

UNIVERSITE DE LIEGE

2004-2005

**Les relations contractuelles entre les
mutuelles de santé et les formations
sanitaires : Eléments théoriques et
exemples pratiques en République du
Bénin**

Réalisé par Mélanie SENELLE

Promoteur : Jacques DEFURNY

**Travail de fin d'études présenté en vue
de l'obtention du Diplôme d'Etudes
Spécialisées en Gestion du Développement**

À Doudou ;

À ma merveilleuse Moune ;

*À tous mes proches qui, par leur amour et leur amitié,
m'ont soutenue dans les moments de spleen ou de stress ;*

*Et à tous ceux qui se demandent
ce que je suis venue faire à 5000 kilomètres du Condroz...*

REMERCIEMENTS

Au Nord...

Pour ses exceptionnelles qualités de pédagogue et sa capacité à susciter des vocations :

Jacques Defourny (Centre d'Economie Sociale)

Pour ses conseils judicieux et sa générosité dans le partage de ses connaissances :

Jean Perrot (OMS)

Pour son soutien et sa correspondance régulière :

Maria-Pia Waelkens (Medicus Mundi Belgique)

Mais aussi :

Alain Letourmy (CERMES, CNRS), Philippe Senant, Hervé Lafarge

Au Sud...

Pour son souci du détail, sa patience et ses talents d'orateur :

Ismail Yacoubou (CIDR)

Pour son attention, sa simplicité et sa bonne humeur :

Merci Athiou Tohi (STEP/BIT)

Pour leur disponibilité et leur amabilité :

Constant Kadja (PROMUSAF)

Dominique Michel (PSF/ADMAB)

Prosper Zadjin et Placide Dieudonné (MUSANT)

Manuelle Ahouandjinou (MSS de Cotonou et environs)

Jean-Pierre Hounyet (Hôpital St Jean de Dieu de Boko)

Blaise Ayi (MSP)

Célestin Jivo (MSP)

Yves Sossou (AMCES)

Mais aussi :

Nelly Peltier (CIDR), José Houngué (GROPERE), Nicolai Dyssel Sally et Tchognon Dazogbo (BØRNEfonden), Géry Van Nieuwenhuysen (Louvain Développement), Justin Tine (STEP/BIT), Hyacinthe Dovonou (CREDESA), Aboubacar Koto Yérima (PROMUSAF), Prosper Zadjin (MUSANT), et tous ceux qui m'ont apporté leur collaboration.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	<i>i</i>
ABRÉVIATIONS ET SIGLES	<i>i</i>
INTRODUCTION	<i>ii</i>
TPOLOGIE DES RELATIONS ENTRE MUTUELLES DE SANTÉ ET PRESTATAIRES DE SOINS	1
I.Définitions	1
II.Allocation des ressources financières des détenteurs de fonds aux producteurs	1
III.Synthèse	4
L'ARRANGEMENT CONTRACTUEL	5
I.Définitions	5
II.Le processus contractuel	6
Phase I : La préparation du contrat.....	6
L'initiative d'une relation contractuelle	7
Les objectifs et résultats attendus de la phase I.....	7
Quelques questions-clé à résoudre.....	7
La dynamique de la préparation du contrat	9
Phase II : L'élaboration du contrat.....	10
L'objectif et les résultats attendus de la phase II	10
Des principes méthodologiques	10
La dynamique d'élaboration d'un contrat	11
Phase III : L'exécution du contrat.....	12
L'objectif et les résultats attendus de la phase III.....	12
Les points clés de cette phase	12
Phase IV : L'évaluation du contrat	13
Les types d'évaluation	13
LES BÉNÉFICES D'UN ARRANGEMENT CONTRACTUEL	15
I.Intérêt du contrat avec la mutuelle pour les structures sanitaires	15
Dans la prise en charge des malades	15
Dans l'utilisation des services de santé.....	15
Dans la mobilisation des ressources	15
Dans la réalisation des politiques nationales de santé	15
II.Intérêt du contrat avec les formations sanitaires pour la mutuelle	16
Dans la réponse à des besoins spécifiques	16
Dans le pouvoir de négociation	16
III.Conclusion	16
LE RISQUE D'INSOLVABILITÉ : VRAI OU FAUX ARGUMENT CONTRE LA CONTRACTUALISATION ?	18
I.Les réticences des formations sanitaires	18
II.Les causes de l'insolvabilité	18
La présélection spontanée.....	18
Le risque moral (surconsommation)	19
Le risque d'escalade des coûts (surprescription et surtarification).....	19
Le risque de prise en charge frauduleuse (trafic de diagnostic).....	19
III.Le respect des normes médicales : un passeport pour l'équilibre	19
Sur quoi se fonde la norme en matière de prescription médicale ?.....	19
Quelles sont les limites de l'efficacité de ces normes ?	20

IV.La contractualisation comme outil pour sécuriser le partenariat.....	21
Par le respect des tarifs	21
Par le respect des normes.....	21
Par l'établissement de relations nouvelles.....	22
V.Conditions de l'efficacité	22
VI.Quelques autres mécanismes de sauvegarde de la solvabilité.....	23
VII.Conclusion.....	24
<i>UNE MEILLEURE QUALITÉ DES SOINS POUR UN PARTENARIAT PLUS EFFICACE... 25</i>	25
I.Les reproches	25
II.Le bon accueil.....	26
Un contrat synonyme de re-motivation.....	26
Un contrat synonyme de meilleures relations.....	26
Un contrat synonyme de valorisation personnelle et professionnelle.....	26
III.Compétence, confiance, efficacité.....	27
IV.Médicaments	28
La non-disponibilité de médicaments est réelle.....	28
La rupture de médicaments est artificielle	28
Les médicaments disponibles ne sont pas les "bons"	28
V.Qualité des soins et relations avec les prestataires.....	28
VI.Conclusion	29
<i>DE LA NÉCESSITÉ D'UN CADRE OPÉRATIONNEL</i>	30
I.Les risques d'une approche fragmentaire.....	30
II.La politique contractuelle comme cadre opérationnel.....	31
Politiques contractuelles nationales.....	31
Conventions-cadre ou accords-cadre	31
III.Une politique contractuelle, deux stratégies	32
<i>LE RÔLE DE L'ÉTAT DANS L'AIDE À LA CONTRACTUALISATION.....</i>	33
I.L'État acteur des relations contractuelles.....	33
II.L'État régulateur/accompagnateur des relations contractuelles.....	33
Élaboration d'un cadre législatif et réglementaire	33
Création d'un système d'information.....	34
Mise en place d'un système de contrôle	34
Création d'un environnement sanitaire favorable	35
Intervention auprès des professionnels du secteur public des soins	35
Conseil et appui technique.....	35
Promotion de la mutualité.....	35
III.Les incitations	36
<i>GÉNÉRALITÉS.....</i>	37
I.Situation géographique	37
II.Démographie.....	37
III.Système politique.....	37
IV.Situation économique	38
V.Organisation administrative.....	38

SITUATION SANITAIRE	39
I.Quelques chiffres	39
II.Système de santé.....	40
Le niveau central ou national.....	40
Le niveau intermédiaire	40
Le niveau périphérique	40
CONTEXTE DE L'ÉTUDE : LES MUTUELLES DE SANTÉ ET LEURS STRUCTURES D'APPUI	43
I.Développement des mutuelles de santé.....	43
II.Identification des structures d'appui.....	43
POSITIONNEMENT DE L'ÉTAT BÉNINOIS À L'ÉGARD DES MUTUELLES DE SANTÉ .	45
I.La théorie.....	45
II.Dans les faits... ..	47
LES MUTUELLES APPUYÉES PAR LE CIDR	50
I.Fonctionnement	50
II.Les problèmes et leurs solutions	50
III.Les accords locaux.....	52
Étape n°1	52
Étape n°2	53
Étape n°3	53
IV.Le médecin conseil.....	54
LES MUTUELLES APPUYÉES PAR L'ADMAB	56
I.Fonctionnement	56
II.Activités.....	57
III.Relations avec les prestataires de soins	57
IV.Les problèmes et leurs solutions	58
V.Quel bilan ?	59
LA MUTUELLE AssEF APPUYÉE PAR LE STEP/BIT	61
I.De l'étude de faisabilité aux premiers essais... ..	61
II.Vers la contractualisation	62
III.Facteurs du succès ?.....	63
LES MUTUELLES APPUYÉES PAR PROMUSAF	64
I.Le processus de contractualisation.....	64
II.Les problèmes et leurs solutions	65
LES MUTUELLES INITIÉES PAR L'ÉTAT BÉNINOIS	67
I.Fonctionnement	67
II.Le processus de contractualisation – MSS Cotonou et environs	68
III.Les problèmes et leurs solutions	69
IV.La MSS Parakou.....	70

LA MUSANT	72
I.Fonctionnement	73
II.Processus de contractualisation	73
III.Facteurs du succès ?	74
IV.Bilan ?	75
ANALYSE COMPARÉE DES CONTRATS ET PROPOSITION D'UNE STRUCTURE TYPE.	76
RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION	86
BIBLIOGRAPHIE	91
Ouvrages	91
V.Drafts d'un projet de publication	93
Internet	93

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ADECRI :	Agence pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales
ADMAB :	Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin
AFB :	Association France-Bénin
AG :	Assemblée Générale
AMCES :	Association des œuvres Médicales privées Confessionnelles et Sociales au Bénin
ANMC :	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique
AsseF :	Association d'Entraide des Femmes
BIT :	Bureau International du Travail
CA :	Conseil d'Administration
CERMES :	Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société
CG :	Comité de Gestion
CIDR :	Centre International de Développement et de Recherche
CNHU :	Centre National Hospitalier Universitaire
CNRS :	Centre National de la Recherche Scientifique
CS :	Centre de Santé
CSA :	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC :	Centre de Santé de Commune
CVMSR :	Caisse Villageoise de Mutualité Sociale Rurale
DDS :	Directeur Départemental de la Santé
FCFA :	Franc CFA (NB : 1 € = 655,957 FCFA)
GTZ :	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (coopération allemande)
IM :	Inter Mutuelle
MAS :	Micro-Assurance Santé
MEG :	Médicaments Essentiels Génériques
MFTR :	Ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Réforme administrative
MSA :	Mutualité Sociale Agricole de France
MSP :	Ministère de la Santé Publique
MSS :	Mutuelle de Sécurité Sociale des Travailleurs du Secteur Informel
MUSANT :	Mutuelle de Santé pour Tous
NEPAD :	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PROMUSAF :	Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique
SSP :	Soins de Santé Primaires
STEP/BIT :	projet Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté du Bureau International du Travail
WSM :	Solidarité Mondiale
ZS :	Zone Sanitaire

INTRODUCTION

"Les prestataires de soins doivent devenir de véritables partenaires des mutuelles de santé, (...) [ils] auront à nouer des relations contractuelles avec les mutuelles. Ces relations ont pour but de définir les engagements réciproques en matière de prestations et de paiement. Elles fournissent des avantages aux prestataires qui doivent, en retour, offrir des conditions particulières en ce qui concerne la qualité et le prix des services." – Plate-forme d'Abidjan¹.

Dans les pays en développement, les différents acteurs du domaine de la santé ont longtemps travaillé de façon cloisonnée. De l'âge d'or de l'État-providence dans les années 60 et 70 à la grande vague de privatisations du début des années 80, les acteurs des systèmes de santé ont fonctionné presque hermétiquement ; ils ont rarement exploité leurs synergies et ont même développé certaines rivalités – la plus importante étant sans doute l'affrontement idéologique entre les secteurs public et privé.

Cependant, depuis une dizaine d'années environ, on assiste à une évolution assez sensible de l'organisation des systèmes de santé². En témoignent des recompositions en profondeur qui s'inscrivent dans deux directions.

D'un côté, on observe *une multiplication et une diversification des acteurs impliqués* dans le champ de la santé. Cette évolution se produit sous l'effet conjugué du développement du secteur privé et de diverses réformes : démocratisation, déconcentration, ou encore décentralisation administrative qui favorisent l'émergence d'une société civile et d'entités territoriales organisées et responsables. On constate donc l'entrée en scène d'acteurs qui n'appartiennent pas *a priori* au monde de la santé. C'est le cas des institutions spécialisées dans le partage des risques qui émergent dans un contexte d'élargissement des options de financement de la santé. Un exemple majeur est celui des mutuelles de santé, acteur chargé par ses membres de négocier l'accès aux soins.

D'un autre côté, cette évolution va de pair avec *une plus grande séparation des fonctions*. Les acteurs se spécialisent de plus en plus dans une fonction particulière du système de santé : la prestation de services, l'achat de services, la gestion de formations sanitaires, le financement de la santé, la régulation du système de santé, ...

Sous l'effet conjugué de ces deux phénomènes (diversification des acteurs et séparation des fonctions), les systèmes de santé se complexifient et le fonctionnement en isolement n'est plus souhaitable pour diverses raisons (efficacité, équité, etc.). Progressivement, les acteurs prennent conscience de la nécessité de construire des relations, il leur faut entrer en collaboration afin de mieux répondre aux sollicitations et aux besoins des populations. Les relations qu'ils établissent peuvent reposer sur la concertation, l'échange d'informations et l'élaboration de principes communs d'intervention. Cet engagement moral présente toutefois des limites. Aussi, de plus en plus fréquemment, ces relations reposent sur des arrangements contractuels, lesquels formalisent les ententes entre des acteurs qui s'obligent mutuellement dans un document appelé contrat. Celui-ci constitue un outil qui peut répondre aux attentes des acteurs parce qu'il va donner force à leur relation.

¹ BIT, BIT-STEP, USAID-PHR, GTZ, ANMC, AIM, WSM, *Plate-forme d'Abidjan*, 1999.

² D'après Jean PERROT : " *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé* " (Draft).

Dans ce travail, nous allons nous intéresser à un type précis de relations contractuelles, celles qui lient deux acteurs définis des systèmes de santé des pays en développement : d'une part, les mutuelles de santé – structures en plein essor –, et d'autre part, les prestataires de soins (qu'ils soient publics ou privés).

Les mutuelles de santé sont en contact permanent avec des établissements sanitaires qui sont en grande partie liés à leur bon fonctionnement. Malheureusement, les relations avec ces partenaires essentiels ne sont pas toujours codifiées. Elles s'établissent souvent de gré à gré, sans aucune formalisation, ce qui minimise les recours en cas de non-respect des principes fondamentaux du partenariat. De nombreuses difficultés ont d'ailleurs été relevées dans les rapports entre les deux parties. Et, cela va de soi, ces heurts s'avèrent néfastes à la réalisation des grands objectifs concernant l'amélioration de la santé des populations dans les pays en développement.

Pour la plupart de ces pays, l'amélioration de l'accès aux soins et de la qualité des services sanitaires publics fait partie des priorités du secteur santé. C'est d'ailleurs dans cette optique que nombre d'entre eux ont commencé à promouvoir les mutuelles de santé et à tenter de rationaliser l'organisation et le fonctionnement des formations sanitaires. Ces deux démarches risquent toutefois de ne pas produire l'effet attendu si les organismes qui vont payer les services pour les personnes couvertes et les établissements qui les dispensent ne parviennent pas à une vision commune des soins et à sa mise en œuvre dans le contexte quotidien du rapport entre malades et soignants. La contractualisation peut précisément fournir un support concret à cette vision commune et aux dispositions qui la traduisent.

Dans le cadre de ce travail, le terme "contractualisation" ou "approche contractuelle" s'entend comme une démarche de rapprochement et de collaboration, finalisée par la signature de contrats établis entre des mutuelles de santé et des prestataires de services de santé. Elle caractérise l'ensemble des activités que doivent mettre en œuvre les deux partenaires pour satisfaire l'objectif final de signer et mettre en pratique un arrangement contractuel sur le terrain. Cette contractualisation est un moyen par lequel les mutuelles de santé peuvent exiger, entre autres, une amélioration de la qualité des soins à offrir aux membres. Les mutuelles elles-mêmes s'engagent, par ailleurs, à respecter des clauses qui concernent principalement un comportement responsable et solidaire des adhérents qui soit favorable à la pérennité des structures mutualistes. Chaque partenaire de la relation contractuelle a beaucoup à y gagner, pour autant que chaque engagement soit correctement codifié et dûment respecté. Parallèlement, et d'un point de vue plus global, une contractualisation bien menée peut jouer un rôle décisif dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé en général. Malgré tout, comme nous le verrons, il n'est pas évident d'aboutir à la réalisation d'un arrangement contractuel. En fait, la relation population - établissements sanitaires ne va pas de soi. Par conséquent, mutuelles, centres de santé et hôpitaux ne trouvent pas toujours la voie de bons rapports contractuels.

