopération suisse, a mis en place des MS au Bénin. Ces MS se sont organisées en association juridique qui porte le nom de Réseau alliance santé (RAS). Les objectifs du

RAS sont de favoriser l'entraide entre les MS et de mener des actions communes pour l'ensemble du réseau. Au cours de l'année 2007, le RAS était constitué de 30 MS totalisant 37 117 « bénéficiaires à jour de cotisation ». Le RAS est lié à l'AIMS sur une base contractuelle. Cette association appuie le RAS dans le cadre des relations avec les formations sanitaires et la gestion du risque maladie.

Projet intégré de santé familiale au Bénin (PISAF) : Démarré en 2006, le PISAF est un projet de l'*United States Agency for International Development (USAID)*. Le PISAF appuie présentement 28 MS au Bénin et compte en implanter dix-sept nouvelles prochainement. En 2007, les MS du PISAF comptaient 2 823 « bénéficiaires à jour de cotisation ».

Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF) : Ce programme a été lancé en 1998 par une ONG belge appelée Solidarité mondiale et financée par le Fonds belge de survie. Le PROMUSAF évolue au Bénin, au Burkina, au Sénégal et au Mali. En 2007, PROMUSAF appuyait 25 MS au Bénin comportant 2 353 « bénéficiaires à jour de cotisation ». Une des particularités de PROMUSAF est la réalisation d'activités de micro crédit pour les membres.

NB : Aucune mutuelle, ni réseau de mutuelles ne couvrent à eux seuls toute l'étendue du territoire national.

3.4 Identification des participants

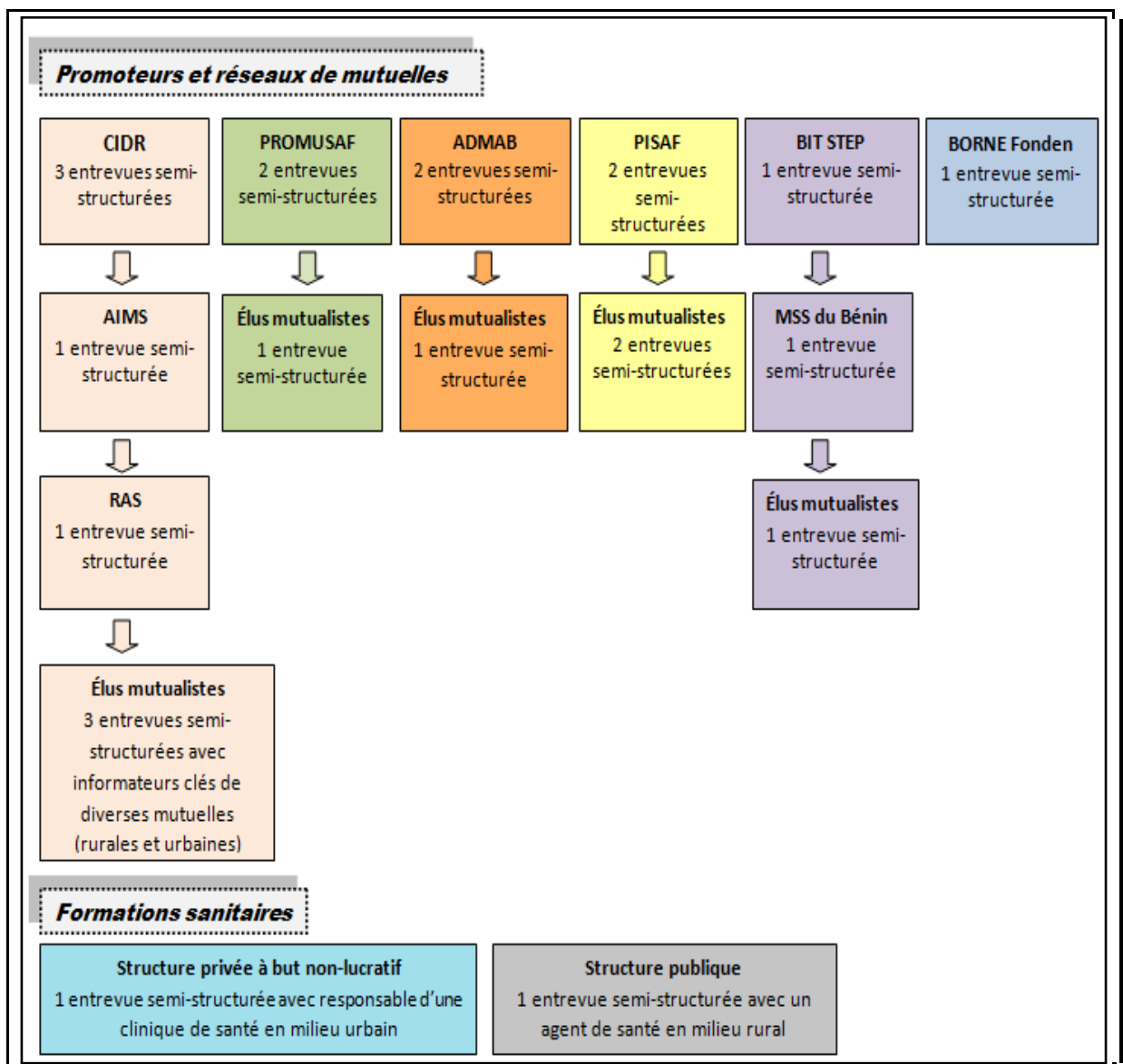
Entrevues semi-structurées : L'identification des participants s'est faite avec l'aide de personnes ressources. En raison de l'étendue géographique des zones couvertes par les MS et des limites de temps, les participants ont été sélectionnés pour former un échantillon « boule de neige ». Les participants ont été sélectionnés sur la base de la pertinence de leur relation aux MS, de la possibilité d'acquérir de l'information supplémentaire, et de leur niveau d'accessibilité. Suivant le principe de diversification, des participants possédant des qualités intrinsèques différentes ont été inclus. Une attention particulière a été portée pour interroger des participants provenant de différentes régions et niveaux d'urbanisation (Poupart et al. 1997).

La majorité des participants a été contactée par téléphone. Étant donné que certains élus membres, vivant en milieu rural, n'avaient pas accès au téléphone, il a été nécessaire de se rendre sur place à l'improviste pour réaliser certaines entrevues. Personne n'a refusé de participer au projet.

Une personne n'a pu se rendre disponible et une autre a délégué un remplaçant. Dans le cas du promoteur BORNEfonden, l'absence de disponibilité d'accompagnement dans leurs zones d'intervention a limité le nombre d'entrevues réalisées. Aucune compensation financière n'a été offerte pour la participation.

Vingt-quatre entrevues semi-structurées ont été réalisées avec des personnes impliquées dans la promotion des MS : promoteurs ($n= 11$), coordonateurs ($n= 2$), assistant technique ($n= 1$), élus membres ($n= 8$), agent de santé ($n= 1$) et responsable de centres de santé ($n= 1$). Voici une représentation graphique des personnes rencontrées lors des entrevues semi-structurées (Figure 4).

Figure 4. Représentation graphique de l'échantillon



Entrevues non-structurées : L'identification des participants s'est faite avec l'aide de personnes ressources. Quinze entrevues non-structurées ont été réalisées avec divers intervenants : médecin-conseil ($n=1$), élus mutualistes ($n=8$) et agents de santé ($n=6$).

3.5 Collecte de données

Les données ont été collectées lors d'un séjour terrain au Bénin, qui s'est échelonné du 28 septembre au 11 décembre 2008.

Entrevues semi-structurées : Des entrevues semi-structurées d'une durée d'environ une heure ont été réalisées en français. Le président d'une MS a dû être assisté par son secrétaire pour faire la traduction des questions et réponses. Tous les autres participants avaient un niveau de connaissance du français suffisant pour faire l'entrevue en français. Les entrevues ont été réalisées à l'aide d'un canevas d'entrevue validé auprès de deux personnes ressources et testé (voir Annexe A). Les participants ont répondu à des questions ouvertes. Les entrevues ont été enregistrées puis transcrites par une sténographe. Le principe de saturation des données a été respecté.

Entrevues non-structurées : Des entrevues non-structurées ont été réalisées afin de servir de sources de triangulation. Les données ont été recueillies à partir des notes de l'observateur.

Recherche documentaire : Les personnes rencontrées ont été encouragées à fournir tous les documents disponibles et pertinents concernant les MS et leurs promoteurs. Les documents recueillis incluent principalement des rapports d'activités et des évaluations de programmes. Des manuels d'orientation pour les agents de santé et des contrats avec les formations sanitaires et les radios qui participent aux campagnes d'information ont également été recueillis. Enfin, des données disponibles concernant l'adhésion et la fidélisation des membres depuis les cinq dernières années ont été colligées.

3.6 Méthodes d'analyse

Entrevues semi-structurées : Les transcriptions des entrevues semi-structurées ont été analysées avec un logiciel d'analyse qualitative *QDA Miner*. La détermination des codes s'est faite de façon mixte, c'est-à-dire que certains codes ont été identifiés au préalable alors que d'autres ont été ajoutés en cours de route (Van der Maren, 1996).

Autres sources de données : Des analyses de contenu ont été menées sur les données recueillies lors des entrevues non-structurées et la recherche documentaire. Les informations pertinentes à la problématique formulée ont été relevées. Ces analyses ont complété les données.