Forts de ce constat, et dans un souci de développement harmonieux des systèmes de santé, il apparaît nécessaire d'examiner les différents éléments qui pourraient permettre aux parties concernées de trouver un terrain d'entente. Comment faire pour que les mutuelles et les acteurs du mouvement mutualiste, ainsi que les prestataires de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, comprennent et maîtrisent les avantages des relations contractuelles ? Quelles sont les étapes à suivre et les écueils à éviter pour parvenir à l'élaboration d'un arrangement contractuel réaliste et satisfaisant pour les deux parties ? Quels sont les facteurs qui favorisent le développement d'une relation de confiance entre les partenaires ? Comment aider chacune des parties à assumer au mieux son rôle dans la relation contractuelle et comment lutter contre les réticences qui peuvent apparaître de part et d'autre ? Quel rôle l'État devrait-il jouer dans les relations contractuelles entre mutuelles de santé et prestataires ? Autant de questions auxquelles nous allons tenter de répondre dans les pages qui suivent.

La première partie de ce travail s'attache à analyser, d'un point de vue essentiellement théorique, les divers éléments qui interviennent dans la contractualisation entre mutuelles de santé et prestataires de soins dans les pays en développement.

Dans la deuxième partie, nous effectuons un état des lieux concernant les relations contractuelles entre mutuelles de santé et prestataires de soins dans un pays où le mouvement mutualiste est en pleine expansion : la République du Bénin. Après une brève description de la situation générale et sanitaire du pays, nous consacrons un chapitre au positionnement de l'État béninois par rapport aux mutuelles de santé. Nous exposons ensuite différentes expériences en matière de contrats entre mutuelles de santé et prestataires de soins. Dans chacun des cas, nous identifions les facteurs de réussite – ou d'échec – du processus contractuel et de l'exécution du contrat. Enfin, nous comparons la structure des exemples de contrats situés en annexe, nous tirons des leçons des expériences de terrain et tentons de formuler quelques recommandations à l'égard de structures (sanitaires ou mutualistes) qui souhaiteraient se lancer dans la contractualisation.

Concernant la méthodologie, la partie théorique se base principalement sur la compilation d'articles, rapports, ouvrages et documents divers dont la liste exhaustive est reprise dans notre bibliographie. Quant à la partie consacrée aux expériences de terrain béninoises, elle est le fruit de divers entretiens effectués sur le territoire béninois avec les principales structures d'appui au mouvement mutualiste, mais également avec certaines formations sanitaires ainsi qu'avec le Ministère de la Santé Publique.

Dans ce chapitre, notre volonté est de décrire la nature des différentes relations contractuelles qui peuvent unir une mutuelle de santé à un prestataire de soins. Nous verrons que celle-ci est en réalité déterminée par la nature du mandat donné par l'adhérent à la mutuelle de santé. En d'autres termes, nous allons découvrir comment ceux qui détiennent des ressources financières les allouent à ceux qui sont chargés d'assurer la prestation de services.

Mais avant toute chose, nous souhaitons définir clairement les deux principaux acteurs de la relation que nous allons étudier. D'un côté se trouve le prestataire de services de santé, qui assure la production de soins et qui fait payer ce service ; de l'autre côté, un type particulier d'instance de financement : la mutuelle de santé.

Nous avons choisi de nous intéresser aux mutuelles de santé car, depuis quelques années, ces organisations ont confirmé leur potentiel élevé pour lutter contre le grave problème d'exclusion de l'accès aux soins de santé de base. Loin d'être marginal, ce problème touche près de la moitié de la population mondiale, principalement les personnes vivant en milieu rural et dans le secteur informel urbain qui sont, pourtant, les plus exposées aux risques de maladie. Les mutuelles de santé représentent donc un enjeu capital et leur dynamique de développement est très forte, notamment en Afrique de l'Ouest. Dans ces circonstances, il nous semble logique d'examiner le mouvement de plus près et, notamment, d'identifier tous les facteurs qui permettraient aux mutuelles de santé de libérer leur potentiel au maximum. À ce propos, il semble qu'un développement harmonieux des relations qu'elles nouent avec leurs principaux partenaires – les prestataires de soins – soit un élément décisif.

I. DEFINITIONS

Dans ce travail, nous envisageons les **mutuelles de santé** telles que définies dans la plate-forme d'Abidjan¹ : *"Les mutuelles de santé sont des structures qui associent les concepts d'assurance, de solidarité et de participation. Ce sont des associations autonomes à but non lucratif, basées sur la solidarité et la participation démocratique, qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, ont comme objectif d'améliorer l'accès de ceux-ci et de leurs familles à des soins de santé de qualité en menant une action de prévoyance et d'entraide"*.

Pour parler de leurs partenaires, nous utilisons indifféremment les termes suivants : **prestataire de soins, prestataire de services de santé, structure sanitaire, formation sanitaire** ou encore **établissement de soins**. Ces expressions seront utilisées dans tout ce document comme des synonymes. Elles possèdent un caractère générique de nature technique au sens où elles désignent toute structure destinée à délivrer des soins de santé avec ou sans hospitalisation, sans préjuger de sa taille ni du statut qui lui est propre (service public, centres de santé privés, cliniques, établissements publics ou privés, d'hospitalisation ou de soins ambulatoires). Dans les cas où des précisions s'avèrent nécessaires, nous employons les qualificatifs adéquats.

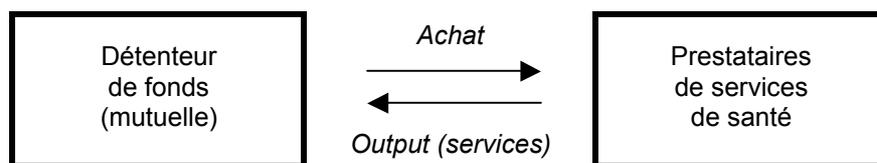
II. ALLOCATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES DES DÉTENTEURS DE FONDS AUX PRODUCTEURS²

Au centre de l'analyse de l'allocation des ressources financières se trouve le service de santé. Un individu (l'adhérent) achète un service de santé à un prestataire de services au travers de la mutuelle de santé, structure qui le représente. Celle-ci devient le détenteur de fonds sur ordre du

¹ *Op. cit.*

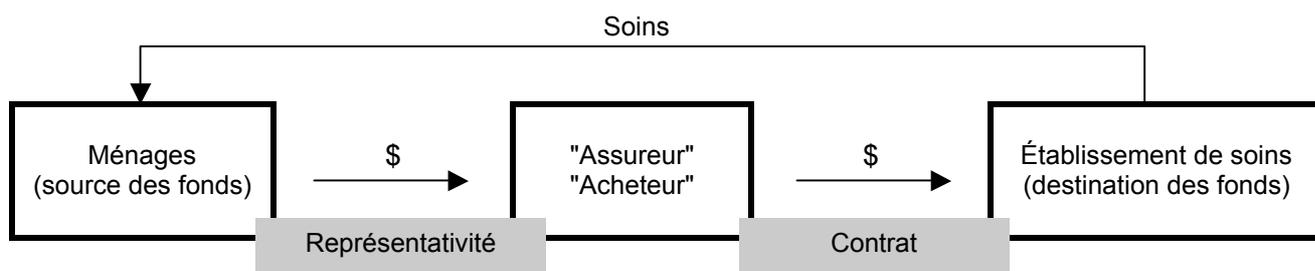
² D'après Jean PERROT : *"Analyse de l'allocation des ressources financières au sein d'un système de santé"* (Draft).

détenteur initial qu'est l'adhérent et rentre en relation avec le prestataire. La relation a pour objet l'obtention d'un output en contrepartie de l'argent mobilisé. Dans ce cas, l'output est un service de santé dont bénéficie l'adhérent.



Nous voyons sur cette représentation que la mutuelle effectue un **acte d'achat**. Un acte d'achat peut se définir comme un échange volontaire entre des acteurs. Lorsque cet échange est instantané, les conditions de l'échange qui ont été négociées sont mises en œuvre immédiatement et n'ont donc pas besoin d'être formalisées. Une relation contractuelle s'établit, mais son caractère instantané permet d'éviter une formalisation de cette relation. Par contre, lorsqu'il y a un temps entre la négociation de l'achat et sa matérialisation, il est nécessaire de formaliser la relation *via* un document (un contrat) qui aura pour but de réduire l'incertitude quant au comportement d'autrui mais aussi sur les conséquences d'événements qui peuvent affecter les ressources des parties à l'échange. Par conséquent, tout achat induit nécessairement une relation contractuelle, mais il s'agit de savoir si cette relation sera formalisée ou non.

La figure ci-dessous expose le modèle mutualiste avec la **présence d'un organisme acheteur**³.



Pour illustrer la situation d'une autre manière, nous pouvons également nous placer dans le cadre de la théorie de l'agence. Le prestataire de services de santé occupe une position d'*agent* dans ses relations avec la mutuelle de santé. Dans un même temps, d'*agent* au service de ses adhérents dans une première relation, la mutuelle change de rôle et devient *principal* vis-à-vis du prestataire de services de santé.



L'achat (l'échange "monnaie ↔ services") est la base de la relation contractuelle. Il est déterminé par le mandat que l'adhérent (le principal) donne, directement ou indirectement, à la mutuelle de santé. En effet, celle-ci agit en son nom. Cinq mandats distincts peuvent lui être donnés ; le tableau suivant explicite la nature de chacun d'entre eux et le type de relation contractuelle qui en découle.

³ Source : CRIEL, B., NOUMOU BARRY, A., VON ROENNE, F., *Le projet PRIMA en Guinée Conakry – Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, Medicus Mundi Belgium, Bruxelles, Belgique, juin 2002, p.27.

Mandat d'assureur / payeur

L'adhérent exerce son droit de s'adresser à un prestataire de services de santé pour obtenir les services qu'il juge utiles pour améliorer ou recouvrer son état de santé. Mais il demande à la mutuelle de se substituer à lui pour payer le prestataire de services de santé. Cela peut prendre des formes diverses : la mutuelle rembourse à l'adhérent tout ou partie des dépenses que celui-ci a engagées ou paie directement le prestataire (tiers payant).

Dans ce cas, il ne s'installe généralement aucune relation entre la mutuelle et le prestataire. La décision quant à l'achat de services de santé reste entièrement entre les mains de l'adhérent. Dans certains cas cependant, comme le tiers payant, la mutuelle de santé doit entrer en contact avec le prestataire pour rendre opérationnel le mandat donné par l'adhérent. La relation contractuelle est purement mécanique ; le détenteur de fonds doit s'entendre avec le prestataire sur les modalités de paiement.

Mandat de prestation

La mutuelle de santé, à la demande de l'adhérent, exerce également la fonction de prestation de services de santé. C'est le cas de systèmes d'assurances qui mettent sur pied leurs propres formations sanitaires.

Lorsque l'intégration des fonctions de détenteur de fonds et de prestataire est entière, puisqu'il n'existe qu'une seule entité, il ne peut exister aucune relation.

Mandat d'encadrement

L'adhérent conserve son droit de s'adresser à un prestataire, mais les conditions de l'exercice de ce droit vont être encadrées. La mutuelle reçoit le mandat de négocier les conditions de l'achat qui sera réalisé par l'adhérent. Les négociations peuvent porter sur des éléments tels que l'accréditation des prestataires, les tarifs, les services pris en charge, la qualité des soins, etc.

Parce qu'elle reçoit le mandat de négociateur, au nom des adhérents qu'elle représente, les conditions de l'achat qui est réalisé par l'adhérent, la mutuelle de santé aura pour tâche d'établir une relation contractuelle avec les prestataires de services de santé de sorte à encadrer cet acte d'achat.

Mandat d'achat

La mutuelle de santé reçoit une délégation de pouvoir de la part de l'adhérent pour se substituer à lui dans l'acte d'achat de services de santé. L'adhérent peut décider de faire ce choix parce qu'il considère que la mutuelle sera plus forte que lui pour acheter les meilleurs services de santé au meilleur prix ou encore parce qu'il reconnaît ses limites et considère que la mutuelle connaît mieux ses besoins réels. Au travers de cette délégation de pouvoir, l'adhérent accepte que la mutuelle de santé agisse en son nom et le représente dans toutes les relations avec les prestataires de services de santé ; il s'en remet à celle-ci pour obtenir les services de santé dont il a besoin.

La relation contractuelle qui découle du mandat d'achat concerne les services que le prestataire accepte de mettre à la disposition de la mutuelle. Dans ce cas, la négociation portera sur un paquet de services dont on aura négocié la quantité, la qualité et/ou le prix. Par exemple, un prestataire accepte de fournir aux membres d'une mutuelle tous les services de santé qui auront été identifiés dans le contrat établi, dans la mesure où ces membres auront explicitement été adressés par cette mutuelle.

Mandat de coopération

Les mutuelles peuvent également recevoir pour mandat de développer des partenariats avec les prestataires de services de santé. La logique de ce mandat repose sur le "faire ensemble". Détenteurs de fonds et prestataires de services de santé, compte tenu de leurs avantages comparatifs respectifs liés à leurs spécificités, vont s'entendre pour réaliser des actions en commun.

Pour remplir ce mandat, les acteurs vont développer des relations contractuelles qui auront pour but de définir le rôle de chacun dans l'action commune. Ainsi l'exemple de mutuelles de santé et de prestataires qui s'unissent pour sensibiliser la population à certains problèmes de santé publique. Une mutuelle peut mener une campagne de sensibilisation à la vaccination des enfants avec des messages préparés par les prestataires de services de santé.

NB : Ces différents mandats ne sont pas nécessairement exclusifs. Ainsi, le mandat d'assureur/payeur s'accompagne en général d'un mandat d'encadrement sur les modalités d'achat.

En résumé, si c'est bien effectivement la nature du mandat donné par l'adhérent à la mutuelle de santé qui détermine la nature de la relation contractuelle avec le prestataire, hormis le cas de simple remboursement, la mutuelle de santé doit entrer en relation contractuelle avec le prestataire ; elle ne peut y échapper et c'est son intérêt d'établir cette relation sur des bases solides.

III. SYNTHÈSE

Adhérent	<i>Achète des services de santé et confie ses fonds</i>	Mutuelle de santé	<i>Mandat d'assureur / payeur</i>	Contractualise	Prestataire de services de santé
			<i>Mandat prestation</i>		
			<i>Mandat d'encadrement</i>		
			<i>Mandat d'achat</i>		
			<i>Mandat de coopération</i>		

Ce chapitre a pour objectif, outre la définition de quelques concepts de base, l'identification des principaux éléments favorisant la conduite d'une relation contractuelle. Nous décrirons les différentes étapes qui mènent à la rédaction et à la signature du contrat en tant que document concret, ainsi que les modalités de son exécution et de son suivi. En outre, nous proposerons une structure type, c'est-à-dire un canevas qui présente les éléments nécessaires et indispensables d'un contrat pour que ce dernier réponde aux attentes des partenaires de la relation contractuelle.

I. DEFINITIONS

Dans les relations contractuelles entre mutuelles de santé et prestataires de soins, les documents signés par les deux parties portent en général le nom de "contrat", "convention" ou encore "accord". Dans les faits, ces termes font référence à des écrits similaires et il nous semble que, dans les cas que nous avons étudiés, le vocable choisi ne reflète pas de différences juridiques intrinsèques entre l'un ou l'autre document¹. Voyons cependant ce que la littérature nous enseigne à ce sujet :

- Selon le Code civil français, un contrat est *"une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres à donner, à faire ou ne pas faire quelque chose"*.
- Une convention² est *"une forme d'accord passé entre deux ou plusieurs personnes physiques ou morales pour produire un effet juridique"*. Elle revêt en principe un caractère obligatoire pour ceux qui y adhèrent. La convention est un terme très proche de celui de contrat, mais il s'agit d'une notion plus large avec des finalités moins pratiques.
- Un accord³ est *"un terme générique désignant la rencontre de deux volontés. L'accord permet d'atteindre un arrangement, de conclure une convention, un traité ou tout autre contrat et, plus généralement, de nouer une relation juridique nouvelle à deux ou plusieurs partenaires"*.