3.7 Ateliers d'échanges

Deux ateliers d'échanges d'une durée de deux heures ont été réalisés pour ouvrir le débat sur les différentes stratégies de développement des MS. Le premier atelier d'échanges a eu lieu au siège de la Coopération suisse à Cotonou. Le deuxième atelier s'est tenu dans les locaux de la Direction départementale de la santé (DDS) à Parakou. Les participants ont été identifiés avec l'aide de personnes ressources. Le premier atelier d'échanges a réuni huit intervenants concernés : la chargée de programme santé de la coopération suisse, six représentants de promoteurs de MS (ADMAB, BIT-STEP, BORNEfonden, PISAF, PROMUSAF, Afrique mutualité) et un membre de l'AIMS. Le deuxième atelier d'échanges a réuni 16 personnes représentant les organismes suivants : DDS, CIDR, RAS, AIMS, PISAF, Mutuelle de sécurité sociale (appuyée par le BIT-STEP), Mutuelle Hubert Maga (appuyée par PROMUSAF), Mutuelle de santé de Parakou (affiliée au RAS).

Les ateliers d'échanges ont débuté par une présentation d'une demi-heure. Le contexte de l'étude a été présenté. Ensuite, une synthèse des obstacles et stratégies émergeant des entrevues semi-structurées a été présentée pour stimuler la discussion. Suite à la présentation, les participants étaient invités à répondre aux questions suivantes :

- Une plus grande implication des femmes pourrait-elle accroître l'adhésion et la fidélisation?
- Quelles stratégies sont efficaces et inefficaces pour accroître l'adhésion et la fidélisation?
- Quelles stratégies devraient être développées?

Les réponses à ces questions ont été recueillies à partir des notes de l'intervieweur.

4. RÉSULTATS

4.1 Phase diagnostique

4.1.1 Statistiques sur l'adhésion

Les données disponibles sur l'adhésion et la fidélisation depuis cinq ans ont été colligées. Il ressort que la mesure la plus fiable pour comparer le niveau de participation aux MS entre les différents réseaux est le nombre de bénéficiaires à jour dans le paiement de la cotisation.

Un important constat est que chaque promoteur définit ses propres méthodes de calcul des adhésions et utilise souvent des terminologies différentes sans définir les concepts employés. Cette situation rend difficile l'interprétation et la comparaison des statistiques des différents réseaux.

4.1.2 Obstacles à l'adhésion et à la fidélisation

L'analyse fait ressortir plusieurs obstacles à l'adhésion et à la fidélisation des membres.

Tableau 3. Résumé des résultats concernant les obstacles à l'adhésion et à la fidélisation

Obstacles	Freine l'adhésion	Freine la fidélisation
Absence de culture de prévoyance face à la maladie	✓	
Manque d'information concernant les MS	✓	
Manque de confiance envers les MS	✓	
Insatisfaction vis-à-vis des produits d'assurance	✓	✓
Manque de volonté politique et d'action concrète	✓	✓
Motivation des élus mutualistes insuffisante	✓	✓
Mauvaises relations avec les agents de santé	✓	✓
Ruptures de médicaments	✓	✓
Faible pouvoir d'achat des ménages	✓	✓

Absence d'une culture de prévoyance face à la maladie

Plusieurs participants des différents réseaux de MS rapportent que la notion de prévoyance pour la maladie n'est pas suffisamment ancrée dans les populations locales pour qu'elles veuillent adhérer. Au Bénin, il est courant de mettre de l'argent de côté en prévision des cérémonies de décès, de mariage ou de naissance, mais rarement pour une éventuelle maladie.

« Dans notre culture, c'est lorsque quelqu'un est malade qu'on demande à la communauté de se cotiser un peu pour aider. » (Participant)

« On ne se prépare pas. Pour nous, c'est une manière de se souhaiter la maladie. »
(Participant)

Manque d'information

Le manque d'information freinerait l'adhésion aux MS. Premièrement, plusieurs participants ont noté que le manque de connaissances concernant les risques d'être malade est un obstacle important. Certains individus ne se considèrent pas à risque de tomber malade et ne perçoivent pas l'intérêt d'adhérer. Deuxièmement, les MS demeurent une innovation sociale relativement récente. Plusieurs personnes, surtout en milieu urbain, ignorent encore l'existence des MS. Troisièmement, il semble y avoir un manque de connaissances quant aux bénéfices qu'offrent les MS.

Manque de confiance dans les MS

Certaines personnes n'ont pas confiance dans les responsables des MS. Ce manque de confiance est alimenté par des expériences antérieures malheureuses. Des projets de développement, parfois reliés aux MS, ont échoué parce que les initiateurs du projet ont disparu avec l'argent confié. D'autres ont échoué en raison de mauvaise gestion.

« Les gens se disent : est-ce que ce n'est pas encore une façon de venir nous tromper? Donc, ils veulent regarder jusqu'où les mutuelles vont faire preuve de sérieux dans leur gestion avant de venir. » (Participant)

Insatisfaction vis-à-vis des produits d'assurance

Le faible niveau de participation aux MS a été en partie attribué à une insatisfaction de la population quant aux produits d'assurance. Quatre participants affiliés à 3 promoteurs y ont fait référence. Bien que des analyses de besoins de la population aient été menées lors de l'implantation des MS, les couvertures d'assurance ne sont pas régulièrement mises à jour pour répondre aux besoins changeants de la population.

« Au fur et à mesure que les gens s'habituent, ils demandent plus... Il faut continuer toujours le travail avec ces gens-là pour être à l'écoute de leurs attentes. » (Participant)

Certaines MS couvrent uniquement les maladies peu communes et graves tandis que d'autres MS se limitent aux petites maladies fréquentes. Des services prisés tels que les consultations prénatales et les soins ambulatoires sont parfois absents des produits d'assurance.

Plusieurs facteurs nuiraient à la capacité des MS de satisfaire aux besoins de la population. Premièrement, l'élargissement de la prise en charge implique une augmentation de la cotisation. La population n'est souvent pas prête à accepter que la cotisation augmente. Deuxièmement, les besoins exprimés par les élus mutualistes ne sont pas nécessairement représentatifs des besoins du reste de la population. Certains élus ne sont pas à l'écoute des besoins de la population. Enfin, les techniciens, régulièrement pressés par le temps, escamotent des étapes lors de la consultation de la population. Cela nuit à l'implication réelle des bénéficiaires dans l'identification des besoins.

Manque de volonté politique et d'action concrète

Des représentants de 3 promoteurs ont affirmé que le manque de volonté politique et d'action concrète du gouvernement est un obstacle à l'adhésion et à la fidélisation. L'insuffisance d'orientation, de support financier et technique de l'État freinerait le développement des MS.

« Ceux qui doivent rester devant pour que ça marche, c'est ceux-là qui sont derrière. » (Participant)

« Si le gouvernement peut se mettre dans la bataille, je pense que nous allons réussir. » (Participant)

Motivation insuffisante des élus mutualistes

Les MS sont fondées sur le bénévolat des membres. Plusieurs participants rapportent que le manque de motivation de certains élus mutualistes freine l'adhésion et la fidélisation. Les élus mutualistes, responsables du recrutement de nouveaux membres et de la collecte des cotisations, se plaignent que la charge de travail est trop élevée alors qu'ils ne sont pas rémunérés.

« Le monsieur ne laissera pas ses activités champêtres pour se consacrer à la mutuelle. Ça serait difficile. » (Participant)

Mauvaises relations avec les agents de santé

Les mauvaises relations avec les agents de santé sont citées au premier rang des obstacles à l'adhésion et à la fidélisation. Ce problème persiste dans tous les réseaux de MS.

« Moi, si l'on me demandait... quel est le taux de perte dû aux mauvais comportements des agents de santé. Je dirais 30 %. » (Participant)

D'une part, certains agents de santé démontrent une résistance aux MS. Les agents de santé peuvent facilement vendre des services ou des médicaments à des prix plus élevés aux patients non-

membres d'une MS. Cependant, les coûts des soins donnés aux membres sont préétablis. Les agents de santé émettent les factures aux MS et le remboursement est fait de compte à compte entre les MS et les formations sanitaires. Ce système de paiement va à l'encontre de l'intérêt personnel immédiat de certains agents de santé. La résistance envers les MS qui s'ensuit peut se traduire par un mauvais accueil, une rétention de médicaments disponibles et une mauvaise qualité de soins.

D'autre part, la relation entre les agents de santé et les membres peut aussi être affectée par les exigences irréalistes de certains membres. Les agents de santé sont sujets à des contraintes réelles qui les empêchent de répondre à toutes les demandes. Selon des élus mutualistes, certains ne connaissent pas bien les MS, leur fonctionnement, ni ce qu'elles peuvent apporter de positif à un centre de santé, ce qui peut entraîner des conflits.

Ruptures de médicaments

Plusieurs participants ont mentionné les ruptures de médicaments comme obstacle important à l'adhésion et à la fidélisation des membres.

« Ce n'est pas facile pour un membre qui, après avoir donné son argent à la mutuelle, va au centre de santé et on lui dit qu'il n'y a pas le médicament. Il va acheter ce médicament à la pharmacie, alors que la mutuelle ne va pas rembourser ce qu'il a acheté à la pharmacie. Il n'est plus intéressé. » (Participant).

Plusieurs participants ont mentionné que les membres déçus de la qualité des soins deviennent souvent de fervents adversaires des MS. Ces personnes divulguent leur mécontentement dans leur entourage et peuvent significativement compromettre l'image d'une MS dans un village.

Faible pouvoir d'achat des ménages

Dix participants (43 %) appartenant à 5 réseaux des MS ont rapporté que le manque de ressources financières des ménages est un obstacle de taille à l'adhésion et à la fidélisation. Ces difficultés financières sont principalement associées à la chute du prix du coton dans les marchés internationaux et aux mauvais rendements agricoles. La grande taille des familles, surtout dans les milieux polygames, limite aussi la capacité de mobiliser les ressources financières nécessaires pour payer leur cotisation.

« Il y a des périodes très dures où les gens n'ont pas du tout de l'argent, même pour manger, c'est difficile. Il n'y a pas de solution. » (Participant)

Certains participants étaient d'avis que le problème est davantage relié à la priorisation dans l'allocation des ressources qu'aux faibles revenus des ménages.

4.1.3 Stratégies adoptées pour accroître l'adhésion et la fidélisation

L'analyse fait ressortir les principales stratégies adoptées pour accroître l'adhésion et la fidélisation des membres (voir résumé en Annexe B et Annexe C).

Améliorer la communication et l'information

Les promoteurs de MS tentent d'améliorer la communication et l'information dans les communautés pour promouvoir la culture de prévoyance face à la maladie et contrer le manque d'information. Les modalités diffèrent d'une MS à l'autre, mais peuvent être divisées en deux catégories : sensibilisation de proximité et sensibilisation de grande envergure.

Sensibilisation de proximité :

Visites de mobilisation : Des visites de mobilisation dans les villages sont organisées par la majorité des MS. Les élus mutualistes rassemblent les gens dans un lieu public. Les élus présentent les bienfaits des MS et les villageois sont invités à poser leurs questions.

Porte-à-porte : Tous les réseaux de MS semblent utiliser la méthode du porte-à-porte. Les élus mutualistes rencontrent individuellement les chefs de ménage des villages pour leur expliquer les bienfaits des MS. Plusieurs participants considèrent que le porte-à-porte est la méthode la plus efficace pour amener les gens à adhérer et à payer leurs cotisations régulièrement.

« Avant on faisait de la sensibilisation en regroupant les gens. Mais ils ont commencé à prendre cela à la légère donc on a commencé à faire de la sensibilisation de proximité. On va de maison en maison. » (Participant)

La difficulté principale du porte-à-porte est que cela demande beaucoup de temps, d'énergie et engendre des frais pour les membres bénévoles qui doivent assurer les frais de déplacement.

Agents multiplicateurs : Plusieurs réseaux de MS ont tenté de diversifier les méthodes de sensibilisation en initiant des collaborations avec divers acteurs communautaires. Certaines MS ont inclus les communautés religieuses dans la sensibilisation de la population. Les participants ont rapporté que l'inclusion des communautés religieuses dans la sensibilisation a un impact positif sur l'adhésion aux MS. Le PISAF a initié une nouvelle stratégie de sensibilisation qui implique des agents de santé dans la sensibilisation. Des équipes mixtes composées d'élus mutualistes, d'agents de santé et de membres du Comité de gestion de centres de santé (COGECS) sont créées. Les équipes se réunissent mensuellement pour mener des activités de sensibilisation telles que le porte-à-porte et des visites de mobilisations. Ce partenariat augmente la crédibilité des MS. Les personnes rencontrées rapportent que les agents de santé participent activement aux activités de sensibilisation et affirment qu'il y a une bonne collaboration établie avec les agents de santé. Il semble que les agents de santé n'expriment pas de réticences à participer à ces activités de sensibilisation.

Les frais de transport et les collations des agents de santé sont assurés par le centre de santé. Par conséquent, plusieurs élus mutualistes ont avoué qu'en raison de leur manque de moyens financiers, ils dépendent maintenant entièrement du financement du centre de santé pour exécuter la sensibilisation et l'information. Cette perte d'autonomie des élus mutualistes ouvre la porte à plusieurs effets pervers et abus de la part des agents de santé qui sont réputés pour les détournements de fonds. L'emprise des agents de santé sur les MS représente donc un danger potentiel pour le développement des MS.

Comités de sensibilisation, d'information et de communication (SIC) : Depuis 2005, les MS du RAS ont créé des comités SIC composés de villageois sélectionnés selon leur rôle social et leur engagement dans le développement de la MS. Leurs tâches principales sont d'établir un plan d'action, d'assurer la diffusion d'information concernant la MS, de sensibiliser la population et d'agir en tant que personnes ressources pouvant intervenir dans la résolution de problèmes. Les comités SIC ont été implantés de façon expérimentale. Il est probable que davantage de MS feront la transition vers ce nouveau type d'organisation prochainement.

Sensibilisation de grande envergure :

La sensibilisation de grande envergure comprend de la sensibilisation à la radio et des événements mobilisateurs tels que du théâtre et des fêtes villageoises. Les coûts de leur organisation représentent un fardeau financier considérable pour les MS. Certains notent que la sensibilisation de grande envergure augmente les connaissances sur les MS, mais n'amène pas les gens à s'inscrire à une MS.

L'avantage de la sensibilisation de grande envergure serait qu'elle facilite la sensibilisation de proximité telle que le porte-à-porte dans les villages. Cela amène certains participants à souligner l'importance du fait que la sensibilisation de grande envergure, particulièrement les émissions radio, soit soutenue par la sensibilisation de proximité.

« *Si vous allez chez quelqu'un... et que vous dites que c'est pour la mutuelle de santé, les gens disent "Ah! J'ai entendu ça à la radio."* » (Participant)

Éducation à la santé : Le promoteur PROMUSAF forme des élus mutualistes pour qu'ils mènent des séances d'éducation à la santé sur des thèmes tels que le VIH/Sida, le paludisme, le choléra, la nutrition, l'hygiène et l'assainissement. Les élus mutualistes organisent des séances d'éducation à la santé dans leurs communautés. Les élus mutualistes sont accompagnés d'agents de santé durant la première année. Les séances d'éducation à la santé sont renforcées par la distribution de moustiquaires imprégnées et des préservatifs. Selon les participants, un regain dans les adhésions est généralement noté suite aux séances d'éducation à la santé.

Augmenter le degré de confiance envers les MS

Diffusion de témoignages de membres ayant bénéficié de soins : Les témoignages peuvent être diffusés à la radio locale et utilisés lors des visites de sensibilisation ou lors de discussions informelles.

« *Ça a permis aux gens de comprendre que cette initiative-là, c'est réel.* » (Participant)

S'assurer que les élus mutualistes inspirent la confiance : Les promoteurs tentent d'assurer que les responsables des mutuelles inspirent la confiance en instaurant un système de représentation démocratique et en encourageant les membres à voter en fonction du degré de représentativité et

d'honnêteté des candidats. Des mandats d'une durée limitée offrent à l'assemblée l'opportunité de corriger une situation indésirable.

Favoriser la transparence : La majorité des personnes interviewées rapporte que pour instaurer la confiance de la population il faut mettre en place des éléments de transparence. Les MS organisent des assemblées générales annuelles pour présenter le bilan financier à leurs membres.

Assurer une bonne gestion des MS : La majorité des élus mutualistes ont un faible niveau de scolarité ce qui limite leur capacité de gestion. Les promoteurs tentent d'assurer une bonne gestion en offrant des formations aux élus et en menant un suivi de gestion. Lorsqu'un problème de gestion survient, les assistants techniques regroupent les élus mutualistes pour résoudre les difficultés.

Accroître la satisfaction quant aux produits d'assurance

Recueillir les attentes et besoins de la population : BORNEfonden a développé un outil qui permet d'impliquer les populations dans toutes les étapes de mise en place des MS. L'outil se base principalement sur la réalisation de focus groupes avec tous les sous-groupes de la population pour recueillir de l'information sur leurs attentes et leurs besoins. Une fois que les MS sont implantées, l'outil d'implication des populations est utilisé pour l'évaluation de leurs perceptions et de leur satisfaction quant aux services offerts par les MS. L'avantage de cet outil serait qu'il favorise l'appropriation de la MS par la population en lui permettant de définir les services couverts. L'outil est systématiquement utilisé une fois par année.

Amélioration et diversification des produits d'assurance : Le RAS mise présentement sur l'amélioration et la diversification des produits pour répondre davantage aux besoins de la population et attirer de nouveaux membres. Dans le passé, les MS offraient seulement l'adhésion familiale qui consistait à couvrir tous les membres d'une même famille pour une série de maladies prédéterminées. Le réseau tente présentement de multiplier les types de couverture.

« Notre stratégie, c'est de réfléchir perpétuellement à ce qu'on peut proposer, qui cadre plus avec le besoin de la population. » (Participant)

Certaines MS du RAS ont adopté un nouveau produit appelé la *Garantie scolaire*. Ce produit offre une couverture à tous les écoliers d'une école en cas de survenance de la maladie à l'école ou

lors des activités pédagogiques. Selon les participants, quatre arguments ont mené à la sélection de ce produit. Premièrement, la *Garantie scolaire* permet aux élèves malades d'être pris en charge par l'école et de recevoir les soins médicaux nécessaires en l'absence des parents. Deuxièmement, ce n'est qu'en inculquant les principes de prévoyance face à la maladie aux enfants que les MS pourront assurer que la prochaine génération d'adultes soit ouverte à ce genre de pratique. Troisièmement, les parents et les enseignants des enfants qui bénéficient des prestations de la MS à l'école seront probablement plus sensibilisés envers la MS. Enfin, la *Garantie scolaire* est un produit collectif ce qui permet d'augmenter rapidement le nombre de bénéficiaires.