Pour regrouper ces trois termes, nous pouvons aussi employer l'expression "arrangement contractuel"⁴. C'est une formule générique qui englobe toutes les variétés de conventions et de contrats signés entre deux partenaires. L'arrangement contractuel concrétise, sur le terrain, l'objet et la nature des liens finalement établis contractuellement, en précisant les modalités pratiques de mise en place. Sa mise en œuvre est le terme ultime d'une opération de contractualisation. Les définitions d'un arrangement contractuel sont nombreuses. Perrot⁵ propose la suivante :

Un arrangement contractuel est une alliance volontaire de partenaires indépendants ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation.

Cette définition comporte trois éléments importants :

- La notion d'**alliance volontaire** entre des partenaires indépendants ou autonomes signifie qu'il n'est pas possible de contraindre un acteur à entrer en relation mais que, dans le même, temps, un acteur doit être en mesure de le faire, au sens juridique du terme, c'est-à-dire disposer d'un statut juridique lui conférant une personnalité juridique. Cette indépendance des

¹ Eu égard à cette absence de différences fondamentales, nous utiliserons d'ailleurs ces différents termes comme des quasi-synonymes dans la suite de ce document.

² Cf. CIDR, MMI, ASI, *L'approche contractuelle -Guide pour la conduite de la contractualisation d'une structure de soins au sein du district sanitaire dans le cadre d'un partenariat entre un Ministère de la Santé et une ONG*, Tome I, p.24.

³ Encyclopédie Bordas.

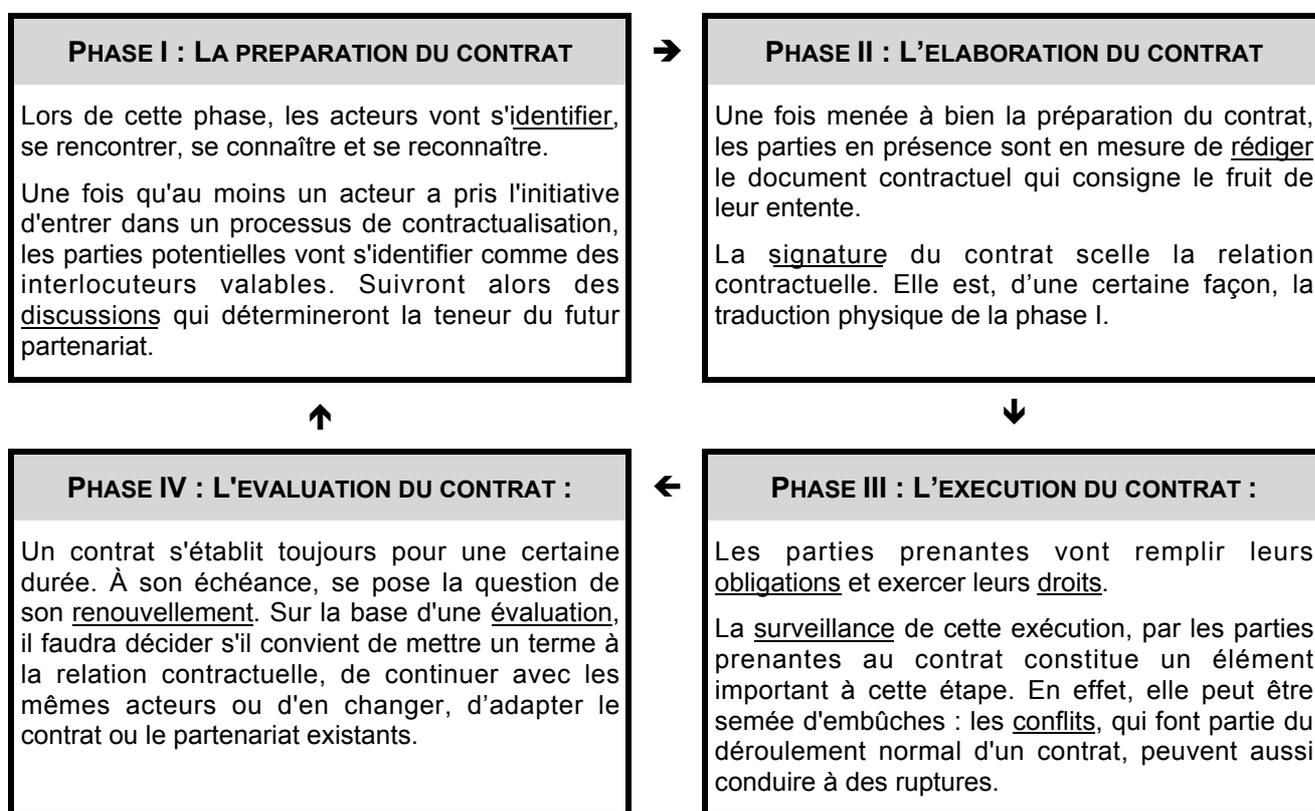
⁴ Cf. CIDR, MMI, ASI, *L'approche contractuelle -Guide pour la conduite de la contractualisation d'une structure de soins au sein du district sanitaire dans le cadre d'un partenariat entre un Ministère de la Santé et une ONG*, Tome I, pp.19 et 24.

contractants leur confère une égalité de droit, mais la réalité révèle souvent une asymétrie des pouvoirs entre les acteurs d'une relation contractuelle.

- L'engagement à **des devoirs et des obligations réciproques** constitue le cœur même d'une relation contractuelle. Certes, le degré d'engagement peut varier, cependant, un contrat est toujours un engagement contraignant au sens où il doit être respecté.
- Des **bénéfices** sont attendus de la relation car les acteurs ne sont pas altruistes. Ils ne s'engageront dans une relation contractuelle que dans la mesure où ils en attendent des bénéfices pour eux-mêmes. Il convient de rappeler qu'un bénéfice ne s'apprécie pas nécessairement en termes directement financiers. Par exemple, une amélioration de l'image d'un hôpital aux yeux de la population peut constituer un bénéfice appréciable. Par ailleurs, il convient de souligner qu'il s'agit du bénéfice net. En effet, toute relation contractuelle entraîne un coût.

II. LE PROCESSUS CONTRACTUEL⁶

La contractualisation ne se réduit pas au seul contrat, car celui-ci n'est que la formalisation d'une relation entre des acteurs. Les relations contractuelles s'inscrivent dans un processus qui peut être présenté en quatre phases :



Le processus contractuel est par conséquent un processus dynamique qui s'inscrit dans la durée. Chacune des étapes sera plus ou moins longue selon les circonstances et il convient d'avoir clairement à l'esprit qu'il faut du temps, notamment au départ du processus.

Phase I : La préparation du contrat

Cette phase est d'une importance cruciale car de sa qualité dépend ensuite tout le déroulement de la relation contractuelle.

⁵ Définition figurant dans " Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé " (Draft).

⁶ D'après Jean PERROT et Alain LETOURMY : " Eléments pour la conduite d'une relation contractuelle" (Draft).

L'initiative d'une relation contractuelle

Par définition, une relation contractuelle ne se décrète pas. L'initiative, c'est-à-dire l'entrée dans le processus contractuel, doit venir des acteurs eux-mêmes. Parfois, plusieurs acteurs en prennent simultanément conscience, mais dans la plupart des cas, l'initiative est le fait d'un acteur en particulier. Constatant les limites de son action, il estime qu'il obtiendrait sans doute de meilleurs résultats s'il entrait en relation avec un ou plusieurs autres acteurs. Dans certains cas, l'initiative n'est pas tout à fait spontanée car il existe des moyens qui peuvent aider à la faire naître. Par exemple, une information sur les potentialités de la contractualisation ou la divulgation des résultats d'une expérience peuvent amener certains acteurs à réfléchir sur cette démarche et à envisager de l'utiliser.

Les objectifs et résultats attendus de la phase I

L'objectif général de cette phase consiste à mettre en relation deux ou plusieurs acteurs qui auparavant intervenaient de façon cloisonnée. Pour ce faire, il semble nécessaire de permettre aux acteurs de maîtriser le contexte dans lequel ils évoluent, de leur faire percevoir l'intérêt de développer des activités de partenariat et de comprendre le processus de l'arrangement contractuel.

Les résultats attendus de cette phase sont la création d'une relation entre des acteurs qui ont décidé de devenir des partenaires, avec une prise de conscience des activités à mener et des responsabilités de chacun pour arriver à donner vie à un partenariat basé sur un arrangement contractuel. L'objet du futur partenariat doit par conséquent être défini à ce niveau.

Quelques questions-clé à résoudre

Afin de se préparer au mieux à leurs relations contractuelles, les futurs partenaires doivent se poser un certain nombre de questions.

Pourquoi souhaite-t-on entrer en relation ?

Cette question peut paraître simpliste ; or il est très important qu'elle soit posée. Pour chacun des acteurs potentiels d'une relation contractuelle, il s'agit d'un travail sur soi qui pousse à clarifier la situation. Il est important que chaque partie ait pu identifier les bénéfices qu'elle envisage tirer de la relation contractuelle dans laquelle elle souhaite s'engager. Parallèlement, chaque acteur doit aussi être en mesure d'identifier les bénéfices que son interlocuteur attend de son côté.

L'analyse de la situation révèle que les raisons qui conduisent les deux acteurs à entrer en relation contractuelle sont généralement différentes. Dans la mesure où elles ne sont pas foncièrement divergentes, elles ne constitueront cependant pas un handicap à la négociation et à la préparation du contrat.

Quel est le contexte de la relation contractuelle ?

Cette question est très importante car elle détermine en partie la faisabilité de la contractualisation. Dès le début du processus, il faut que l'initiateur de la relation s'informe sur le contexte dans lequel pourrait se dérouler l'opération.

Par exemple, lorsqu'une mutuelle souhaite contractualiser avec une formation sanitaire, elle doit s'intéresser au système de santé national et local, aux dispositifs juridiques qui s'offrent à elle pour passer des contrats dans ce cadre, ou encore à l'état de la structure de soins impliquée (capacité, fonctionnalité, viabilité, etc).

Quel est l'objet de la relation contractuelle ?

Si les raisons qui conduisent les protagonistes à entrer en relation contractuelle peuvent être différentes, il ne peut en être de même pour l'objet du contrat. Une compréhension claire et identique de l'objet du contrat par les parties en présence est nécessaire pour que l'élaboration du contrat et son exécution ne soient pas problématiques.

Quels sont les acteurs de la relation contractuelle ?

Avant que des acteurs entrent dans un processus qui les conduira à une relation contractuelle, il est important que soit posée la question de leur capacité juridique de signer des contrats. La solution passe par l'attribution de la personnalité juridique à la structure de santé elle-même. Par ailleurs, il faut également s'interroger sur le statut des acteurs identifiés : public ou privé.

Les acteurs identifiés sont-ils des acteurs reconnus ?

Comment un acteur peut-il être sûr que l'acteur avec lequel il souhaite s'engager est digne de confiance et dispose des compétences requises ? L'accréditation peut constituer une solution. Il s'agit d'une procédure qui permet d'identifier les acteurs de santé que l'on estime dignes de confiance, c'est-à-dire auxquels la population peut s'adresser avec sécurité.

Quel est le rôle de chacun des acteurs dans la relation contractuelle ?

Il convient de faire la distinction entre les signataires directs du contrat et les parties intéressées. La première catégorie concerne les acteurs qui s'engagent directement avec tous les devoirs et obligations afférents. La seconde catégorie regroupe les acteurs qui, sans être directement engagés dans la relation contractuelle, sont impliqués.

Par exemple, lorsqu'une mutuelle de santé passe une convention avec une formation sanitaire, la structure d'appui à la mutuelle peut apporter sa caution ; en quelque sorte, elle se porte garante de la structure appuyée.

Quel type d'engagements les partenaires vont-ils prendre ?

Il est important que les futurs partenaires identifient dès le départ la nature des engagements qu'ils vont prendre, c'est-à-dire des obligations qu'ils vont se créer sur le plan juridique : obligations de moyens ou de résultats ? L'identification des moyens est souvent plus aisée que celle des résultats. Et si certains résultats sont facilement identifiables et mesurables (par exemple, une ristourne de x% pour les mutualistes sur les tarifs fixés), d'autres le sont beaucoup plus difficilement (par exemple, l'amélioration de la qualité de l'accueil des patients).

La dynamique de la préparation du contrat

Lorsque des acteurs ont décidé de s'engager dans un processus qui les conduira à une relation contractuelle, il est important qu'ils mettent en place des mécanismes qui permettront un démarrage rapide du processus.

Nous avons vu que le partenariat se met en place en général à la suite de l'initiative d'un acteur. L'initiateur doit prendre, dans une certaine mesure, un rôle de leader pour enclencher le processus et proposer un plan d'activités. Les acteurs impliqués dans la relation contractuelle peuvent aussi, d'un commun accord, retenir de faire appel à un facilitateur ou "interface" pour la phase suivante d'élaboration et de rédaction du contrat. Cette notion sera reprise dans la partie suivante traitant de l'élaboration du contrat.

Il est important également d'introduire la notion d'espace de communication entre les futurs partenaires. Il s'agit de séances où se négocie et s'élabore le futur contrat. La mise par écrit de certains éléments du processus (objectifs, contenu, échéancier, etc.) peut constituer un premier pas. Cette technique permet d'entrer en négociation sur des bases saines et d'éviter les incompréhensions.

Phase II : L'élaboration du contrat

Cette phase est d'une importance cruciale car de sa qualité dépend ensuite tout le déroulement de la relation contractuelle. Puisque les acteurs souhaitent fonder leurs relations sur des bases contractuelles, il faudra à un moment donné formaliser cette relation dans un document qui fera foi de l'entente entre ces acteurs.

L'objectif et les résultats attendus de la phase II

L'objectif de cette phase est d'utiliser un espace de communication entre les acteurs afin qu'ils puissent négocier et définir les engagements de chacun pour la future action de partenariat, déterminer quels sont les résultats attendus du contrat, les conséquences du non respect des engagements, etc.

Les résultats attendus sont essentiellement la création d'un document de référence – le contrat – signé par les parties intéressées qui formalise le résultat des négociations.

Des principes méthodologiques

Les quatre conditions essentielles pour la validité d'un contrat

- le consentement des parties (aucun acteur ne peut être contraint à signer un contrat) ;
- la capacité à contracter (l'acteur qui signe le contrat doit avoir une personnalité juridique) ;
- un objet certain ;
- une cause licite.

L'intervention d'un interface

Nous l'avons vu précédemment les futurs partenaires peuvent d'un commun accord désigner un "interface" ou facilitateur, qui sera une tierce personne au contrat. La mission de l'interface est d'animer l'espace de communication qui a été mis en place lors de la phase de préparation du contrat. Il va dynamiser la phase de négociation entre les futurs partenaires et encadrer techniquement l'élaboration du contrat, voire proposer aux futurs partenaires un projet de contrat ou une structure type de contrat qui servira de base aux discussions et aux négociations.

Lorsque l'on se situe dans le cas d'institutions de financement à base locale comme les mutuelles de santé, le professionnalisme nécessaire à toute relation contractuelle fait la plupart du temps défaut. Le principe d'intervention d'un interface peut être retenu. Par exemple, la structure d'appui à une mutuelle peut détacher, en appui technique extérieur, une personne qui dispose du savoir-faire nécessaire et qui l'aide à élaborer sa relation contractuelle avec l'offre de soins. Il est bon également que l'offre de soins locale puisse disposer d'un appui similaire car, elle non plus n'est pas particulièrement bien armée pour préparer cette relation contractuelle.

La nécessité de définir le degré de précision du contrat

Il n'y a pas de règles définitives en la matière. Néanmoins, on peut retenir que le degré de précision des termes d'un contrat peut avoir un impact sur différents éléments.

- *La compréhensibilité du document* : un contrat se doit d'être clair et de contenir des clauses acceptables et compréhensibles pour les parties.