Bien que la *Garantie scolaire* soit un produit porteur pour les MS, quelques difficultés se sont présentées lors de son implantation. Premièrement, la couverture exclut les cas de maladie survenus en dehors des heures d'école et des activités parascolaires. Une couverture en tout temps exigerait une cotisation plus élevée ce qui découragerait plusieurs écoles. La couverture limitée est plus abordable, mais ouvre la porte à plusieurs effets pervers. Un scénario potentiel est que certains parents repoussent la consultation médicale de leurs enfants malades pour que la *Garantie scolaire* puisse couvrir les frais médicaux. Les cas de maladies survenus durant les fins de semaine ou les vacances d'été pourraient s'aggraver suite une telle négligence. Ce risque est d'autant plus probable dans un contexte où les ressources financières de certains ménages sont limitées et les notions de prévoyance face à la maladie faibles. Deuxièmement, il est possible que la *Garantie scolaire* déresponsabilise les parents quant à la santé de leurs enfants sous prétexte que c'est dorénavant la responsabilité de l'école. Troisièmement, les parents déjà membres inscrits au produit familial doivent payer une deuxième cotisation pour leurs enfants lorsque l'école souscrit aussi à la MS. Aucun système permettant aux familles membres de retirer leurs enfants d'un des deux produits n'a été établi. Par conséquent, il est probable que certaines familles refusent d'adhérer aux produits familiaux sous prétexte que leurs enfants sont déjà couverts par un produit de la MS.

Les MS du RAS ont développé un autre type de couverture appelé la *Maternité sans risque*. Ce produit consiste à prendre en charge tous les accouchements et toutes les consultations prénatales des femmes du village avec une mobilisation de fonds communs. Avant l'implantation de ce produit,

il n'était pas rare que des familles adhèrent à une MS uniquement lorsqu'une femme planifiait d'accoucher prochainement. La famille était assurée de bénéficier des services de la MS. Cette pratique a révélé le besoin de développer un produit qui cible les femmes enceintes. La *Maternité sans risque* est attractif pour la population parce que toutes les femmes enceintes d'un village, et indirectement leur famille, sont certaines de bénéficier de la MS. Le produit fait connaître les MS et transmet une bonne image.

Renforcer l'implication des autorités politiques

Collaboration avec les autorités locales : Les efforts consacrés pour impliquer les autorités dans le développement des MS varient en fonction des promoteurs. Certains promoteurs, tels que l'ADMAB, le PISAF et le PROMUSAF, tentent d'impliquer les autorités dans le processus de création, d'implantation et d'appui aux MS.

Afin d'éviter des formes de récupération politique, le CIDR a attendu avant d'initier des partenariats avec les élus locaux. En général, ceux-ci ne sont pas directement associés aux processus de mise en place des MS. Les élus mutualistes rencontrent les élus locaux pour présenter les récents développements du réseau et pour voir dans quelle mesure ils peuvent accompagner les MS. Les autorités d'un village sont grandement impliquées en cotisant pour offrir un produit d'assurance collectif à toutes les femmes du village.

Certains élus locaux ne comprennent pas leur rôle dans le domaine de la santé. Il faut donc les convaincre de l'importance de leur implication. Tout ce processus est à reprendre lorsque les conseils communaux sont renouvelés suite aux élections. Des participants ont ajouté qu'il faut souvent des ressources pour susciter l'intérêt des autorités.

Aider le gouvernement à développer des stratégies nationales : Le BIT-STEP appuie le gouvernement pour développer des politiques nationales d'extension de la protection sociale. De plus, le BIT-STEP forme et sensibilise les cadres de divers ministères sur les stratégies d'expansion de la protection sociale et sur les types de système d'assurance maladie.

Le PISAF a contribué techniquement et financièrement à l'élaboration du *Plan stratégique de développement des mutuelles de santé 2007-2011*. Ce document a pour objectif de promouvoir le

développement des MS sur l'ensemble du Bénin. Il est actuellement en attente d'être validé par le ministère de la Santé.

« Il semble qu'aujourd'hui, [le document soit] en bonne voie. Mais quand on dit en bonne voie, dans notre pays, on sait ce que ça signifie! Ça peut mettre deux, trois, quatre ans et que rien ne sorte des tiroirs. » (Participant)

Accroître la motivation des élus mutualistes

Les MS sont à la recherche de solutions pour accroître la motivation des élus mutualistes sans abolir le système de bénévolat. Les compensations offertes aux élus sont limitées par deux aspects. Premièrement, les MS ont peu de ressources financières. Deuxièmement, la majorité des promoteurs sont conscients que le financement extérieur de leur projet arrivera à terme. Les promoteurs soulignent donc l'importance de ne pas habituer les élus mutualistes à des compensations qui ne peuvent être durables.

Compensations financières : Les réseaux de MS ont tenté de motiver les élus mutualistes en octroyant différentes formes de compensation financière. Une première forme de compensation consiste à assumer les frais de déplacement. L'ADMAB, par exemple, paye les frais de déplacement et de restauration des élus mutualistes lors des réunions mensuelles des campagnes de sensibilisation de grande envergure. Ces dépenses sont financées par les promoteurs, car les recettes des cotisations des membres sont insuffisantes pour absorber de tels coûts. Par conséquent, cette mesure ne pourrait être durable en cas du retrait du promoteur.

Le PISAF a instauré un deuxième type de compensation qui consiste à offrir 10 % des recettes collectées aux élus mutualistes à condition qu'ils aient recueilli 60 000 francs CFA. Les MS déboursent ces frais de leur caisse de fonctionnement ce qui rend la stratégie viable en cas d'un retrait du promoteur. Le témoignage d'un élu mutualiste à l'égard de cette mesure est positif.

« Nous fournissons plus d'efforts. Avec les 10 %, on se sent concerné. » (Participant)

Les MS appuyées par le CIDR ont plutôt opté pour une compensation financière proportionnelle à 4 % de ce que les élus ont collecté. Selon certaines personnes interviewées, la stratégie semble avoir eu un impact positif sur l'effort consacré à collecter les cotisations.

Cadeau symbolique : Certains promoteurs tels que le PISAF ont prévu offrir des cadeaux symboliques aux élus mutualistes qui ont consacré le plus d'efforts à leur MS. Cette approche demeure récente et peu développée.

Dotation de moyen de transport : Les élus mutualistes travaillent en fonction de leurs moyens. Les élus mettent leur motocyclette à la disposition des MS pour les déplacements. Une forme de motivation adoptée par certains promoteurs tels que l'ADMAB est de mettre des motos à la disposition des MS. En plus de faciliter les déplacements, cela allège partiellement le fardeau des élus mutualistes. Toutefois, les frais d'entretien des motos sont souvent élevés pour les faibles moyens des élus mutualistes. Par conséquent, les motos léguées sans support financier pour les frais d'entretien demeurent peu utilisées.

Formation : La participation à diverses formations constitue une source de motivation pour les élus mutualistes. Plusieurs promoteurs de MS saisissent des opportunités de formation pour récompenser les élus qui se démarquent par leurs efforts. Des élus mutualistes appuyés par le PISAF ont été sélectionnés pour assister à une formation au Sénégal.

Améliorer l'accueil et la qualité des soins

Les approches adoptées par les MS pour améliorer la relation avec les agents de santé et la disponibilité des médicaments varient.

Contractualisation : Cinq promoteurs sur six tentent de favoriser une étroite collaboration avec les formations sanitaires en s'engageant dans un processus de contractualisation. Cette démarche vise à responsabiliser les deux parties en spécifiant les obligations de chacun. Bien que les contrats varient d'une localité à une autre, ils abordent les principales difficultés rencontrées par les membres et les agents de santé dans l'optique d'améliorer leur collaboration. Les contrats peuvent définir les modalités de paiement, la prise en charge, la procédure de résolution de conflit, l'accueil, la disponibilité de médicaments, la surcharge de travail des agents de santé, la tarification forfaitaire, la négociation de primes pour les agents de santé, etc.

Selon un participant, cette démarche a été choisie parce que l'entente morale et verbale entre les MS et les formations sanitaires n'a pas donné de résultats positifs. L'avantage de la

contractualisation est qu'elle implique directement la tutelle administrative des formations sanitaires. Les contrats servent de base pour résoudre les litiges.

Réseau des soins coordonnés (RSC) : En milieu urbain, la collaboration entre les MS du RAS et les prestataires de soins ne se limite pas à la contractualisation. Depuis 2002, les MS travaillent en partenariat avec le RSC qui regroupe huit formations sanitaires installées dans la commune de Parakou. Cet ensemble de prestataires définit des règles de collaboration avec les MS pour assurer des soins de qualité. Tous les trois mois, des rencontres sont organisées entre le RSC et les MS. Entre autres, les négociations ont abouti à de nouveaux tarifs forfaitaires pour les membres.

Un avantage du RSC serait qu'il favorise le partenariat entre les formations sanitaires publiques et privées, permettant ainsi aux membres d'obtenir une complémentarité du plateau technique. Les agents de santé peuvent recommander leurs patients aux autres formations sanitaires du RSC. En plus, les formations sanitaires ne s'approvisionnent pas au même rythme en termes de médicaments. Donc, lorsqu'une rupture de médicaments survient dans un centre, les prestataires de soins peuvent prescrire une ordonnance et envoyer les membres dans un autre centre du RSC.

Modèle collaboratif : Le PISAF a démarré un processus d'amélioration de l'offre de soins. L'approche vise, entre autres, l'augmentation du niveau d'adhésion des ménages par la sensibilisation de la population, l'amélioration de la collaboration entre les membres et les agents de santé. La particularité de cette approche est le haut niveau d'implication des agents de santé dans l'atteinte des nombreux objectifs.

Premièrement, des ateliers avec les prestataires de soins ont permis l'élaboration de plans d'action. Deuxièmement, des formations ont été offertes aux prestataires de soins en vue de renforcer leurs compétences à offrir des soins de qualité. Troisièmement, des équipes regroupent les acteurs clés que sont les prestataires des soins, les membres du COGECS et les membres de chaque arrondissement qui ont été formés. Leurs rôles sont de proposer des améliorations, de les mettre en œuvre et d'en assurer le suivi. Entre autres, des séances de sensibilisation sont organisées chaque mois (voir *Agents multiplicateurs*, section 5.1.3). Les équipes se réunissent pour faire le bilan des activités réalisées.

Selon plusieurs participants, l'implantation du modèle collaboratif a amélioré les relations entre l'offre de soins et les membres. Ces élus mutualistes témoignent :

« Les agents de santé participent activement. Ils ne sont pas réticents. » (Participant)

Co-développement des MS et formations sanitaires : L'ADMAB a adopté une approche qui vise le co-développement des MS et des formations sanitaires. La philosophie soutenant cette approche est qu'il est difficile de développer les MS sans toutefois appuyer l'offre de soins. Pour ce faire, l'ADMAB a initié un accord de partenariat avec le ministère de la Santé. De plus, l'ADMAB appuie les formations sanitaires conventionnées en renforçant leur plateau technique. Le programme inclut la dotation en médicaments et équipements, l'électrification des formations sanitaires, l'approvisionnement en eau et la mise à disposition d'ambulances. En contrepartie, ces structures s'engagent à offrir des soins de qualité et une réduction de 10 à 25 % sur les tarifs habituels.

Cette démarche, selon des participants, améliore la qualité des soins offerts et semble avoir positivement influencé la relation entre les membres et les agents de santé. Ces derniers ne semblent pas percevoir les MS comme une menace à leur intérêt personnel, mais plutôt comme une opportunité d'amélioration de leur environnement de travail. Toutefois, l'arrêt éventuel de l'appui de l'ADMAB pourrait compromettre l'engagement des agents de santé envers les MS.

Présence d'un médecin-conseil : La présence d'un médecin-conseil semble améliorer la collaboration entre les prestataires de soins et les MS. Les médecins-conseils peuvent faciliter le dialogue et la négociation avec les agents de santé grâce à leur expertise dans le milieu médical.

« La présence d'un médecin dans le mouvement mutualiste est très importante parce que les agents de santé sont incontrôlables... Le médecin peut vraiment sensibiliser, négocier avec les agents de santé pour qu'ils puissent mieux traiter les malades mutualistes. » (Participant)

Le médecin-conseil joue un rôle fondamental dans le processus d'amélioration de la qualité des soins. Il peut conseiller les élus mutualistes en matière de contractualisation avec les formations sanitaires. Il peut également soumettre les centres de santé à des vérifications. Cependant, le recours à leurs services est grandement limité par le peu de ressources dont disposent les MS.

Formation pour les agents de santé : L'accueil et la qualité des soins offerts aux membres peuvent être améliorés en offrant des formations aux agents de santé sur les MS. Le RSC a organisé un séminaire de formation sur les techniques d'accueil pour les aides soignants. Ces derniers ont reçu une formation parce qu'ils sont les premiers membres du personnel en contact avec les adhérents. Un mauvais accueil de leur part peut constituer l'élément déclencheur de litiges. À la fin de la formation, des personnes ressources ont été identifiées au sein de chaque centre de santé. De plus, le RSC a produit un cahier de références distribué à tous les participants de la formation.

Selon un responsable de centre de santé, la formation de personnes ressources dans les formations sanitaires a diminué le nombre de plaintes, particulièrement dans les trois mois qui ont suivi. La formation n'a pas été renouvelée. L'information est relayée au fur et à mesure aux nouveaux employés. L'instabilité du personnel de santé est une difficulté associée à la formation des agents de santé dans les formations sanitaires publiques. L'administration publique impose des affectations au personnel de santé. Les agents de santé peuvent être formés sur les techniques de prise en charge des membres puis se voir affecter dans une autre ville.

Critères de sélection des centres de santé : Une étude de faisabilité menée par le médecin-conseil de l'AIMS a permis d'identifier des critères que doivent remplir les formations sanitaires afin d'assurer qu'elles pourront offrir des soins de qualité aux membres. Premièrement, l'AIMS identifie les formations sanitaires préférées par la population. Puis, l'AIMS évalue le plateau technique des formations sanitaires. Les éléments à évaluer incluent les ressources humaines, les ressources matérielles et l'acceptation des principes mutualistes. L'examen de ces facteurs aide à déterminer si la formation sanitaire a le potentiel de répondre aux besoins des membres.

La sélection de certaines formations sanitaires limite la liberté des membres d'avoir recours aux formations de leur choix. Cependant, cela assure le recours à des formations sanitaires crédibles et conformes à des standards de qualité de base. Certains centres de santé, particulièrement privés, peuvent même s'efforcer d'améliorer leur qualité de soins pour répondre aux normes et attirer la clientèle mutualiste.

Kiosques d'information devant les hôpitaux : Des MS du RAS ont installé des kiosques devant trois hôpitaux. Les responsables de ces kiosques donnent de l'information aux mutualistes et servent de médiateur entre les mutualistes et les agents de santé en cas de discord. Les responsables des kiosques œuvrent bénévolement pour les MS. Afin de subvenir à leurs besoins, un arrangement spécial a été conclu pour qu'ils puissent simultanément gérer un petit commerce avec le kiosque. Normalement, toute forme de commerce est interdite à l'hôpital, mais cette ouverture a été permise en raison de la fréquence des discordes entre les agents de santé et les élus mutualistes.

Selon un participant, l'implantation de kiosques d'information a trois avantages. Premièrement, cela améliore la relation entre les mutualistes et les agents de santé. Les agents de santé savent qu'un responsable à proximité peut intervenir et défendre les droits des mutualistes s'ils enfreignent les règles de fonctionnement. Deuxièmement, la présence d'un responsable dans les hôpitaux signifie moins de dérangement quotidien pour les élus mutualistes. Dans le passé, il était fréquent que les élus mutualistes se rendent à l'hôpital pour clarifier des discordes avec les agents de santé. Ce genre de situation est maintenant pris en charge par les responsables des kiosques. Troisièmement, le kiosque d'information augmente la visibilité des MS, ce qui aide à recruter de nouveaux membres.

Étiquettes pour identifier les agents de santé : Une autre méthode adoptée par les MS du RAS pour améliorer la qualité des services dans les hôpitaux est d'obliger les agents de santé à porter des étiquettes d'identification sur eux. Par conséquent, les mutualistes insatisfaits peuvent rapporter l'identité des agents de santé en cas de conflits.

Rappeler aux membres leurs droits et devoirs : Certains intervenants des MS essaient de communiquer davantage avec les membres pour leur expliquer leurs droits et devoirs. Ils s'efforcent d'expliquer le fonctionnement des MS et mettent l'accent sur le respect des procédures.

Bonus offerts aux agents de santé : Différents types de bonus peuvent être utilisés pour récompenser les agents de santé pour leurs efforts fournis et augmenter leur motivation à coopérer avec les MS. Les MS du RAS offrent parfois des cadeaux de remerciements aux agents de santé.

Selon les participants, ce genre de stratégie ne coûte pas cher et peut grandement améliorer la relation avec les agents de santé. La valeur symbolique dépasse amplement la valeur monétaire de l'objet.

« Leur donner cent francs CFA n'aura pas la même valeur que le stylo. » (Participant)

Un autre type de récompense consiste à offrir des primes de performance aux agents de santé offrant des soins de qualité aux membres. Six MS appuyées par le CIDR ont adopté ce système.

Assouplir les modalités de paiement

Les MS ont adopté des approches différentes quant à la modalité de paiement des cotisations : en nature, mensuelles versus annuelles, individuelles versus familiales, adaptées avec la rentrée des revenus, etc.

Accepter les cotisations en nature : Puisque l'argent comptant est rare en milieu rural, des MS du RAS et de l'ADMAB acceptent les cotisations en nature. Les membres agriculteurs remettent leurs récoltes agricoles à la MS. Celle-ci les entrepose jusqu'à ce que leur prix de vente augmente sur le marché. L'argent sert à payer les cotisations des membres ayant participé à la vente groupée.

La cotisation en nature a bien fonctionné pendant plusieurs années pour des MS appuyées par le CIDR. Les membres payaient plus facilement leurs cotisations. Toutefois, certaines difficultés limitent l'adoption de cette mesure. Premièrement, il y a toujours un risque que le prix de vente des récoltes chute avant que la MS ne vende les produits. Il y a aussi un risque que les récoltes soient détruites ou mangées par des animaux. Enfin, la MS doit disposer d'un endroit sécuritaire pour entreposer les produits agricoles ce qui n'est pas toujours le cas.

Adopter des cotisations individuelles ou familiales : Les MS appuyées par le PISAF, PROMUSAF et BIT-STEP ont adopté des cotisations individuelles. Ceci accorde une plus grande liberté aux individus qui veulent adhérer seul. Ils n'ont pas besoin de convaincre les autres membres de leurs familles d'adhérer avec eux. Ceci semble être adapté à l'individualisme des villes.

Les MS du RAS ont rejeté la notion de cotisations individuelles sous prétexte que cela rend difficile l'adhésion des grandes familles. Une cotisation fixe par tranche de famille a plutôt été sélectionnée pour favoriser l'entraide entre les familles de différentes tailles.