- *Le coût du partenariat* : l'élaboration, puis la mise en œuvre d'un contrat, induisent différents types de coûts. Les coûts *ex ante* (préparation, temps de négociation, ressources humaines, etc) et les coûts *ex post* (surveillance du bon déroulement du contrat). Plus le contrat sera précis, c'est-à-dire plus seront prévus tous les cas de figures, plus ces différents coûts augmenteront. Il y a donc un équilibre à trouver.
- *La qualité du partenariat* : la confiance dans les partenaires est un élément qui réduit les coûts de négociation et de surveillance et qui permet d'éviter les conflits. Lorsque, dans un contrat, on cherche à prévoir toutes les situations qui peuvent survenir, c'est peut-être que les partenaires ne se font pas confiance.

L'utilité de se référer à une structure type de contrat

Dans la réalité, il est très fréquent de constater une confusion entre une structure type de contrat et un contrat-type. Il convient de clarifier ces deux concepts :

- *Le contrat-type* est une formule standardisée de contrat contenant des clauses préétablies, rédigée par le partenaire "dominant". Il suffit, si le cocontractant l'accepte, qu'il y ajoute son identité et sa signature.
- *La structure type de contrat* est un canevas présentant les éléments nécessaires et indispensables d'un contrat pour que ce dernier réponde aux questions clés soulevées pendant la période d'élaboration du partenariat.

Soulignons que la formule du contrat-type est peu pédagogique : elle laisse peu de place à la négociation et à l'adaptation. Or, la contractualisation au sens où nous l'entendons se devrait d'amener les acteurs concernés à réfléchir sur leur activité, sur leur comportement, sur les objectifs de leur action et les moyens qu'il convient de mettre en œuvre. Cet aspect de la relation contractuelle est très important et l'approche par la formule du contrat-type casse cette dynamique. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille à chaque fois réinventer la roue. L'approche en termes de structure type d'un contrat prend alors tout son sens.

La manière de structurer un contrat ne varie pas beaucoup et il est utile de s'entendre sur cette structure type qui guidera les négociateurs puis les rédacteurs du contrat. Il est possible de proposer la structure type suivante :

PREAMBULE
Il est important de rappeler le cadre dans lequel se situe le contrat (politiques nationales de santé, projet d'appui aux mutuelles de santé, etc)
IDENTIFICATION DES PARTIES
L'importance de ce point a été soulignée ci-dessus : il faut nommer les parties prenantes et leurs représentants et identifier leur statut juridique. Mais il convient également d'ajouter à quel titre ces parties sont signataires. Ainsi, il est des cas où certains signataires ne seront pas directement parties prenantes, au sens de co-contractants, du contrat. Leur qualité devra alors être clairement indiquée à ce niveau.
OBJET DU CONTRAT
Il s'agit de préciser le type d'activités ou de prestations et leurs lieux d'exécution.
ENGAGEMENTS DES PARTIES DU CONTRAT
Pour chaque partie, il est nécessaire de décrire quels sont ses droits et ses obligations nées du contrat. Il semble important pour plus de clarté et de compréhension de traiter séparément les obligations de chacune des parties. En outre, le contrat peut comporter une clause concernant les engagements partagés par les deux parties.

DUREE DU CONTRAT
<p>La durée du contrat est un élément très important car elle déterminera le comportement des partenaires selon qu'ils doivent agir à long terme ou à court terme.</p> <p>Par ailleurs, il convient de fixer la date de mise en vigueur du contrat, laquelle peut être différente de la date de signature.</p>
RESSOURCES MOBILISEES
<p>Tout contrat doit explicitement définir les ressources (financières, matérielles ou humaines) qui seront mises en œuvre par chacun des partenaires pour atteindre les objectifs fixés.</p>
SUIVI ET EVALUATION
<p>Cette clause concerne deux éléments importants : comment les co-contractants vont-ils suivre et évaluer l'exécution du contrat et à l'aide de quels indicateurs ?</p> <p>Il est important que les contractants aient la possibilité d'évaluer si les partenaires mettent en œuvre le contrat comme il avait été décidé. Plusieurs techniques sont ici possibles : revues conjointes, rapports périodiques, transmission régulière de certaines informations, audit formel. Le contrat doit stipuler avec clarté quels éléments ont été retenus pour effectuer ce suivi. Il est également important d'établir dans le contrat lui-même les indicateurs qui devront être fournis par les parties prenantes au contrat.</p>
GESTION ET RESOLUTION DES CONFLITS
<p>Il faut savoir que, presque inévitablement, la réalité va introduire dans les faits des éléments nouveaux qui seront parfois source de relations conflictuelles. Le conflit fait partie du déroulement normal d'un contrat. Par contre, ce qui est anormal, c'est que le conflit se transforme en blocage de l'exécution du contrat. Aussi, ce dernier doit-il être clair sur les moyens d'éviter cette situation.</p> <p>Pour traiter des conflits, il est souhaitable d'adopter une démarche graduelle. Les options d'arbitrage principales sont, dans l'ordre : le consensus, la négociation, le règlement à l'amiable, l'arbitrage de l'administration locale, et, en recours ultime, la voie judiciaire. L'intervention d'un médiateur n'est pas à négliger.</p>
RUPTURE ET RENOUVELLEMENT
<p>Lorsque le contrat arrive à échéance, il convient que soit indiqué comment il pourra être renouvelé (tacite reconduction, renouvellement après rapport d'évaluation et avis d'une commission, etc).</p> <p>De même, le document contractuel doit indiquer comment et dans quels cas on peut procéder à une résiliation anticipée.</p>
SIGNATURES
<p>Chacun des co-contractants et, le cas échéant, le ou les partenaires qui apportent leur caution morale, doivent apposer leur signature à la fin du document.</p>

La dynamique d'élaboration d'un contrat

Cette phase peut prendre du temps et aussi beaucoup d'énergie aux acteurs. Afin d'atteindre l'objectif de cette étape dans les meilleurs délais et avec de bons résultats, quelques recommandations pratiques peuvent être données :

- *Le recours à un interface* pour encadrer cette étape qui peut sembler complexe pour des non professionnels. Il aura pour mission de démystifier la difficulté apparente de la rédaction d'un contrat et surtout de dynamiser le processus de négociation et d'encadrer techniquement la rédaction du contrat.
- *La négociation dans un espace de communication* qui doit permettre de développer un esprit de dialogue entre les futurs contractants. Il est nécessaire d'instaurer un climat de confiance en permettant aux parties de mieux se connaître par la voie de la communication directe. Plus cette étape sera bien encadrée, plus les risques de blocage d'exécution du partenariat seront faibles.

- *La rédaction et la signature du contrat.* On attirera l'attention sur l'importance de bien remplir les différentes clauses d'un contrat et de bien vérifier qu'elles sont adaptées au contexte. Il est fortement conseillé que le contrat soit rempli en autant d'exemplaires qu'il y a de parties au contrat, afin que ce document de références puisse être consulté par les contractants à tout moment. Une partie n'est engagée dans un contrat que lorsque toutes les parties ont signé, il ne faut donc pas oublier de faire signer tous les contractants.

Phase III : L'exécution du contrat

L'objectif et les résultats attendus de la phase III

Cette phase a pour objectif principal de mener à terme, comme convenu, les activités de partenariat identifiées lors de l'élaboration du contrat.

Les résultats attendus seront essentiellement que les parties respectent leurs engagements mais aussi gèrent de façon appropriée les éventuels conflits qui peuvent survenir pendant cette période et surtout utilisent des avenants au contrat si ce dernier se montre inadapté au contexte lors de son exécution.

Les points clés de cette phase

Cette phase est évidemment la plus importante, mais elle n'est que la traduction en actes de ce qui a été prévu dans la phase de préparation de la relation contractuelle et formalisé lors de la signature du contrat. Si ces phases se sont bien déroulées, l'exécution du contrat ne doit pas poser de problèmes majeurs. Toutefois, quelques points méritent d'être relevés.

La motivation des parties au contrat

La mise en œuvre d'un contrat intéresse généralement moins les acteurs que les phases de préparation et d'élaboration du contrat. Nous expliquons cette considération par deux phénomènes.

D'une part, les phases de préparation de la relation contractuelle sont intellectuellement plus satisfaisantes que les phases de mise en œuvre ; il est stimulant de créer quelque chose de nouveau, de participer à des négociations, ou de rédiger un document sur lequel figurera son nom. Tous ces éléments sont fréquemment valorisés au niveau des décideurs. Très souvent, ils se réserveront ces tâches alors qu'ils confieront les tâches de mises en œuvre à leurs subalternes car elles sont considérées comme moins nobles.

D'autre part, pour les raisons ci-dessus, mais aussi en raison des changements fréquents du personnel, ceux qui ont à mettre en œuvre un contrat ne sont que rarement ceux qui l'ont préparé. La conséquence en est bien sûr que celui qui met en œuvre se sent moins concerné par le contrat.

La valorisation de cette phase

Cette phase, qui correspond à l'activité de partenariat proprement dite, mérite d'être valorisée. Pour ce faire, différentes possibilités peuvent être envisagées :

- Motiver les responsables de l'exécution du contrat à sa bonne exécution et aux résultats attendus. Cette motivation peut être d'ordre professionnel, financier, ou social.
- Attribuer un rôle plus important au suivi-évaluation. Si les mécanismes de suivi instaurés permettent aux parties de poursuivre le dialogue et de proposer des solutions d'amélioration en cours d'exécution, les exécutants peuvent retrouver les mêmes motivations décrites précédemment pour ceux qui ont préparé le contrat. Cette notion de suivi, si elle permet de poursuivre la communication entre les parties, a l'avantage de diminuer le risque de conflits ou

de non respect des engagements, mais aussi d'amener les parties à réfléchir de façon régulière sur le travail qu'elles effectuent. En terme de qualité des soins, cette démarche peut avoir un impact positif.

La gestion des entraves à l'exécution du contrat

Une procédure de suivi-évaluation du contrat doit permettre aux parties de détecter rapidement les entraves qui surviennent pendant son exécution et de prendre les dispositions qui s'imposent. Nous distinguerons deux grands types d'obstacles :

- Un conflit entre les contractants en cas de non respect par au moins l'un d'entre eux de ses obligations. Dans ce cas de figure, nous l'avons vu précédemment, le contrat lui-même doit identifier les différentes voies graduelles de résolution des conflits.
- Le contexte dans lequel le contrat est exécuté change et rend le contrat inadapté. Ceci peut provenir, par exemple, d'une réorientation de la politique nationale de santé. Dans cette hypothèse, les contractants ont toujours la possibilité de maintenir le dialogue et de voir comment ils peuvent adapter le contrat à son nouveau contexte à l'aide d'avenants.

Phase IV : L'évaluation du contrat

Tout le monde s'accorde aujourd'hui pour dire que les relations contractuelles constituent une voie prometteuse qui permet aux acteurs de mieux gérer leurs interdépendances. Mais bien souvent, il s'agit d'un pari sur l'avenir car on dispose d'encore bien peu d'évaluations solides sur les expériences en cours. La démarche est nouvelle et induit un changement profond dans la culture des acteurs de la santé.

La prise de conscience de la nécessité de l'évaluation est un élément important. La contractualisation n'a en effet pas de sens si l'évaluation n'en fait pas partie intégrante. Il faut ainsi, à l'intérieur du processus contractuel, se donner les moyens de vérifier le bon fonctionnement du contrat et d'en apprécier les résultats.

En règle générale, l'évaluation se définit comme un jugement porté sur la valeur d'un processus ou d'une production, en fonction de critères déterminés. Mais l'évaluation peut être abordée de différentes façons. Deux éléments sont à prendre en compte : quels sont les objectifs de l'évaluation et qui la conduit ?

Cette réflexion nous amène à définir deux types principaux d'évaluation : l'évaluation formative et l'évaluation sommative. La première prendra place au cours de la mise en œuvre d'un contrat. Les formes qu'elle peut prendre sont diverses (rapport de mise en œuvre, évaluation à mi-parcours, etc). À l'inverse, la seconde prendra place une fois le processus contractuel achevé. Elle établit le bilan de l'expérience.

Lorsque l'on examine une évaluation, il est important de savoir dans quel cadre elle a été conduite. Le tableau à la page suivante résume ces situations.

		ÉVALUATION INTERNE		ÉVALUATION EXTERNE
		Menée par un acteur impliqué dans le contrat	Menée par l'ensemble des acteurs du contrat	Menée par une entité extérieure au contrat
ÉVALUATION FORMATIVE		Cet acteur cherche à faire le point sur sa relation contractuelle ; il veut faire le point de sorte à proposer à ses interlocuteurs des modifications du contrat s'il n'y trouve pas son compte. Il veut aussi disposer d'informations de sorte à modifier sa propre stratégie	Lors de cette évaluation conjointe, les acteurs poursuivent l'esprit engagé dans la phase pré-contractuelle et recherchent les moyens d'améliorer leurs relations	On se situe ici dans le cadre du recours à une expertise technique externe qui aide les acteurs impliqués à voir plus clair dans leur relation en cours
		Cet acteur veut établir le bilan de sa relation contractuelle pour, en interne, mesurer l'intérêt qu'il a eu d'entrer en relation, et, en externe, pour assurer sa promotion	Lors de cette évaluation conjointe, les acteurs cherchent à améliorer leurs relations futures en s'appuyant sur leur expérience. Mais ils peuvent aussi vouloir montrer leurs résultats aux acteurs qui n'étaient pas impliqués dans la relation contractuelle pour mettre en valeur l'intérêt de leur démarche	Parce qu'elle est extérieure à la relation contractuelle et donc qu'elle n'est ni juge ni partie, cette entité peut porter un regard critique sans qu'il s'agisse d'une remise en cause

En conclusion, vouloir inscrire l'évaluation des relations contractuelles dans une méthodologie déterminée et rigide serait sans doute une erreur. En effet, comme nous l'avons vu, les types d'évaluation sont très différents de même que les caractéristiques des relations contractuelles.

Dans le chapitre précédent, nous avons défini la notion d'arrangement contractuel en soulignant un point fondamental : les acteurs ne sont pas altruistes et ils ne s'engageront dans une relation contractuelle que dans la mesure où ils en attendent des bénéfices. Nous avons également fait remarquer l'importance pour le bon déroulement du processus que chaque partie ait pu identifier les bénéfices qu'elle-même et son interlocuteur entendent tirer de la relation. Nous allons tenter à présent de résumer de façon plus concrète en quoi peuvent consister ces bénéfices dans une relation contractualisée entre une mutuelle de santé et un prestataire de soins.

I. INTERET DU CONTRAT AVEC LA MUTUELLE POUR LES STRUCTURES SANITAIRES

Dans la prise en charge des malades

La prise en charge financière des malades est une **garantie de solvabilité** de ceux-ci vis-à-vis de la structure sanitaire. Dans une structure de soins, les taux de recouvrement sont généralement plus élevés pour les patients pris en charge par une mutuelle de santé.

Outre la prise en charge des soins, la mutuelle peut parfois organiser et prendre en charge le transport des membres malades vers un centre de santé ou vers l'hôpital conventionné le plus proche dans le cadre d'une référence.

Dans l'utilisation des services de santé

En organisant la demande de soins de santé, la mutuelle **favorise l'accès** de ses membres aux structures de soins. Les avantages accordés aux mutualistes font **augmenter la fréquentation** de la structure de soins (et, par conséquent, ses recettes).

Dans la mobilisation des ressources

Les membres d'une mutuelle s'adressant exclusivement aux prestataires sous convention, ceux-ci bénéficient d'une **garantie de revenus**. La contractualisation est un moyen pour la formation sanitaire de s'assurer une clientèle solvable et d'obtenir ainsi des ressources qui lui permettent de faire face à ses charges de fonctionnement. Avec les mutuelles s'instaure alors une **dynamique de développement économique** qui favorise un accroissement de **l'autofinancement** des structures de soins¹.

Débarassée des contraintes liées à l'organisation du partage des risques, la structure de santé peut ainsi se consacrer à sa fonction première qui est de soigner les populations dans les meilleures conditions possibles.

Dans la réalisation des politiques nationales de santé

En augmentant l'accessibilité financière aux soins de santé pour les populations les plus démunies, les mutuelles **améliorent la couverture sanitaire** et le fonctionnement des services de santé.