Adopter des cotisations mensuelles versus annuelles : Les MS appuyées par le PISAF, PROMUSAF et BIT-STEP ont adopté des périodes de cotisation mensuelles. L'avantage est que cela permet une souplesse de paiement. Les membres peuvent verser l'argent au fur et à mesure qu'ils en obtiennent. Cependant, ce système de paiement mensuel implique que les élus mutualistes doivent recommencer la collecte des cotisations des membres chaque mois, ce qui est exigeant.

À l'inverse, les MS du RAS privilégient l'utilisation de périodes de paiement des cotisations annuelles, habituellement cadrées avec la rentrée des revenus. Les membres ont deux périodes spécifiques pour acquitter toute leur cotisation. Les défenseurs de cette méthode argumentent que le paiement annuel des cotisations requiert moins de travail de la part des élus mutualistes. De plus, les cotisations annuelles sont adaptées à la réalité des populations rurales, car ces dernières reçoivent généralement leur revenu de manière saisonnière. C'est lors de la vente des récoltes que se prennent les décisions importantes concernant l'allocation des revenus.

Accroître la capacité de payer

Obtenir des subventions : Certaines MS du RAS et du PISAF ont réussi à obtenir du support financier de la part des autorités locales. De plus, la Mutuelle de sécurité sociale du Bénin appuyée par le BIT-STEP reçoit aussi une subvention dégressive du ministère de la Fonction publique et du Travail jusqu'à l'atteinte d'un nombre défini de bénéficiaires. En contrepartie, la MSS s'engage à atteindre des objectifs de croissance et la maîtrise de ses prestations. Profitant d'un financement externe, BORNEfonden prend en charge de façon dégressive la cotisation des familles jugées indigentes.

Organiser du microcrédit : L'accès au microcrédit peut faciliter la capacité des ménages de cotiser. PROMUSAF organise des activités de microcrédit au sein des MS. Le microcrédit fait augmenter le nombre d'adhérents. En revanche, les taux de re-cotisation des membres ont décliné parce que plusieurs préféraient rembourser le crédit pour pouvoir continuer à en bénéficier plutôt que de verser leur cotisation à la MS. Certains remettent en question le bienfait cette activité.

« *J'ai le sentiment que ça contribue à faire régresser la mutuelle...* » (Participant)

Activités de financement : L'ADMAB a développé une coopérative agricole qui servira à financer des services offerts par les MS. Le projet consiste à cultiver un champ collectif. L'ADMAB met les intrants nécessaires à la disposition des membres. Les tâches agricoles sont réparties entre villages. Les revenus de la vente vont aux profits des caisses de solidarité des MS.

L'accès aux champs communs est parfois difficile. Certains villages sont à quelques kilomètres de la terre ce qui limite la possibilité de se rendre sur les lieux.

Récompenses offertes aux mutualistes fidèles : Les MS appuyées par PROMUSAF et PISAF incitent les membres à cotiser régulièrement en offrant des *moustiquaires imprégnées d'insecticide* (MII) à un moindre coût aux membres fidèles. Les revenus de la vente des MII serviront à continuer d'acheter des MII lors du retrait éventuel du promoteur.

4.1.4 Évolution future des MS

La majorité des participants disent être optimistes quant à l'augmentation du nombre de membres dans le futur. Toutefois, ils ajoutent que beaucoup d'efforts devront être consacrés pour y arriver. Des stratégies de développement qui associent tous les acteurs doivent être mises en œuvre.

Pour plusieurs, l'introduction de méthodes d'adhésion systématique au sein de différentes institutions pourrait accroître l'adhésion et la fidélisation. Certains participants ont préconisé l'adoption d'un système d'adhésion systématique dans les universités ou les associations de producteurs de coton. D'autres ont argumenté que l'État devrait rendre l'adhésion obligatoire.

Les participants ont révélé que les MS devront éventuellement faire face à un défi de taille. Certains promoteurs vont cesser leur appui aux MS. Le CIDR a déjà entrepris son retrait définitif. Plusieurs promoteurs seront probablement appelés à quitter d'ici quelques années, comme PROMUSAF, PISAF et BORNEfonden. L'environnement dans lequel ces MS évoluent sera modifié.

Certains promoteurs préparent progressivement les MS à ce départ éventuel. Ceci est fait à travers un processus de transfert de connaissances et de renforcement des capacités en créant des unions de MS au niveau des communes. Plusieurs participants ont exprimé des craintes, particulièrement par rapport à la rupture de financement et d'appui technique.

D'autre part, les participants ont révélé des craintes quant à l'impact qu'auront les futures politiques publiques en matière de santé sur les MS. Des pourparlers politiques sont en cours concernant un décret gouvernemental sur la gratuité des soins de santé et la mise en place d'un régime d'assurance maladie universel. Plusieurs se questionnent sur le rôle et l'implication qui seront réservés aux MS dans la conception et la mise en œuvre des programmes de santé futurs.

« *Qu'est -ce que les mutuelles vont devenir si le gouvernement décide de faire la gratuité des soins? Est-ce qu'ils vont nous associer?* » (Participant)

4.2 Phase de recherche de solutions

4.2.1 Ateliers d'échanges

Implication des femmes dans la promotion des MS : Plusieurs participants des ateliers d'échanges ont affirmé que la participation des femmes peut contribuer à l'accroissement de l'adhésion et de la fidélisation. Elles sont plus réceptives aux MS.

Les participants ont émis des opinions divergentes quant au niveau d'implication des femmes dans la promotion des MS. Certains participants ont affirmé que leurs MS impliquent les femmes dans la promotion des MS. Les groupements de femmes sont particulièrement ciblés lors de la sensibilisation. Les femmes participent aux prises de décision et occupent des postes importants. D'autres participants ont argumenté que les femmes ne sont pas suffisamment impliquées dans le développement des MS. Un participant a affirmé que la modalité d'adhésion des MS du RAS a tendance à exclure les femmes. Étant donné que l'adhésion doit être faite au nom du chef de famille, le pouvoir décisionnel d'adhérer réside davantage dans les mains des hommes. De plus, les femmes n'ont pas accès aux lieux de discussion dans les villages, ce qui peut limiter leur participation aux MS. Certains participants ont fait valoir qu'une des difficultés d'impliquer les femmes est qu'elles sont moins libres de se déplacer pour faire de la sensibilisation que les hommes en raison de leurs responsabilités familiales et de la jalousie de certains maris.

Identification des stratégies efficaces et inefficaces : Les participants des ateliers d'échanges ont rapporté que l'efficacité des stratégies varie d'une localité à l'autre. Toutefois, la majorité des participants ont rapporté que les émissions radio et la sensibilisation de proximité sont

efficaces. À l'inverse, certains ont questionné l'efficacité du théâtre pour sensibiliser la population. D'autres ont rapporté que les communautés ne répondent plus aux rassemblements de masse.

Toutefois, des participants ont rapporté que les stratégies sont implantées simultanément et qu'il est donc difficile d'évaluer l'efficacité de chaque stratégie. Certains ont invoqué la nécessité de mener des études empiriques pour évaluer l'efficacité des stratégies.

Stratégies à développer : Premièrement, plusieurs participants ont exprimé le besoin d'augmenter le partage d'informations et d'expériences entre les réseaux de MS. Des concertations entre réseaux permettraient de développer des stratégies innovatrices pour améliorer l'adhésion et la fidélisation. Deuxièmement, l'ensemble des participants croit en la nécessité d'un plus grand apport de l'État. L'absence d'orientation et de support financier de l'État a été identifiée comme un facteur qui freine le développement des MS. Certains participants ont questionné le niveau d'appropriation réel du *Plan de développement des mutuelles de santé 2007-2011* par l'État.

Deux moyens ont été avancés pour favoriser une plus grande implication de l'État dans le. Premièrement, ils ont suggéré de travailler davantage ensemble pour exercer une plus grande pression auprès de l'État. Deuxièmement, les participants ont suggéré de rallier la coopération internationale et des bailleurs de fonds à la cause. Les participants d'un atelier ont pris la décision d'entreprendre des actions concrètes de représentation auprès des coopérations internationales.

Troisièmement, un participant a avancé que la création de sièges pour les MS pourrait augmenter l'adhésion et la fidélisation des membres. Sans siège, il est difficile pour les membres de déposer leurs cotisations, car il n'y a aucun endroit ou jour fixe où ils sont certains de trouver un responsable pour le versement des cotisations. La création de sièges pourrait faciliter la collecte des cotisations et augmenter la crédibilité et la visibilité des MS.

5. DISCUSSION

5.1 Développement des connaissances

Les résultats démontrent la complexité de la problématique du faible niveau d'adhésion et de fidélisation des membres aux MS. Plusieurs facteurs interviennent tant au niveau individuel qu'au niveau systémique. Les MS tentent d'agir sur tous ces fronts ce qui s'avère difficile en raison du peu de ressources humaines et financières dont elles disposent. De plus, les stratégies développées doivent pouvoir être viables advenant le retrait des promoteurs.

La majorité des obstacles identifiés dans le cadre de cette analyse concordent avec le cadre conceptuel proposé. Trois obstacles additionnels doivent être intégrés au cadre conceptuel. Premièrement, la présente analyse démontre que la motivation insuffisante des élus mutualistes, œuvrant dans un système de bénévolat, freine considérablement le développement des MS au Bénin. Le *Volunteering Stages and Transitions Model* est utile pour comprendre davantage le manque de motivation des élus mutualistes (Haski-Leventhal & Bargal, 2008). Le modèle stipule que les bénévoles subissent des transformations dans leurs attitudes, comportements et perceptions des coûts et bénéfices liés au bénévolat à travers le temps. Selon ce modèle, les bénévoles de longue date rapportent des bénéfices tels que le sentiment d'accomplissement, ainsi que l'acquisition de compétences, de connaissances et d'amis. En revanche, ces bénévoles sont davantage conscients des coûts du bénévolat tels que l'ennui, l'épuisement et la diminution de temps libre. Ils ont tendance à éprouver davantage de frustration, ne sachant pas si leurs actions ont réellement été utiles.