Par ailleurs, la formation sanitaire dispose d'un interlocuteur avec lequel elle peut discuter des actions à mener et peut, par exemple, amener la mutuelle à sensibiliser ses adhérents aux **activités préventives**. Ainsi, une mutuelle peut ne décider de rembourser les problèmes de santé des enfants que dans la mesure où ils sont à jour de leurs vaccinations. La collaboration des

¹ Ceci s'entend dans une perspective à moyen et long terme car il ne faut pas occulter que la collaboration avec une mutuelle de santé représente à court terme des coûts supplémentaires induits par l'organisation et le surcroît de travail.

prestataires avec les mutuelles de santé ne s'arrête donc pas à l'offre de soins. Les mutuelles contribuent à l'effort de santé en s'engageant à leur côté notamment dans les domaines préventifs et d'accompagnement.

II. INTERET DU CONTRAT AVEC LES FORMATIONS SANITAIRES POUR LA MUTUELLE

Dans la réponse à des besoins spécifiques

Personne ne connaît mieux ses besoins que la communauté elle-même. Il ne revient pas aux agents de santé de décider à la place des populations les services qui doivent être mis en place. Mais si la population veut être impliquée (et donc se sentir concernée), elle doit être en mesure d'identifier et de faire prévaloir ses besoins. Le processus de négociation qui se développe entre mutuelles de santé et prestataires de soins dans le cadre d'une approche contractuelle aide les communautés à exprimer les besoins qui sont les leurs.

Cet aspect est important car, finalement, ce qui compte pour les populations c'est qu'elles disposent de services de santé de qualité qui prennent en compte leurs attentes. La stratégie qui consisterait pour elles à s'immiscer dans la gestion au quotidien des prestations n'est pas une garantie de succès ; par contre, elles doivent se donner tous les moyens de faire entendre leurs points de vue et de les faire respecter. En tant qu'acteur organisé, la mutuelle qui contractualise avec l'offre de soins travaille à la réalisation de cet objectif.

Dans le pouvoir de négociation

Par les relations contractuelles qu'elle décide de nouer, la mutuelle de santé dispose de moyens puissants pour infléchir la prestation de services de santé. Elle peut avoir une influence sur la qualité des soins de santé offerts ou sur le prix des différentes prestations. Elle amène aussi parfois la formation sanitaire à changer ses comportements.

En effet, la contractualisation est un outil de discussion et de négociation avec la structure de santé permettant au corps intermédiaire qu'est la mutuelle de relayer les préoccupations de ses membres. Un des avantages souvent cité est d'obtenir des tarifs plus favorables pour ses adhérents. Mais cet aspect financier, pour important qu'il soit, n'est pas le seul. Les négociations peuvent aussi aboutir à une meilleure rationalisation des soins et à une meilleure qualité des services. Par exemple, la mutuelle peut exiger que les médicaments prescrits soient uniquement des médicaments essentiels et génériques. De même, elle peut discuter des horaires et des modalités d'accueil de ses bénéficiaires, des activités prioritaires, etc.

III. CONCLUSION

Presque inévitablement, instances de financement et structures de soins doivent entrer en relation. Elles deviennent ainsi des partenaires, c'est-à-dire des associés au sens plein du terme. Ce partenariat n'est pas pris à la légère, il est conçu comme un échange d'engagements réciproques : chaque partenaire, en échange des bénéfices qu'il attend de sa relation, s'engage à des devoirs. Il s'avère dès lors souhaitable et nécessaire de formaliser les droits et obligations de chacun, de les codifier. Cette codification débouche sur des arrangements contractuels qui lient les acteurs.

Les arrangements contractuels sont d'une importance capitale pour différentes raisons :

- ils sont une des bases de l'efficacité de la mutuelle et de son utilité pour ses membres car ils créent un nouveau rapport de forces qui donne à la population voix au chapitre ;
- ils représentent de nombreux avantages potentiels pour les structures sanitaires (en termes de qualité, de ressources, d'organisation, de viabilité, etc) et favorisent, par conséquent, l'amélioration de la performance du système de santé en général ;

- ils matérialisent la constitution d'un corps intermédiaire entre l'offre de soins (services de santé) et les usagers (mutualistes), et ils indiquent clairement l'indépendance juridique entre l'organisation de l'offre de soins et l'organisation de la demande de soins ;
- d'un point de vue socio-culturel, ils permettent un rapprochement entre agents de santé et populations, rompant ainsi avec une longue tradition de méfiance et d'ascendant des premiers sur les seconds ;
- d'un point de vue structurel ils permettent d'organiser un travail fondé sur l'atteinte des résultats.

Nous voyons donc que les bénéfices à retirer de la contractualisation sont multiples de part et d'autre. Encore faudrait-il que les acteurs en aient conscience, ce qui n'est pas souvent le cas car un bon système d'information et de sensibilisation sur le sujet fait défaut. Mais même lorsque les acteurs sont bien informés, la contractualisation n'est pas automatique. Toute médaille a son revers et l'idée est tenace, principalement du côté des prestataires de soins, qu'il existe des risques liés à la collaboration avec les mutuelles de santé. Cette perception des choses soulève des craintes et des réticences qui nuisent à la bonne image du processus contractuel. Mais les arguments avancés sont-ils justifiés ? C'est ce que nous nous proposons d'étudier dans le chapitre suivant.

Comme nous venons de le souligner, malgré les multiples avantages que présente la contractualisation, les formations sanitaires ne la voient pas toujours d'un bon œil. Se pose alors la question suivante : que craignent-elles ? Plusieurs arguments sont régulièrement avancés, mais en réalité, l'une des susceptibilités majeures des formations sanitaires vis-à-vis des mutuelles de santé est relative au risque d'insolvabilité qu'elles présentent. Dans nombre de cas, cette situation tend à envenimer le partenariat entre les deux acteurs. Il s'agit pourtant, selon nous, d'un faux problème. Dans les paragraphes qui suivent, nous démontrerons que le risque d'insolvabilité des mutuelles de santé est directement ou indirectement lié à certaines pratiques préjudiciables que le contrat permet justement d'éradiquer.

I. LES RETICENCES DES FORMATIONS SANITAIRES

Au sein des formations sanitaires, nous avons relevé trois éléments principaux qui provoquent des réticences concernant la contractualisation.

Le premier, nous l'avons esquissé en fin de chapitre 3, est le manque d'information. Pour créer les conditions d'un partenariat sain, basé sur la confiance, il faut connaître l'autre. Et si ce n'est pas déjà le cas, il faut faire l'effort de se renseigner sur lui. Il semble qu'à ce niveau, les prestataires de soins ont besoin d'appui quant à la connaissance de la mutualité. Il faut développer chez eux une perception claire de la mutuelle à travers un bon système de communication et mettre à mal leurs idées reçues.

Le second élément est davantage implicite. Il s'agit de la crainte, pour certaines fractions indécrites du personnel soignant, de voir s'écrouler leur "petit business". Pratiques parallèles et vente illicite de médicaments sont monnaie courante dans certains établissements de soins, ce qui n'étonne qu'à moitié lorsqu'on sait que la plupart des agents de santé – principalement dans le secteur public – sont dangereusement sous-payés. La transparence et le contrôle qu'impliquent la signature d'un contrat constituent dès lors une menace pour toute une série d'agents peu scrupuleux.

Le troisième élément – celui qui nous intéresse particulièrement ici – concerne le risque d'insolvabilité des mutuelles de santé. Nous n'allons pas réfuter le fait que la plupart des structures mutualistes qui se développent aujourd'hui en Afrique sont encore fragiles et bénéficient souvent d'appuis (financiers ou techniques) plus ou moins importants sans lesquels elles seraient vouées à disparaître. Mais interrogeons-nous sur la source de cette fragilité, et plus particulièrement sur les causes de la fragilité financière.

II. LES CAUSES DE L'INSOLVABILITE

Il est généralement admis que quatre phénomènes majeurs constituent une menace pour la viabilité financière¹ des mutuelles :

La présélection spontanée

Elle consiste à ce que les personnes présentant un risque élevé de maladie s'inscrivent plus nombreux, pendant que des personnes en bonne santé ont tendance à s'abstenir de s'affilier.

¹ Nous substituons ici la notion de viabilité financière à celle de solvabilité, car cette dernière est trop limitative. Elle fait référence à la capacité d'honorer ses engagements et peut parfois n'être qu'un problème de trésorerie contre lequel il existe des techniques ou des mécanismes spécifiques.

Cette situation peut compromettre la validité d'une mutuelle, mais nous ne l'aborderons pas dans le cadre de notre réflexion car elle ne concerne pas directement le rapport mutuelle - prestataires de soins. Il existe par ailleurs des méthodes qui, dès le départ, permettent d'empêcher qu'elle survienne. Ainsi, par exemple, la plupart des mutuelles imposent à leurs adhérents une période de stage durant laquelle ils cotisent sans pouvoir bénéficier des prestations couvertes.

Le risque moral (surconsommation)

Il est souvent considéré que les mutualistes ont tendance à consommer abusivement les services proposés dans le but de rentabiliser au maximum les cotisations versées. Ce risque est une réalité dont il faut tenir compte mais il convient de rester prudent dans son interprétation car la notion de consommation "abusive" n'est pas forcément la même pour chacun².

Le risque d'escalade des coûts (surprescription et surtarification)

Les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation brutale des coûts de santé en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du fait qu'il sait qu'il est assuré. Ils peuvent également faire augmenter les tarifs prévus pour un acte sans que la mutuelle s'en aperçoive directement, l'évaluation du coût d'un acte étant difficile à réaliser.

Le risque de prise en charge frauduleuse (trafic de diagnostic)

Avec la complicité de mutualistes peu responsables, de faux diagnostics sont portés sur les attestations de soins pour justifier la prise en charge des maladies non-couvertes par la mutuelle. Dans ce cas, la responsabilité agents de santé - mutualistes est conjointe.

Tous ces phénomènes provoquent chez certaines mutuelles des déficits dus à leur consommation médicale en forte hausse. En effet, si d'une manière générale elles restent dans les normes au niveau des frais de gestion, la tendance montre une évolution dans la consommation des soins de santé. Ceci n'est pas sans conséquence sur l'évolution des mutuelles et notamment sur leur viabilité financière.

Dans ce contexte, il nous semble nécessaire d'expliquer à quoi sont liés les risques décrits ci-dessus. En nous y intéressant de plus près, nous pouvons constater qu'à l'exception de la présélection spontanée, ils dépendent tous d'un paramètre essentiel : le respect des normes en matière de prescriptions médicales. En réalité, la viabilité financière d'une mutuelle (et donc sa solvabilité) est conditionnée par le respect de ces normes car il s'agit d'un facteur crucial limitant les surconsommations et les abus les plus courants.

III. LE RESPECT DES NORMES MEDICALES : UN PASSEPORT POUR L'EQUILIBRE³

Sur quoi se fonde la norme en matière de prescription médicale ?

Elle se fonde sur le respect de l'ordinogramme et donc de l'arbre de décision thérapeutique. Ces deux outils définissent les termes d'un diagnostic et les démarches conséquentes à mettre en œuvre. Ils permettent ainsi de "standardiser" les pratiques, notamment en préconisant les traitements efficaces à moindre coût. Ils sont donc des instruments essentiels de normalisation en matière de prescriptions médicales. En tant que référence, ils sont également des instruments de négociation avec les formations sanitaires, tant sur les points tarifaires que sur ceux relatifs à la qualité des soins.

² Comme l'indiquent CRIEL, NOUMOU BARRY et VON ROENNE, (*Le projet PRIMA en Guinée Conakry – Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, 2002, p.182), "Le risque de surconsommation des soins de santé est un sujet systématiquement mentionné dans la littérature au sujet des systèmes d'assurance, mais peu de preuves sont fournies quant à l'occurrence réelle de ce phénomène dans les services de santé en Afrique. Quand le nombre de consultations augmente, on a d'emblée tendance à interpréter cet accroissement de l'utilisation comme une utilisation non justifiée au lieu de l'interpréter comme une conséquence positive d'un meilleur accès financier aux soins".

³ D'après Nelly PELTIER : "Le non-respect des normes médicales et ses conséquences", Communication 3A in *Développement des mutuelles de santé : Rôles et places des acteurs dans les relations avec les prestataires de soins ? – Rapport Général (Atelier des 29,30 & 31 janvier 2002)*, Louvain Développement, PROMUSAF.

Quelles sont les limites de l'efficacité de ces normes ?

Si la décision thérapeutique appartient exclusivement au thérapeute, si c'est sa seule responsabilité qui est engagée, il n'en reste pas moins que sa relation au patient est souvent ambivalente : des facteurs psychologiques, sociaux et financiers peuvent intervenir, biaiser les contacts et poser des limites au respect des normes.

La première ambivalence est celle qu'entretiennent l'expert et le patient dans la situation psychologique toute à fait particulière qu'est la circonstance de la maladie. Le patient développe simultanément une relation de confiance et de méfiance vis-à-vis de l'expert : il lui est soumis dans ses choix thérapeutiques, il ne peut remettre en cause ses décisions, et il ne peut le contrôler à la fois par ignorance et par crainte d'être mal soigné à l'avenir. Cette ambivalence joue fortement dans les milieux de faible concurrence où le personnel de santé est à la fois craint et soutenu malgré parfois des pratiques très critiquables – et critiquées sous couvert. La rationalité dans le contexte de la maladie n'est pas de mise et les ressorts psychologiques qui déterminent les rapports médecin-patient sont nombreux et complexes. Ne constate-t-on pas chez de nombreux malades la volonté de montrer à quel point on est en bons termes avec le médecin, de se rassurer par la volonté d'avoir droit à un privilège ? Par exemple, chez certains mutualistes, le fait de présenter la carte leur ferait acquérir le droit de passer avant d'autres patients.

Cette relation est souvent compliquée par une autre ambivalence qui est le rapport "fournisseur-client" qu'entretiennent certains personnels de santé avec leurs patients. Dans de nombreux pays d'Afrique, même dans le cadre des structures publiques, l'aspect pécuniaire préside la relation. Ce problème peut prendre différentes formes. Par exemple, certains médecins du public dirigent leurs patients vers leurs cabinets privés, ce qui entretient l'idée que l'on est mieux pris en charge dans les structures privées. Or les pratiques de ces cabinets privés souvent motivés par la recherche du gain et de la facilité favorisent certaines croyances ou préférences de la population en matière de soins qui sont rarement justifiées.

Prenons, à titre d'exemple, les perfusions. Souvent, ce type de prise en charge n'est pas objectivé par un diagnostic concret mais par des intérêts financiers à court terme (ça coûte plus cher au client) et à plus long terme (le patient est content). En effet, il est plus confortable et plus "sûr" de perfuser une personne que de lui prescrire des médicaments oraux dont on n'est pas sûr qu'elle les prendra correctement. La perfusion rapporte plus et le malade est soigné. Peu importent les conséquences à long terme pour les organismes payeurs. Les personnels de santé se réfugient souvent derrière cette "préférence" des patients, d'une part pour se dédouaner de leur responsabilité, et d'autre part pour se détacher des normes. Les patients sont largement complices de ces pratiques, car on peut gager qu'un médecin respectant les normes au détriment des "croyances" de ses patients se verra délaissé au profit même d'un aide-soignant incompetent mais empathique avec les malades.

Nous constatons ici que les différentes pressions psychologiques et l'appât du gain favorisent les déviations et constituent par conséquent des limites potentielles à l'application des normes, qui relèvent de la rationalité technique. Les conséquences pour les mutuelles sont donc, comme nous l'avons vu, la surtarification, la surprescription ou les trafics de diagnostics. Souvent, les agents de santé se justifient en argumentant qu'ils recherchent un maximum d'efficacité de la prise en charge (surprescription) ou par le fait qu'ils subissent "la pression" des mutualistes. En réalité, ce non-respect des normes cache des intérêts financiers comme l'augmentation du nombre d'actes ou le désir de vendre des médicaments de manière illicite pour les personnels du secteur public.

Par ailleurs, autant nous pouvons croire que les agents de santé se laissent influencer pour la qualité de la prise en charge (surtout quand les demandes du patient vont dans le sens de leur intérêt !), autant nous pouvons douter de leur incapacité à résister à la pression des mutualistes sur le trafic de diagnostic.

Nous l'avons dit, la conséquence la plus visible est une surconsommation médicale qui grève les budgets, entretient des déficits et met en cause la viabilité des mutuelles et donc leur solvabilité. À plus long terme, dans l'optique d'équilibrer les budgets par les recettes, c'est aussi la nécessité d'augmenter les cotisations qui est à craindre car elle aurait un impact négatif sur les adhésions et pourrait exclure des populations qui ont le plus besoin de solidarité pour bénéficier d'un accès aux soins. Si l'on n'y prend garde, la mutuelle comme moyen de solidarité peut donc perdre son sens sous la pression des contraintes financières d'équilibre.

Mais puisque le principal problème à régler pour éviter cette situation est celui du non-respect des normes médicales, il n'y a rien à craindre de la contractualisation. En effet, elle constitue justement un processus par lequel les deux parties s'engagent légalement à respecter ces normes.

IV. LA CONTRACTUALISATION COMME OUTIL POUR SECURISER LE PARTENARIAT

Par le respect des tarifs

Un des objectifs essentiels des négociations contractuelles est de parvenir à un accord sur les aspects tarifaires. Compte tenu de la diversité des prestations dont peuvent bénéficier les mutualistes et pour fixer leurs différentes modalités d'exécution, un contrat sur les tarifs est nécessaire.

Bien entendu, il est communément admis que la tarification est un des éléments les plus difficiles à maîtriser dans le processus de contractualisation : l'évaluation des prestations, l'adéquation du couple cotisations-prestations, la disponibilité des statistiques auprès des prestataires, ou l'adaptation à la capacité contributive des membres sont autant de défis à relever pour les mutuelles de santé. Leur principal intérêt, dans un souci de contrôle des coûts, est de négocier avec les prestataires de soins des tarifs préférentiels en privilégiant un système de tarification forfaitaire (tarif à l'épisode maladie ou au cas), le tarif à l'acte étant connu comme une méthode de paiement qui transfère le risque financier chez l'utilisateur⁴.

Mais malgré les difficultés qui peuvent survenir, si les études sont bien menées et si les conditions de négociation entre prestataires et mutuelles sont bonnes, le respect des tarifs ne devrait plus poser de problèmes. D'autant moins lorsque tout est écrit noir sur blanc dans un contrat que chaque partie s'est engagée à honorer.

Par le respect des normes

Le respect des normes médicales est une autre clause majeure qu'intègrent la plupart des contrats. Non seulement les prestataires, mais également les mutualistes, s'engagent sur cette voie.

Ainsi, du côté des formations sanitaires, elle se traduit par des dispositions contractuelles du type : rejeter systématiquement les cartes non-conformes, rationaliser les prescriptions, assurer la disponibilité des médicaments, accepter les audits, résister aux pressions éventuelles, etc. Du côté mutualiste, on peut trouver dans le contrat des engagements tels que : éviter les pressions sur les agents de santé (surconsommation), respecter les décisions thérapeutiques sans contestation, ne pas frauder, payer tous les frais non pris en charge par la mutuelle, tenir à jour et en ordre les cartes d'adhérents, etc.

Lorsqu'une mutuelle a les moyens de le faire (compétences techniques, mise à disposition d'informations par les structures sanitaires), il est également envisageable d'effectuer un inventaire des actes associés à telle ou telle pathologie et des produits nécessaires à une bonne prise en charge, pour aboutir à un accord portant sur la qualité des soins et sur les tarifs.

⁴ Un document concernant l'origine de la tarification ainsi que les avantages et inconvénients de ses différentes formes – dont la tarification forfaitaire – se trouve en annexe 2.

NB : Dans le deuxième chapitre, nous avons évoqué le rôle essentiel que peut jouer un facilitateur ou « interface », c'est-à-dire une tierce personne qui intervient en appui technique extérieur. Compte tenu de l'expertise nécessaire pour la connaissance des normes et la négociation de leur respect ainsi que l'élaboration des tarifs, il peut être intéressant de faire entrer les compétences médicales au sein des mutuelles. Par exemple, un médecin-conseil peut tout à fait jouer ce rôle car il dispose d'un savoir-faire qui l'aide à contrôler et auditer les deux structures. Il peut également appuyer les mutualistes dans leurs négociations avec les formations sanitaires car il bénéficie dans le monde médical d'une reconnaissance professionnelle et sociale qui favorise les négociations.

Par l'établissement de relations nouvelles

Pour deux structures qui traditionnellement fonctionnent de façon plus ou moins cloisonnée, le fait de rentrer en discussion et en négociation n'est pas anodin : il implique la reconnaissance de celui qui est en face comme un interlocuteur valable. Pour simple qu'elle paraisse, cette démarche n'est pas toujours évidente dans la réalité. Par exemple, il est parfois difficile pour une structure de soins de se débarrasser de son sentiment de supériorité et d'envisager la mutuelle, non plus comme un simple outil, mais comme un partenaire, une véritable force de proposition et de négociation pour améliorer l'offre. Le processus contractuel vient bouleverser les rapports habituels en permettant à chacun de mieux connaître et apprécier l'autre avec ce qu'il a à offrir.

Cet aspect peut être renforcé si le contrat prévoit des actions communes. Ainsi, les mutuelles qui peuvent s'associer aux prestataires pour des actions de promotion de la santé. Cette collaboration change peu à peu la nature de la relation entre les mutuelles et les formations sanitaires, mais également entre les mutualistes et les agents de santé. Les mutualistes ne sont plus perçus seulement comme des patients dérangeants pour cause de travail administratif supplémentaire ou de revendications diverses mais comme des partenaires potentiels sur lesquels on peut s'appuyer.

L'engagement dans un processus contractuel facilite une évolution positive des mentalités, il responsabilise les parties dès lors qu'elles se sentent impliquées et respectées. Et chacun sait que lorsqu'on parle d'égal à égal, on a moins tendance à rompre ses engagements ou à tenter de tirer la couverture à soi.

V. CONDITIONS DE L'EFFICACITE

À ce stade, il est nécessaire de souligner qu'afin que le contrat porte ses fruits – c'est-à-dire, en ce qui nous concerne ici, pour qu'il évite aux mutuelles de se retrouver dans une situation d'insolvabilité –, il faut que chaque co-contractant respecte ses engagements. C'est à cette seule condition que seront dégagés tous les bénéfices potentiels du contrat. Dans la théorie des jeux en économie, on parle d'un "jeu de coopération" qui produit un gain de coopération, c'est-à-dire un bénéfice qui n'existerait pas si les partenaires n'étaient pas liés par un contrat qui exige d'eux une collaboration.

Dans les faits, la collaboration entre deux acteurs n'est pas automatique. En effet, s'ils ne communiquent pas, aucune solution de coopération ne peut être trouvée. C'est ce qu'on appelle généralement le "dilemme du prisonnier"⁵. Il faut comprendre que lorsque le contrat est signé, les bénéfices ne sont pas encore produits : les partenaires échangent des promesses de comportement, et non des produits finis. Le contrat est par conséquent un instrument qui institue des clauses établissant la possibilité d'un comportement coopératif dans l'intérêt des deux parties.

⁵ Soient A et B deux prisonniers interrogés séparément par la police. À chacun des prisonniers, la police propose le marché suivant : si l'un avoue que l'autre est coupable, il a une remise de peine de un an et l'autre prendra 4 ans de prison. Si aucun des deux ne dénonce l'autre, ils n'ont pas de peine, faute de preuves. S'ils se dénoncent mutuellement ils prennent chacun deux ans. Du point de vue de chaque prisonnier pris individuellement, la meilleure stratégie est d'accuser l'autre afin de bénéficier de la remise de peine, ce qui signifie dans les faits que chacun écoperait d'un an de prison. Lorsqu'il n'y a pas de communication entre les deux prisonniers, il n'y a pas de coopération (le résultat est sous-optimal), alors que tous deux auraient avantage à se taire puisqu'ils seraient libérés. Pour que les deux parties bénéficient d'un résultat optimal, elles doivent communiquer et, en même temps, respecter l'accord convenu. Pour ce faire, il faut que l'accord soit formalisé et que son non-respect soit sanctionné.

Il constitue un mécanisme de coordination qui pousse les signataires à échanger les informations nécessaires à l'intérêt général.

En d'autres mots, chaque fois que des acteurs envisagent de collaborer, un contrat est nécessaire pour : coordonner les activités des partenaires, assurer la production de bénéfices, répartir les fruits de la coopération, et assurer que les promesses sont tenues. À ces fins, les parties sont obligées de se soumettre à des règles de comportement acceptées de part et d'autre. En instituant ces règles, le contrat établit la possibilité d'un comportement de coopération qui bénéficie à tous.

VI. QUELQUES AUTRES MECANISMES DE SAUVEGARDE DE LA SOLVABILITE

En dehors du contrat, il existe également des dispositions techniques et des stratégies pouvant renforcer le mouvement mutualiste, notamment dans le sens d'une plus grande consolidation financière.

Il y a, bien entendu, des actions internes aux mutuelles comme la limitation du nombre de prestations par bénéficiaire, le ticket modérateur, ou la franchise qui vont limiter les velléités de surconsommation de la part des mutualistes. Il faut aussi envisager la prise en compte de manière plus visible d'actions de prévention ou l'instauration de réserves obligatoires. Pour déceler les surprescriptions de la part des personnels de santé, un examen médical contradictoire sur pièce est nécessaire, il s'agit d'une étude de l'ordonnance qui peut être complétée par une consultation médicale si une lourde fraude est suspectée.

Parallèlement, des formes de collaboration et de solidarité entre les mutuelles peuvent être explorées. Parmi celles-ci, le fonds de garantie et la réassurance.

- *Le fonds de garantie* est un fonds alimenté par un réseau de mutuelles et auquel une mutuelle de santé en difficulté peut faire appel en sollicitant un crédit. L'intervention du fonds peut être conditionnée par l'acceptation de mesures de redressement. Par exemple, on peut exiger des aménagements sur la manière dont la mutuelle fonctionne et un plan avec des échéances pour le rétablissement des équilibres financiers. Les montants des contributions des mutuelles au fonds, les taux d'intérêt appliqués (s'il y en a), et le mode de fonctionnement sont déterminés par l'ensemble des mutuelles membres.
 - Avantages : le fonds de garantie soutient la mutuelle en cas de difficultés liées à la gestion du risque maladie pour honorer ses engagements, préserve les prestataires contre d'éventuelles difficultés engendrées par la non-solvabilité d'une mutuelle, et accompagne le développement des mutuelles.
- *La réassurance* constitue une technique de division des risques, car il est souhaitable pour une mutuelle d'éviter d'accepter un trop gros risque dont le coût ne pourrait pas être compensé par les cotisations. La réassurance est une opération par laquelle une société d'assurance s'assure elle-même auprès d'une autre société d'assurance pour une partie des risques qu'elle a pris en charge. Dans le cadre de la mutualité, plusieurs mutuelles peuvent mettre ensemble une structure qui offre des services de réassurance.
 - Avantages : La réassurance instaure une solidarité entre les mutuelles à un deuxième niveau, réduit l'insolvabilité des mutuelles, sécurise mutualistes et prestataires de soins, et garantit une meilleure gestion du risque maladie.

Il faut noter cependant que la mise en place de ces stratégies doit être le reflet d'un mouvement mutualiste assez développé, bien structuré et autonome.

VII. CONCLUSION

Nous venons de mettre en évidence que le non-respect des normes en matière de prescriptions médicales est une cause majeure de nombreux déficits des mutuelles. C'est un phénomène qui s'appuie sur des motivations économiques, sociales et psychologiques ; sa complexité impose de ne pas s'attaquer exclusivement aux symptômes (surprescriptions, trafics de diagnostic, etc.), mais de s'attaquer aussi directement à la source, en l'occurrence la relation médecin-patient et/ou prestataire-client. Rechercher le respect des normes constitue un objectif de changement social primordial pour les mutuelles : elle les inscrit dans la lutte pour une amélioration de la qualité des soins, et pas uniquement dans celle de l'accès aux soins.

La contractualisation, par les potentialités de négociation, de collaboration et de transformation des relations qu'elle présente, constitue un outil idéal pour favoriser le respect des normes et donc la viabilité financière des mutuelles. Elle est évidemment d'autant plus efficace si elle est combinée à d'autres mécanismes techniques de sauvegarde financière. Mais, contrairement à certaines idées reçues, elle ne représente en aucun cas un danger pour les formations sanitaires dès lors qu'elles sont prêtes à suivre les règles du jeu : communication, considération, transparence et respect des engagements.

Nous venons d'analyser l'une des craintes principales des prestataires de soins vis-à-vis des mutuelles de santé et nous avons découvert qu'ils n'accordent pas leur confiance de façon systématique. Dans ce chapitre, nous verrons que le problème se pose aussi dans l'autre sens : les patients en règle générale – et a fortiori les mutualistes – se font souvent une piètre idée des institutions sanitaires, particulièrement celles du secteur public. Dans de nombreux pays en développement, le taux de fréquentation des structures sanitaires est extrêmement bas, mais les obstacles financiers à l'accès aux soins n'expliquent qu'en partie ce phénomène. Une autre raison majeure de cette désaffection a trait à une mauvaise impression concernant la qualité des soins. La promotion d'un partenariat entre mutuelles et prestataires doit tenir compte de cette réalité. L'amélioration de la qualité des services de santé doit faire partie des priorités des structures mutualistes. En effet, quel serait l'intérêt de faciliter l'accès à des soins s'ils sont jugés insatisfaisants ? Le risque serait de voir baisser l'attrait des mutuelles et donc le nombre d'adhésions, ce qui mettrait en péril leur existence. La mutuelle de santé doit être capable de d'assurer à ses membres un suivi médical correct à tous les niveaux, la prestation offerte n'étant pas liée au montant de la cotisation. Nous allons examiner les principaux reproches formulés à l'égard des structures sanitaires et envisager dans quelle mesure l'approche contractuelle pourrait aider à résoudre les problèmes les plus récurrents. L'idée principale est de parvenir à une meilleure adéquation entre les prestations réelles et l'idée que les patients se font des soins de qualité.

I. LES REPROCHES

Parmi les différents griefs à l'encontre des formations sanitaires, nous trouvons :

- le détournement des patients vers l'activité privée des soignants, quelle que soit leur corporation (pratiques parallèles) ;
- la vente illicite de médicaments ;
- le rançonnement des patients ;
- l'usage informel du matériel public à des fins privées par le personnel soignant.

Ces pratiques sont liées au non-respect des normes médicales. Nous n'allons pas revenir sur ce thème puisqu'il a déjà été évoqué dans le chapitre précédent. Nous y avons expliqué comment la contractualisation pouvait remédier à des comportements préjudiciables de ce type.

Mais il existe d'autres reproches qui reviennent très régulièrement dans les plaintes des mutualistes. Entre autres :

- la faible considération pour les indigents, la lenteur des interventions, et une certaine brutalité dans le contact (mauvais accueil) ;
- le manque de compétence du personnel soignant ;
- les problèmes d'approvisionnement en médicaments sous nom générique (MEG).

Il est nécessaire de s'attaquer aussi à ces problèmes car ils touchent au concept de "qualité des soins" tel que perçu par les usagers. Les mutualistes ont certaines exigences en la matière qui sont la juste manifestation de leur droit (après exécution de leur devoir qui est la cotisation).

Si l'on s'intéresse à la perception des mutualistes, on découvre que les principaux critères d'appréciation de la qualité des services offerts – et, par conséquent, de l'efficacité de la mutuelle – sont justement : le bon accueil, l'efficacité des soins et la disponibilité des médicaments. L'amélioration des relations avec les prestataires passera donc inévitablement par des actions visant à la réalisation de ces trois objectifs. Voyons, dans ce sens, quel peut-être le rôle du contrat.

II. LE BON ACCUEIL

La notion de bon accueil recouvre différentes attitudes que devraient développer les agents de santé : une réception agréable et courtoise des patients à leur arrivée, une prise en compte rapide de leur présence et du motif de celle-ci, un comportement respectueux à leur égard et une bonne communication.