La présente analyse démontre que les promoteurs sont à la recherche de compensations viables pour motiver les élus mutualistes sans toutefois changer la nature du système en place. Une revue de littérature sur la psychologie de la motivation de bénévoles pourrait mener à de nouvelles pistes intéressantes. Le *Volunteering Stages and Transitions Model*, par exemple, explique que certains éléments peuvent aider les bénévoles à contrer l'épuisement et l'ennui, notamment l'arrivée de nouveaux bénévoles motivés, l'élaboration de nouvelles façons de fonctionner et l'adoption de nouveaux rôles (ex. superviseurs, mentors, représentants). Ces rôles doivent convenir aux intérêts et habiletés des bénévoles. Deci & Flaste (1996) démontrent que l'utilisation de récompenses pour

encourager un comportement peut miner la motivation intrinsèque face à ce comportement. Les auteurs avancent que l'utilisation de récompenses financières peut amener les individus à se concentrer sur la récompense plutôt que sur le travail lié à la MS en tant que telle. Selon cette hypothèse, des élus mutualistes habitués à une rémunération financière n'accepteraient de travailler qu'en présence de l'incitatif financier et perdraient potentiellement le désir d'œuvrer bénévolement pour promouvoir la MS. Les auteurs argumentent que l'attribution de récompenses financières en fonction du nombre d'adhérents recrutés pourrait porter les élus mutualistes à manipuler les non-membres pour les convaincre d'adhérer et ainsi percevoir leurs récompenses.

Le manque de volonté politique et d'action concrète doit également être intégré au cadre conceptuel proposé. Une considération de cet obstacle nous permet de dresser un portrait plus complet de la situation. La Charte de Bangkok (OMS, 2005) appelle les gouvernements à s'attaquer d'urgence aux inégalités sociales en matière de santé en garantissant un financement durable à la promotion de la santé. Le rôle du gouvernement béninois dans la promotion des MS demeure incertain.

Les ruptures de médicaments doivent également être intégrées au cadre conceptuel comme obstacle majeur à l'adhésion et à la fidélisation. L'analyse a relevé peu de solutions efficaces pour contrer cet obstacle. Il serait pertinent d'explorer davantage les diverses causes des ruptures de médicaments dans les formations sanitaires et d'identifier les mécanismes que peuvent adopter les MS pour assurer la disponibilité des médicaments aux membres.

Lors de l'analyse, le manque de solidarité communautaire est ressorti comme un obstacle à l'adhésion uniquement dans les centres urbains. Le cadre conceptuel initial n'avait cependant pas fait de distinction entre les obstacles et les stratégies implantées en milieu urbain versus en milieu rural. Il est probable que d'autres distinctions démarquent les milieux urbains des milieux ruraux. Des études futures devraient en tenir compte davantage.

Peu d'études antérieures ont étudié la réticence des agents de santé à coopérer avec les MS en raison des barrières qu'elles posent pour les paiements informels. La mauvaise relation avec les agents de santé est pourtant citée comme un obstacle majeur à l'adhésion et à la fidélisation des

membres. L'analyse a révélé qu'une grande diversité existe dans la nature des partenariats établis avec les formations sanitaires du Bénin. Il pourrait être utile de produire des données probantes sur les effets positifs et négatifs de ces partenariats.

Enfin, la présente analyse a permis de répertorier différentes stratégies adoptées pour répondre aux divers obstacles. Les stratégies avancées concordent avec le cadre conceptuel. Toutefois, l'opérationnalisation de ces stratégies diffère des moyens avancés dans la littérature. Une considération des limites et des avantages soulevés dans le cadre de l'analyse peut être utile pour l'élaboration de stratégies innovatrices pour le développement des MS.

5.2 Limites de la démarche

La démarche adoptée comporte certaines limites. Premièrement, l'information recueillie repose sur les informateurs rencontrés et leur est spécifique. La généralisabilité de l'information dépend du niveau d'exhaustivité de l'échantillon. Des particularités, notamment culturelles, socio-économiques et institutionnelles peuvent limiter la généralisabilité des résultats à d'autres contextes. Deuxièmement, la sélection des participants repose sur un échantillon boule de neige qui ne garantit pas une représentation complète de la population à l'étude. Il est probable que certaines MS implantées dans les régions les plus éloignées aient été indirectement exclues du processus de sélection des participants. Nous avons tenté de rencontrer des participants provenant de différentes régions et niveaux d'urbanisation pour diminuer le risque de ce biais. Il aurait été intéressant d'interviewer des anciens mutualistes et des non-mutualistes. Troisièmement, les caractéristiques et les attitudes de l'interviewer peuvent avoir influencé la façon de poser les questions et, par conséquent, les réponses. Quatrièmement, un biais de désirabilité sociale est possible. Les personnes rencontrées ont pu être portées à répondre comme ils pensaient qu'ils « devaient » le faire pour plaire à l'intervieweur ou aux autres participants des ateliers d'échanges.

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

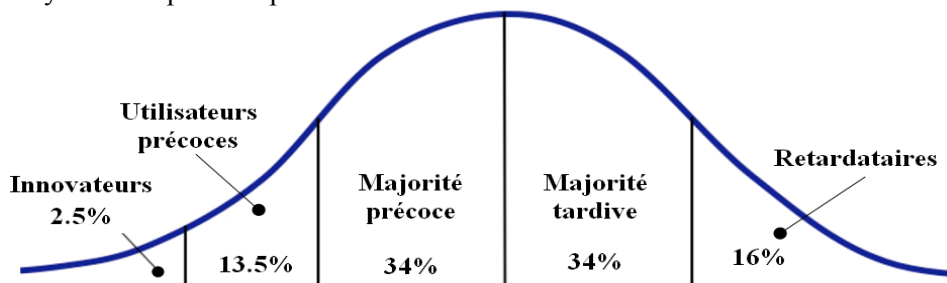
La survie des MS en Afrique de l'Ouest et plus particulièrement au Bénin repose largement sur l'adhésion et la fidélisation des membres. Cependant, cet avenir demeure incertain face aux obstacles encore présents et à venir. Le présent document s'inscrit parmi les initiatives visant à combler les besoins d'échange d'informations entre les MS en vue de rechercher des solutions. Les résultats pourront être utiles pour guider l'élaboration de stratégies novatrices adaptées aux besoins des différentes MS.

Neuf recommandations découlent des travaux effectués.

1. Davantage d'efforts devraient être investis dans l'harmonisation des méthodes de calculs de l'adhésion et de la fidélisation. Ceci pourrait être utile pour analyser la performance des stratégies implantées, attribuer des effets à des mécanismes spécifiques et ainsi aider à la prise de décision. L'harmonisation permettrait d'établir un dialogue cohérent entre les structures et de mener des plaidoyers convaincants auprès des décideurs politiques.
2. Les stratégies implantées dans le passé représentent une richesse en termes d'acquisition de connaissances. Le partage accru de ces connaissances entre les réseaux de MS permettrait d'éviter de répéter des erreurs commises dans le passé et de bâtir sur ces connaissances. Davantage de concertations entre réseaux pourraient amener un développement des stratégies novatrices.
3. Plusieurs stratégies sont implantées simultanément et suivant la méthode d'essai-erreur. Afin de développer une meilleure compréhension des mécanismes en jeu, il serait utile de tester empiriquement l'efficacité et l'efficience de chaque stratégie.
4. Les intervenants concernés doivent être sensibilisés aux effets pervers des stratégies implantées, notamment en ce qui concerne les stratégies visant l'implication des agents de santé et l'élaboration de produits d'assurance pour les enfants. Les effets pervers potentiels doivent être évalués et divulgués.
5. Des partenariats intersectoriels pourraient être développés davantage. Il pourrait être utile de développer un partenariat avec le secteur de l'éducation afin d'inclure les notions de mutualité dans la formation initiale des agents de santé.

6. Pour la plupart des MS, les besoins et les attentes de la population générale ne semblent pas être pris en compte de façon organisée et systématique. Les MS pourraient élaborer des mécanismes pour recueillir les préférences de la population à des intervalles réguliers.
7. Certaines MS pourraient cibler davantage les mères de famille lors des campagnes de sensibilisation et développer des messages spécifiquement pour cette clientèle.
8. La stratégie de marketing des MS pourrait être approfondie davantage en se référant à des modèles tels que le *cycle d'adoption de produit* (Rogers, 2003). Selon ce modèle, une innovation se diffuse dans la société en suivant un processus qui touche différentes catégories de consommateurs, des plus enthousiastes jusqu'aux plus réticents. Le processus prend la forme d'une courbe en forme de cloche. La difficulté est d'arriver à passer d'une clientèle innovatrice et précoce à une diffusion de masse qui rejoint la grande majorité du marché potentiel. Les MS doivent éliminer les réticences à l'encontre de leur adoption en ciblant chacune des tranches de la clientèle et en satisfaisant leurs attentes.

Figure 5. Cycle d'adoption de produit



9. Présentement, les MS sont soutenues par des organismes relevant de la coopération internationale. Le prochain débat serait probablement de voir si les MS seront acceptées dans le cadre d'une politique de santé nationale. Des démarches devraient être entreprises par les MS pour être considérées en tant qu'interlocutrices pertinentes dans la conception d'une politique de santé et comme actrices pertinentes dans sa mise en œuvre. La mise en place d'un lobbying intensif auprès des fonctionnaires et des instances gouvernementales serait à envisager. Un front uni des MS appuyé par les partenaires techniques et financiers actuels pourrait être le meilleur véhicule pour une telle entreprise.