Dans les faits, on s'aperçoit que ces conditions ne sont pas souvent remplies. Nous trouvons à cela plusieurs explications dont le poids varie selon les situations : la crainte – souvent infondée, nous l'avons vu – de travailler avec des personnes indigentes (réputation de mauvais payeurs) ; le surcroît de travail administratif que représente la collaboration avec une mutuelle pour des agents déjà mal rémunérés et surchargés de travail ; la disparition des avantages financiers tirés des pratiques frauduleuses de certains ; ou encore la gestion de patients plus "exigeants"¹.

Cette attitude négative est très regrettable car elle nuit à l'image du secteur et renforce le sentiment de mauvaise qualité des soins. Face à ce problème, la contractualisation peut s'avérer utile en tant que facteur de changement. Les quelques réflexions qui suivent l'illustrent.

Un contrat synonyme de re-motivation

Rappelons que le fait de se lancer dans un processus de contractualisation implique nécessairement de se renseigner au maximum sur son futur partenaire. Or, si les agents de santé sont correctement informés sur les mutuelles de santé, il y a fort à parier qu'ils apprendront à ne plus les diaboliser. Ils pourront même mesurer les avantages qu'elles représentent en matière de mobilisation des ressources et se trouver re-motivés par la perspective d'un développement économique favorable qui pourrait avoir, à terme, des répercussions positives sur leurs salaires².

Un contrat synonyme de meilleures relations

La négociation d'un contrat impose l'existence d'une plate-forme de communication où chacun peut s'exprimer librement et définir ses engagements. Dans ce contexte d'échanges, les agents de santé sont amenés à reconsidérer leurs interlocuteurs mutualistes, qui prennent corps en tant que structures organisées, partenaires et collaborateurs potentiels. Cette nouvelle donne peut parfois initier un changement d'attitude. Les discussions avec des représentants de leurs "clients" peuvent leur faire prendre conscience de la nécessité d'intégrer à leur activité professionnelle l'environnement rationnel de leur poste de travail. En d'autres termes, ils appréhendent de façon plus concrète les interactions possibles avec leurs patients, ils intègrent leurs requêtes et peuvent ainsi mieux positionner leur activité, mieux concevoir leur travail, mieux le réaliser et mieux l'offrir.

Un contrat synonyme de valorisation personnelle et professionnelle

Dans le deuxième chapitre, nous avons fait remarquer à quel point les phases de préparation de la relation contractuelle peuvent s'avérer intellectuellement satisfaisantes pour ceux qui s'y impliquent ; il est généralement valorisant de créer, négocier, et rédiger un document utile sur lequel figure son nom. Il s'agit là d'un aspect positif qui mérite d'être à nouveau souligné. Mais nous nous souvenons également du fait que ceux qui ont à mettre en œuvre un contrat ne sont pas toujours ceux qui l'ont préparé. Dans ce cas, le contrat doit prévoir des mesures de suivi qui permettent aux parties de poursuivre le dialogue et de proposer des solutions d'amélioration en cours d'exécution. Les exécutants pourront alors se sentir également valorisés. Ces mesures sont essentielles car elles rompent l'isolement des agents de santé et reconnaissent en chacun d'eux un acteur de la vie institutionnelle. S'entendre répéter que l'attitude que l'on adopte est essentielle

¹ Notons que cette notion d'exigence se réfère à deux comportements possibles. Le premier s'avère positif : le patient est moins passif dans la gestion de sa santé, il a appris grâce à la mutuelle à identifier ses besoins et à faire valoir ses droits. Le second est plutôt négatif : le patient a mal intégré les principes mutualistes et se comporte comme si tout lui était dû, y compris des avantages inexistants. Par exemple, le droit de passer avant tout le monde (requête qui va à l'encontre du principe d'équité inscrit dans la majorité des politiques nationales de santé).

² Dans les faits, nous verrons que la contractualisation peut aussi représenter d'autres avantages, notamment au niveau des conditions de travail. Par exemple, lorsque l'État décide d'octroyer des primes aux formations sanitaires qui acceptent de travailler avec des structures mutualistes ; ou encore lorsque la structure d'appui à une mutuelle intervient pour stimuler la collaboration en fournissant certains équipements de base qui font défaut à la structure sanitaire.

au bon fonctionnement de tout un système est à la fois synonyme de responsabilisation et de valorisation professionnelle.

III. COMPETENCE, CONFIANCE, EFFICACITE

La compétence du personnel soignant est évidemment un élément majeur qui influe sur la confiance de la population. Cependant, il convient de faire remarquer que le terme "compétence" ne sera pas défini de la même manière par un patient ou par une personne appartenant au monde médical.

Par exemple, si l'on soulève la question des compétences avec un responsable du Ministère de la Santé, il aura tendance à l'aborder sous l'angle des ressources humaines et citera des problèmes comme le déséquilibre géographique des effectifs en défaveur des zones déshéritées, le manque de personnel spécialisé, la faible maîtrise de la mobilité interne et externe du personnel, etc. Il s'agit là de problèmes dont la résolution est essentiellement du ressort de l'État et contre lesquels la contractualisation ne peut pas vraiment lutter de façon directe.

Par contre, si l'on interroge des mutualistes sur ce qu'ils entendent par "manque de compétence", on se rend compte qu'ils se réfèrent plutôt à l'attitude des agents de santé qu'à des pénuries de personnel ou à des compétences techniques insatisfaisantes. La compréhension que les populations ont de la compétence va au-delà de la simple notion clinique ou médicale. Une bonne capacité d'écoute et de communication, une attitude respectueuse, patiente, bienveillante et honnête, ou le fait de prendre son temps lors d'une consultation sont des qualités qui mettent en confiance les patients ; ils y associent souvent la capacité de poser un bon diagnostic et de délivrer des prescriptions efficaces.

À nouveau, nous constatons que la motivation des agents de santé à la qualité de leurs relations interpersonnelles déterminent largement les rapports avec les patients et le fonctionnement des structures. À ce niveau, le contrat peut, bien entendu, jouer un rôle pour toutes les raisons que nous avons citées en parlant du bon accueil. Il ne faut cependant pas penser que le contrat a réponse à tout. Au-delà de sa fonction première, il intervient comme un adjuvant dans les relations : sa préparation, son élaboration et son exécution constituent autant d'opportunités de revoir et d'améliorer l'organisation du travail ainsi que le dialogue avec les mutualistes ; bref, de se remettre en question de façon constructive.

Nous remarquerons donc qu'il existe bien d'autres conditions d'efficacité et de qualité de la prise en charge d'un malade. En voici quelques exemples.

- *Une catégorisation des soins* (soins préventifs et promotionnels, soins curatifs, prise en charge des maladies chroniques).
- *Une spécialisation des soins* (soins administrés par des spécialistes – gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc. –, lunetterie, médicaments, soins hospitaliers).

→ Un contrat devrait fixer quelles sont les prestations prises en charge et selon quelles modalités (dans un premier temps, il s'agit souvent d'un paquet de prestations minimal qui concerne les soins de santé primaire et les affections les plus courantes dans la pathologie du milieu).

- *Un système intégré entre le premier et le deuxième échelon.* Ce point met en évidence l'importance du caractère continu des soins. Les soins donnés au niveau de la structure de premier contact doivent se poursuivre et l'élément référence ne saurait justifier une interruption des soins médicaux.

→ Certaines mutuelles ont passé des contrats avec des hôpitaux, cependant, la plupart des contrats ne concernent encore que des structures de soins du premier échelon. L'obligation pour ces structures de référer un mutualiste au niveau supérieur en cas de nécessité peut cependant figurer dans les clauses du contrat, le nom de l'établissement de référence peut même être cité.

- *L'organisation du transport.* Il faut veiller à ce que l'accessibilité géographique ne réduise pas l'efficacité opérationnelle de la prise en charge des patients.

→ Il existe plusieurs exemples de contrats qui prennent en compte le problème du transport. Mais eu égard à son coût généralement élevé et au risque de répercussions sur le montant des cotisations, ce point doit faire l'objet d'un consensus avec les mutualistes au moment de déterminer l'ensemble des éléments pris en charge par la mutuelle.

IV. MEDICAMENTS

Un autre reproche souvent formulé à l'égard des formations sanitaires concerne la non-disponibilité des médicaments. Cette plainte peut refléter différentes situations, chacune d'elles nécessitant une réponse adaptée.

La non-disponibilité de médicaments est réelle

Dans ce cas, nous l'avons vu, la collaboration avec une mutuelle permet d'accroître les ressources, et notamment d'acheter des médicaments. Dans certains cas, si ses ressources l'y autorisent, une mutuelle peut aussi déposer une caution pour alimenter les stocks et améliorer ainsi la disponibilité des médicaments. Il est également envisageable qu'une mutuelle passe elle-même ou incite une structure de soins à passer des contrats avec des pharmaciens ou des organisations comme des centrales d'achat de médicaments essentiels.

La rupture de médicaments est artificielle

Il s'agit ici d'une situation créée par des agents qui abusent leurs patients et tentent de leur vendre des médicaments de façon illicite. Ce phénomène, malheureusement très courant, s'avère nuisible à la fois à l'établissement de soins et à la structure mutualiste. Un contrat peut servir à lutter en partie contre ce trafic, dans la mesure où il pousse au respect des normes et modifie l'attitude des agents de santé. Certaines mutuelles qui en ont les moyens peuvent même décider d'octroyer des primes aux agents pour décourager ces pratiques.

Les médicaments disponibles ne sont pas les "bons"

Nous nous trouvons devant un problème lié à diverses croyances et préférences de la population en matière de soins qui sont rarement justifiées. Influencés par les pratiques de certains cabinets privés motivés par la recherche du profit, les malades ont tendance à croire que "plus c'est cher, meilleur c'est". Souvenons-nous de l'exemple des perfusions. La conséquence est le mépris infondé de certains médicaments de base. Il conviendrait donc, au niveau des mutuelles, de mieux expliquer l'effet de ces médicaments.

V. QUALITE DES SOINS ET RELATIONS AVEC LES PRESTATAIRES

De tout ce qui précède, nous pouvons déduire que les relations avec les prestataires, si elles ne sont pas toujours simples, doivent être perçues comme des efforts conjugués dans l'offre de soins. Il faut créer un partenariat actif qui contribue à l'amélioration de l'accès à des soins de santé de qualité pour les populations.

Dans cette optique, il faut que les aspects liés au fonctionnement de la mutuelle soient suivis en partenariat avec les prestataires. Le contrat peut prévoir que ces derniers fassent partie du conseil d'administration (CA) de la mutuelle. De même, les mutuelles de santé en tant qu'organisation doivent se doter d'instruments leur permettant de suivre efficacement toutes les prestations. La collaboration peut donc aller jusqu'à la représentation de la mutuelle à certaines instances de gestion de la structure sanitaire.

Lors des négociations contractuelles, on peut envisager les modalités de participation des mutuelles de santé au conseil d'administration des structures sanitaires. Dans les faits, un représentant de la mutuelle est désigné par le CA de la mutuelle ou par le bureau exécutif. Il doit, évidemment, avoir des connaissances de base sur le fonctionnement de la mutuelle de santé et le fonctionnement des structures de soins. Son rôle peut être défini comme suit : défendre les intérêts de la mutuelle de santé, rapporter les préoccupations de la mutuelle de santé au conseil d'administration et anticiper les éventuels problèmes pouvant se poser entre la mutuelle et l'hôpital.

VI. CONCLUSION

En guise de conclusion, énumérons quelques conditions cadre pour un partenariat efficace entre prestataires de soins et mutuelles de santé. La liste n'est pas exhaustive et reprend des thèmes évoqués dans ce chapitre mais aussi dans le précédent. Notons par ailleurs que plusieurs de ces thèmes font partie des éléments essentiels qui devraient être abordés par les partenaires dans leur arrangement contractuel.

DU POINT DE VUE DES PRESTATAIRES DE SOINS	DU POINT DE VUE DES MUTUELLES DE SANTE
<ul style="list-style-type: none">➤ Présence de ressources humaines variées et acquises à la cause des mutuelles de santé➤ Conscience du fait que l'accueil, la patience, ou l'écoute font partie intégrante de la démarche thérapeutique (prise en compte de la psychologie du malade)➤ Perception claire de la mutuelle à travers un bon système de communication➤ Existence d'infrastructures et d'équipements adéquats➤ Gestion transparente de la structure➤ Respect des normes et des prescriptions médicales (respect de la tarification, délivrance des factures pour les prestations réellement couvertes par la mutuelle, etc.)➤ Autorisation des audits extérieurs➤ Clarté dans l'identification des mutualistes à jour dans leurs cotisations➤ Disponibilité des médicaments➤ Prise en compte de la solvabilité de la mutuelle➤ Existence d'un système de référence efficace➤ Présence d'un représentant de la mutuelle au CA	<ul style="list-style-type: none">➤ Connaissance des droits et devoirs des mutualistes➤ Bonne conduite vis-à-vis des agents de santé➤ Liste des mutualistes à jour et non à jour➤ Respect du délai de remboursement des prestations➤ Mécanismes de sauvegarde de la solvabilité (fonds de garantie, etc.) et visant à garantir la pérennité de la mutuelle➤ Gestion démocratique et transparente➤ Respect de la pyramide sanitaire➤ Présence d'un représentant de la structure sanitaire au CA

Depuis le début de ce travail, nous avons parlé exclusivement des relations qui peuvent s'établir entre une mutuelle de santé et une structure de soins prises isolément. Nous avons décrit le processus contractuel, expliqué en quoi consiste un contrat et exposé les bénéfices que chacune des parties peut en tirer. Il nous semble nécessaire à présent d'aborder la contractualisation dans un cadre plus large. En effet, comme le constate Perrot¹, les expériences de terrain renvoient souvent à des arrangements contractuels ponctuels, issus d'initiatives ou de besoins locaux, mais qui ne s'inscrivent pas réellement dans une stratégie globale. Ainsi, très fréquemment, les arrangements contractuels restent encore des réponses *ad hoc*, au coup par coup et souvent fragmentaires à des liaisons qui s'établissent entre deux acteurs au gré des événements. Pour intéressante qu'elle soit, cette démarche reste réductrice. Ces arrangements contractuels spécifiques ne sont bien sûr pas à rejeter, mais leur influence demeurera marginale tant quantitativement qu'en termes de changement dans l'organisation du système de santé.

Si l'objectif général d'une démarche contractuelle est l'amélioration de la performance des systèmes de santé, alors l'intérêt individuel des partenaires doit être transcendé par un intérêt général et collectif. En harmonisant les pratiques contractuelles, ne disposerait-on pas d'un outil stratégique susceptible d'avoir un réel impact au niveau national ? Tel est bien là le véritable enjeu de la contractualisation. Ce passage d'une approche pragmatique à une approche systémique entraîne la définition d'un cadre de référence. Ainsi, l'arrangement contractuel ne sera plus un acte isolé répondant à un besoin particulier, il s'inscrira dans un cadre cohérent dont il tirera toute sa force.

I. LES RISQUES D'UNE APPROCHE FRAGMENTAIRE

Dans le cas des petites institutions de financement comme les mutuelles de santé, il y a un risque d'approche *ad hoc* et fragmentaire. En effet, les structures mutualistes qui se développent à l'heure actuelle en Afrique sont nombreuses et variées. Au sein d'un même pays, les initiatives sont diverses. Et même si l'objectif d'un meilleur accès à des soins de qualité leur est commun, les mutuelles existantes ne fonctionnent pas toutes de la même manière et ne s'adressent pas forcément au même public. Par ailleurs, elles bénéficient souvent du soutien (technique, financier) de structures d'appui nationales ou internationales qui ont chacune leur propre vision de la mutualité. Dans ce contexte, il est probable que chaque mutuelle prépare et signe sa propre convention, ce qui présente plusieurs inconvénients :

- *Le montant élevé des coûts de transaction.* Il faut à chaque cas "réinventer la roue", c'est-à-dire conduire des négociations longues et parfois difficiles, réécrire le contrat. Toutes ces tâches prennent du temps et demandent des moyens : les coûts de transaction risquent de l'emporter sur les bénéfices de la relation contractuelle.
- *La lourdeur de la gestion par le système de santé.* Au niveau d'un district ou d'une région sanitaire, on peut se retrouver avec autant de conventions qu'il y a de schémas de financement (micro-assurance santé X, mutuelle Y, mutuelle Z, etc). L'équipe de santé va devoir gérer toutes ces conventions à chacune de leur phase : préparation, signature, exécution, suivi et évaluation.
- *Le manque d'harmonisation.* La diversité des conventions risque d'aboutir à des disparités telles que les populations ne seront pas traitées de la même manière selon le lieu où elles habitent.