Références

- Basaza, R., Criel, B. & Van der Stuyft, P. (2008). Community health insurance in Uganda: why does enrolment remain low? A view from beneath. *Health Policy*, 87, 172-184.
- BIT/STEP (2000). *Mutuelles de santé en Afrique : Caractéristiques et mise en place*. Genève: BIT.
- Carrin, G. (2003). *Community based health insurance schemes in developing countries : facts, problems, and perspectives*. WHO/EIP.
- Chankova, S., Sulzbach, S. & Diop, F. (2008). Impact of mutual health organizations: evidence from West Africa. *Health Policy and Planning Advance Access*, 1-13.
- Creese, A. & Bennett, S. (1997). Rural Risk-Sharing Strategies. In: Schieber, G.(ed.), *Innovations in Health Care Financing*. Proceedings of a World Bank Conference, Washington, D.C.
- Criel, B. & Waelkens, M. P. (2003). Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry: what is going wrong? *Soc Sci & Med*, 57(7), 1205-1219.
- De Allegri, M., Kouyaté, B., Becher, H., Gbangou, A., Pokhrel, S., Sanon, M. & Sauerborn, R. (2006). Understanding enrolment in community health insurance in sub-saharan Africa: a population-based case-control study in rural Burkina Faso. *Bulletin of World Health Organization*, 84(11), 852-861.
- De Allegri, M., Sanon, M., Bridges, J. & Sauerborn, R. (2006). Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa. *Health Policy*, 76, 58-71.
- Deci, E.L. & Flaste, R. (1996). *Why we do what we do?* New York : Penguin Books.
- Dong, H., Kouyate, B., Cairns, J. & Sauerborn, R. (2005). Inequality in willingness-to-pay for community-based health insurance. *Health policy*, 149-156.
- Franco L, Simpara C, Sidibe O, et al. (2006). Equity initiative in Mali: evaluation of the impact of mutual health organizations on utilization of high impact services in Bla and Sikasso Districts in Mali, Bethesda, MD: Partners for Health ReformPlus, Abt Associates Inc.
- Gilson, L. (1997). The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy and Planning*, 12, 273-285.
- Haski-Leventhal, D. & Bargal, D. (2008). The volunteer stages and transitions model: organizational socialization of volunteers, *Human Relations*, 61, 67-102
- Kamuzora, P. & Gilson, L. (2007). Factors influencing implementation of the community health fund in Tanzania. *Health Policy and Planning*, 22, 95-102.
- Ouimet, M.J., Fournier, P. Diop, I. & Haddad, S. (2007). Solidarity or financial sustainability: an analysis of the values of community-based health insurance subscribers and promoters in Senegal. *Canadian Journal of public health*, 98(4), 341-346.
- Palmer, N., Mueller, D. Gilson, L., Mills A., & Haines, A. (2004). Health financing to promote

- access in low income setting – how much do we know? *The Lancet*, 364, 1365-1370.
- Poulin, C., Forget, G. & Benameur, A. (2009), *Le renforcement des fonctions essentielles de santé publique par la promotion de la santé des jeunes : Canada – El Salvador 2005-2008*, Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Preker, A. S., Carrin, G. Dror, D., Jakab, M., Hsiao, W. & Arhin-Tenkorang, D. (2002). Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2), 143-150.
- OMS (2005). *La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. 6^e conférence internationale pour la promotion de la santé, Bangkok, Thaïlande, 11 août 2005.
- Ranson, M.K. (2002). Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges, *Bulletin of the World Health Organization*, 80(8), 613-621.
- Ranson, M.K., Sinha, T., Chatterjee, M., Acharya, A., Bhavsar, A., Morris, S.S. & Mills, A.J. (2006). Making health insurance work for the poor: Learning from the Self-Employed Women's Association's (SEWA) community-based health insurance scheme in India. *Social Science & Medicine*, 62, 707-720.
- Ranson, M.K., Sinha, T., Chatterjee, M., Gandhi, F., Jayswal, R., Patel, F., Morris, S.S. & Mills, A.J. (2007). Equitable utilisation of Indian community based health insurance scheme among its rural membership: cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 334 (7607), 1-9.
- Richard, L. (1996). Pour une approche écologique en promotion de la santé : le cas des programmes de lutte contre le tabagisme, *Ruptures*, 3(1), 52-67.
- Ridde, V. (2007). Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé? *Promotion et éducation*, XIV(2), 111-114.
- Rogers, M. (2003). *Diffusion of innovation*. Fifth ed. Free Press.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., & Springett, J. (2001). A framework for Health Promotion Evaluation. Dans I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds.), *Evaluation in Health Promotion : Principles and Perspectives*. Copenhagen: World Health Organization. 7-15.
- Schneider, P. (2005). Trust in micro-health insurance: An exploratory study in Rwanda. *Social Science & Medicine*, 61 (7), 1430-1438.
- Waelkens, M.P. & Criel, B. (2004). *Les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne – état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*. Washington (DC): World Bank.
- Wiesmann, D. & Jütting, J. P. (2001). Determinants of viable health insurance schemes in rural sub-Saharan Africa, *Quarterly Journal of International Agriculture* 40 (4), 361-378.
- Van der Maren, J.M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : PUM

ANNEXE A

Guide d'entrevues semi-structurées

- a) Comment qualifieriez-vous le taux de pénétration des mutuelles de santé? Est-ce que ces résultats concordent avec vos attentes?
- b) Selon vous, quels sont les obstacles qui nuisent au taux d'adhésion des mutuelles de santé?
- c) Quelles stratégies ont été mises en place pour contrer ces obstacles?
- d) Avez-vous implanté des stratégies visant spécifiquement à augmenter le taux de fidélisation?
- e) Pouvez-vous me décrire les processus, s'il y en a eu, qui ont mené à l'élaboration de stratégies pour accroître la participation?
- f) Parmi les stratégies identifiées, comment avez-vous sélectionné les stratégies à être implantées?
- g) Comment s'est déroulée l'implantation de ces stratégies?
- h) Comment ces stratégies ont-elles affecté le taux de participation par rapport à vos attentes?
- i) Comment voyez-vous les mutuelles dans dix ans?

ANNEXE B

Résumé des obstacles à l'adhésion et les stratégies mises en place pour les contrer

	Obstacles	Stratégies	Moyens d'exécution	Avantages/difficultés
Adhésion	1. Absence d'une culture de prévoyance face à la maladie 2. Manque d'information	Améliorer la communication et l'information	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation de grande envergure (ex. radio, théâtre, éducation à la santé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts élevés
			<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation de proximité (ex. porte-à-porte, agents multiplicateurs, comités de sensibilisation, d'information et de communication) 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficace selon l'assiduité des élus mutualistes
	3. Manque de confiance dans les MS	Augmenter le degré de confiance envers les MS	<ul style="list-style-type: none"> • Diffuser des témoignages 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficace
			<ul style="list-style-type: none"> • Assurer que les élus mutualistes inspirent la confiance 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficace
			<ul style="list-style-type: none"> • Être transparent 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficace
			<ul style="list-style-type: none"> • Assurer une bonne gestion des MS 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible niveau de scolarité des élus mutualistes limite leurs capacités de gestion

ANNEXE C

Résumé des obstacles à l'adhésion et à la fidélisation et les stratégies pour les contrer

	Obstacles	Stratégies	Moyens d'exécution	Avantages/ difficultés
Adhésion et fidélisation	1. Manque de volonté politique et d'action concrète	Renforcer l'implication des autorités politiques	<ul style="list-style-type: none"> • Aider le gouvernement à développer des stratégies nationales • Impliquer les autorités dans : <ul style="list-style-type: none"> - l'implantation des MS - le financement des MS 	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de sensibiliser les autorités locales
	2. Manque de motivation des élus mutualistes	Accroître la motivation des élus mutualistes	<ul style="list-style-type: none"> • Diverses compensations • Cadeau symbolique • Dotation de moyen de transport • Formation 	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts élevés • Compensations doivent être viables
	3. Mauvaises relations entre les membres et le personnel de santé	Améliorer l'accueil et la qualité des soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Contractualisation • Réseau des soins coordonnés • Modèle collaboratif • Co-développement des MS et formations sanitaires • Présence d'un médecin-conseil • Formation du personnel • Sélection des centres de santé • Offrir des bonus • Rappeler aux membres leurs devoirs • Kiosque d'information • Étiquettes d'identification 	<ul style="list-style-type: none"> • Réticence du personnel de santé • Amélioration progressive de la relation avec le personnel de santé
	4. Ruptures de médicaments			
	5. Faible pouvoir d'achat des ménages	Assouplir les modalités de paiement	<ul style="list-style-type: none"> • Cotisations : <ul style="list-style-type: none"> - En nature - Mensuelles * vs annuelles - Individuelles * vs familiales* 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau élevé d'organisation requis • *Exigeantes pour les élus mutualistes • *Difficiles pour grandes familles • *Efficacité dépend du degré de solidarité
		Accroître la capacité de payer	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher des subventions • Microcrédit • Activités de financement • Récompenses offertes 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite de l'organisation et des ressources
		Insatisfaction vis-à-vis de la couverture	Amélioration & diversification des assurances	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute des attentes et besoins • Élaboration de nouveaux produits d'assurance