Pour toutes ces raisons, il est souhaitable de ne pas laisser se développer par trop ces approches, et d'adopter une démarche plus globale. Définir un cadre opérationnel devient alors une stratégie.

¹ Réflexions issues du texte : "Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé " (Draft).

II. LA POLITIQUE CONTRACTUELLE COMME CADRE OPÉRATIONNEL

Dans un premier temps, il convient de définir le cadre des relations contractuelles. Le moyen le plus sûr est la mise au point d'une politique contractuelle.

Une politique contractuelle a pour but de définir les relations entre des acteurs :

- elle définit la place du contrat dans les relations entre les acteurs œuvrant dans le domaine,
- elle pose les principes et les objectifs des relations contractuelles,
- elle détermine les priorités et les actions "contractualisables",
- elle peut proposer des types de contrats préférentiels,
- elle fixe un certain nombre de règles du jeu (par exemple, les modalités d'enregistrement des contrats),
- elle permet un encadrement et une harmonisation des pratiques contractuelles (ce qui évite les incoordinations découlant d'une juxtaposition d'arrangements contractuels spécifiques).

Une politique contractuelle peut s'exprimer de diverses manières :

Politiques contractuelles nationales

Sous la conduite de l'État, et avec une collaboration plus ou moins grande des autres acteurs de la santé, sont élaborés des documents qui définissent les politiques contractuelles pour le pays. Le statut de ces documents peut aller d'une simple déclaration de politique qui ne s'impose pas aux acteurs de la santé à des textes de lois ou des règlements coercitifs. Mais dans tous les cas, l'approche est unilatérale : c'est l'État qui, dans sa fonction régalienne, fixe le cadre dans lequel les acteurs devront se situer.

Conventions-cadre ou accords-cadre

Un accord-cadre est un accord entre partenaires sociaux servant de modèle à des accords ultérieurs plus détaillés². Il s'agit d'un document élaboré par des acteurs : il est le résultat d'une négociation entre des acteurs et s'appliquera par conséquent à ceux qui l'ont élaboré.

L'élaboration d'une politique contractuelle demande néanmoins une certaine organisation qui n'est à la portée ni des formations sanitaires ni des mutuelles de santé prises isolément. A ce stade, deux acteurs majeurs doivent intervenir :

- *le Ministère de la Santé*

Dans sa fonction d'administration générale, il doit être en mesure de conduire l'élaboration de ce cadre opérationnel et de le faire endosser par les différents acteurs. Nous verrons dans le chapitre suivant consacré au rôle de l'État quelles sont, outre l'élaboration d'une politique contractuelle, les différentes mesures qui pourront favoriser la contractualisation.

- *les fédérations de mutuelles et les réseaux de prestataires*

Le maillage des organisations fait souvent référence à l'adhésion des unités de base à des systèmes situés à un niveau plus élevé. Aux niveaux régional et national, les mutuelles de santé comme les prestataires de soins ont un intérêt certain à se regrouper et à s'organiser en fédérations.

Concernant la définition de politiques contractuelles et l'élaboration de conventions-cadre, des instances telles que des fédérations seront en mesure de créer, en concertation avec le Ministère de la Santé, la structure opérationnelle qui guidera ensuite l'élaboration de chacun des contrats³.

² Dictionnaire Larousse 1998.

Mais les avantages d'un regroupement sont également substantiels à d'autres points de vue, notamment pour les mutuelles. Ainsi, en s'associant sous forme de fédérations, les mutuelles ont la possibilité de mettre en commun certains de leurs moyens pour assumer des tâches qu'elles sont incapables d'assurer seules. Citons quelques avantages.

- L'organisation en réseau peut donner à des mutuelles les capacités de couvrir à moindre frais des risques plus coûteux.
- Un réseau de mutuelles peut alimenter un fonds de garantie, c'est-à-dire un fonds auquel une mutuelle en difficulté peut faire appel en sollicitant un crédit.
- Souvenons-nous du rôle essentiel que peut jouer un "interface" (facilitateur) dans l'appui technique et l'accompagnement des relations contractuelles avec l'offre de soins. Pour s'assurer les services d'un professionnel capable de remplir au mieux la fonction d'interface, il faut des moyens. Cette compétence a un coût qui ne peut pas toujours être assuré par une mutuelle isolée. D'où l'intérêt de l'existence d'un réseau de mutuelles.
- Il est souvent plus facile et plus efficace pour un partenaire au développement d'apporter un appui technique au niveau d'une fédération qu'au niveau de chaque mutuelle.
- Sur le plan international, l'existence de fédérations organisées et actives peut contribuer au partage d'expériences.

Après cette parenthèse sur le rôle capital des fédérations de mutuelles, revenons au thème qui nous préoccupe dans ce chapitre : l'élaboration de politiques contractuelles. Voyons quelles sont les différentes stratégies possibles pour les mettre en place.

III. UNE POLITIQUE CONTRACTUELLE, DEUX STRATEGIES

Une fois admise la nécessaire articulation entre arrangements contractuels spécifiques et politique contractuelle, il faut s'interroger sur la stratégie qui conduit à cette situation. Deux approches sont possibles.

- *L'approche de type "top-down"* consiste à poser d'abord la politique contractuelle et à la décliner ensuite en arrangements contractuels spécifiques. Cette stratégie est sans doute cohérente et cartésienne, mais elle n'est pas toujours efficace : la politique risque d'être établie *ex nihilo*.
- *L'approche de type "bottom-up"* consiste plutôt à laisser se développer des expériences spécifiques et, au vu de leurs évaluations successives, à consolider progressivement des politiques contractuelles de plus en plus larges.

Certains pays ont fait le choix de définir une politique contractuelle avant de mettre en œuvre une expérimentation à large échelle ; d'autres, plus nombreux, préfèrent développer des expériences avant d'ériger une politique contractuelle. Les deux stratégies présentent des avantages et des inconvénients, aussi convient-il de mettre en place une dynamique plutôt que de chercher à imposer l'une plutôt que l'autre. Mais l'on s'accorde en général pour reconnaître qu'un développement incontrôlé des arrangements contractuels spécifiques conduit à une désorganisation des services de santé. Il est important pour les systèmes mutualistes d'entrer en relations contractuelles avec l'offre de soins, mais il est surtout nécessaire de placer ces relations contractuelles non pas au niveau de chaque mutuelle mais dans un cadre défini au niveau national.

³ Selon Jean PERROT (*Les nécessaires relations entre les institutions d'assurance santé et l'offre de services de santé*, OMS/FOH), une convention cadre peut être entendue de deux façons. Soit mutuelles et prestataires établissent entre eux une convention-cadre qui fixera les grandes orientations et les principales règles du jeu de leurs relations ; cette convention-cadre sera suivie d'autant de contrats spécifiques que nécessaire pour régler les relations entre deux entités. La convention-cadre détermine le cadre dans lequel des contrats spécifiques peuvent être négociés. Cette démarche présente les avantages d'une part d'harmoniser les pratiques contractuelles et d'autre part de faciliter les négociations. Cette liberté encadrée laisse une grande marge d'adaptation aux réalités tout en préservant une harmonisation des pratiques. Soit, dans un autre cas de figure, mutuelles et prestataires établissent une convention-cadre qui fixe les modalités contractuelles auxquelles les acteurs ont le choix d'adhérer ou non. La convention-cadre est alors synonyme d'un contrat d'adhésion tant pour les mutuelles que pour les prestataires. Concrètement, il n'est plus besoin d'établir un contrat spécifique mais simplement d'indiquer que l'on reconnaît la convention-cadre comme le contrat liant deux entités. Une telle convention-cadre se doit d'être aussi explicite que possible afin de prévoir toutes les situations.

Dans notre introduction, nous avons fait remarquer que l'évolution récente de l'organisation des systèmes de santé se caractérise par des recompositions en profondeur qui s'inscrivent dans deux directions : une diversification des acteurs impliqués dans le champ de la santé et une plus grande séparation des fonctions. Cet environnement de plus en plus complexe favorise l'émergence d'interactions multiples entre les nouveaux acteurs. Ils associent parfois l'État à leurs démarches, mais agissent de plus en plus fréquemment sans lui. L'État est en général conscient des limites de son implication directe. Il mesure l'importance de l'action de tous les autres acteurs, qu'ils relèvent du secteur public, des collectivités territoriales décentralisées, des différents secteurs privés, ou même des populations. Cependant, lorsque ces acteurs vont chercher à formaliser leurs relations au travers d'arrangements contractuels afin de se prémunir face à leurs engagements, L'État peut-il (doit-il) laisser faire ? Parce que la santé est un bien qui engage l'intérêt général, il ne le peut pas et ne le doit pas.

Dans ce chapitre¹, nous allons décrire quels sont les moyens d'intervention de l'État pour favoriser un développement harmonieux des relations contractuelles entre mutuelles de santé et prestataires de soins. Nous tenons à souligner que l'action de l'État ne doit jamais remettre en cause le principe d'indépendance des mutuelles de santé. Il a cependant un rôle à jouer puisque sa mission est de préserver les populations contre tout abus et de s'assurer de la performance du système de santé, à savoir permettre une offre de soins efficace, équitable et respectant les attentes des populations. Par conséquent, il faut un État fort, mais dont les fonctions sont davantage celles d'un pilotage de l'intérêt général. Comme l'indique l'OMS dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant* : l'État doit davantage s'attacher "à tenir la barre qu'à ramer".

I. L'ÉTAT ACTEUR DES RELATIONS CONTRACTUELLES

Sans être directement partie prenante d'une relation contractuelle, l'État peut s'en porter garant. Prenons l'exemple d'une mutuelle de santé qui signe un contrat avec un centre de santé appartenant à une ONG. Cette relation contractuelle n'implique pas directement l'État et pourtant ce dernier peut ne pas être indifférent. En effet, afin de montrer aux populations que cet arrangement contractuel s'inscrit dans la logique de sa politique nationale de santé et qu'il joue en leur faveur, l'État peut apporter sa **caution, labelliser**² cette relation contractuelle. Concrètement, l'État sera co-signataire de la relation contractuelle mais pas au même titre que les protagonistes. L'État ne s'immiscera pas dans la relation contractuelle et ne pourra être tenu responsable de la non atteinte des objectifs, mais il pourra intervenir à tout moment, notamment en retirant sa caution.

II. L'ÉTAT REGULATEUR/ACCOMPAGNEUR DES RELATIONS CONTRACTUELLES

Élaboration d'un cadre législatif et réglementaire

Aujourd'hui, à défaut d'une législation propre, la plupart des mutuelles de santé sont régies par la loi sur les associations. Pour remédier à ce problème, l'État doit tout d'abord élaborer un cadre législatif et réglementaire spécifique. Il s'agit d'un élément essentiel pour la mise en place et le développement d'un régime puisqu'il fixe dans la loi la possibilité de son existence. Pour les

¹ Les thèmes abordés ici se rapportent aux analyses d'Alain LETOURMY (*État et assurance maladie dans les pays africains. Communication aux XXVIèmes Journées des Économistes français de la santé*, 2003) et de Jean PERROT (*Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé*, Draft), mais également à des réflexions générales formulées dans le rapport "Développement des mutuelles de santé : Rôles et places des acteurs dans les relations avec les prestataires de soins ?" (LOUVAIN DEVELOPPEMENT, PROMUSAF 2002).

² Un label est la reconnaissance de la qualité de la prestation offerte par un acteur ou de la qualité d'un contrat entre deux acteurs, mais l'État s'engage à ne pas se substituer en cas de défaillance de l'un des acteurs.

systèmes mutualistes, le cadre législatif et réglementaire doit être à même de protéger la structure et, par conséquent, ses adhérents. Il peut renvoyer à des dispositions particulières organisées, par exemple, sous la forme d'un code de la mutualité.

L'élaboration d'une loi sur les mutuelles de santé fournira un cadre institutionnel qui protégera les populations contre toute tentative d'abus de confiance et aidera à limiter les cas de faillite et de déception des mutualistes. Il permettra en outre une meilleure organisation du secteur, une plus grande transparence dans la gestion et une mise au point de produits de santé réalistes grâce à des études de faisabilité bien réalisées. Des questions comme l'agrément des organismes gestionnaires et leur immatriculation, la viabilité financière du régime, les obligations d'information des adhérents ou les comptes-rendus aux pouvoirs publics ne sont définies systématiquement que dans ce cadre, ce qui indique bien le caractère stratégique de cette fonction régaliennne de fixation du Droit dans ce domaine.

Par ailleurs, la promulgation de textes juridiques est en soi un élément de promotion des régimes mutualistes. L'existence d'un cadre institutionnel clair qui reconnaît et précise le rôle des mutuelles dans la définition et la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé est la manifestation la plus directe de la volonté d'encourager le mouvement.

Mais au-delà, l'État doit également définir le cadre des relations que vont nouer les mutuelles avec leurs partenaires par la mise au point d'une politique contractuelle³. Il faut que le cadre législatif et réglementaire créé comporte toutes les mesures qui facilitent les contacts entre organismes mutualistes et structures de soins et définisse les modalités de leur collaboration. Il devra, par exemple, garantir que les textes juridiques du pays permettent la contractualisation ou fixer certains droits et obligations des parties, évitant ainsi que la démarche contractuelle mise en œuvre entre deux acteurs se développe de façon incohérente et au détriment de l'un d'entre eux.

Création d'un système d'information

Il est de la responsabilité de l'État de mettre en place un système performant d'information sur les relations contractuelles. Ce système d'information peut comprendre plusieurs éléments tels que :

- l'enregistrement des contrats – puisque les contrats concernent ce bien particulier qu'est la santé, l'État doit au minimum avoir copie de tous les contrats passés entre les acteurs de la santé,
- l'analyse des contrats – à l'instar de toute source d'information, l'État doit procéder à une analyse statistique des contrats (nombre de contrats passés dans le pays, acteurs impliqués, volume financier concerné, type de contrats, etc)⁴.

Mise en place d'un système de contrôle

L'État peut exercer un contrôle des relations contractuelles établies entre des acteurs. Sans s'immiscer dans la mise en œuvre des contrats, l'État peut néanmoins s'assurer que cette mise en œuvre se déroule comme prévu et au bénéfice de l'ensemble des parties, y compris les populations concernées. De toute façon, l'État a en général un droit de regard global sur les régimes auxquels l'autorisation de fonctionner a été donnée, en référence aux textes législatifs et réglementaires qui les régissent. La tutelle de l'État peut néanmoins être plus ou moins étendue. Au minimum, il s'agit de vérifier a priori la viabilité du système et la conformité de sa configuration et de son fonctionnement par rapport aux textes. Cette procédure tutélaire se concrétise au moment de donner l'agrément au régime. Mais il s'agit ensuite de vérifier que les engagements pris à l'égard des assurés sont tenus et que la gestion du régime est conforme aux normes légales. La tutelle prend alors la forme de procédures de règlement du contentieux et de contrôle *a posteriori*.

³ Cf. chapitre 6, point II : La politique contractuelle comme cadre opérationnel

⁴ Cette analyse doit idéalement être introduite dans le système national d'information, ce qui n'est que très rarement le cas aujourd'hui.

Création d'un environnement sanitaire favorable

L'État peut intervenir de plusieurs manières et sur différents paramètres afin de créer un environnement sanitaire favorable au développement des initiatives mutualistes et de la contractualisation.

➤ Qualité des services

Si la qualité des services de santé n'est pas une garantie suffisante pour le bon fonctionnement d'une mutuelle, elle en est une condition quasiment nécessaire. Or, si l'on a besoin de structures de soins de qualité pour lancer une mutuelle, il ne peut y avoir d'offre de qualité sans une demande solvable, à laquelle contribue une mutuelle de santé. L'État doit donc faire tout ce qui est en son pouvoir et lutter en permanence pour une amélioration de la qualité des services de santé offerts (création de structures, meilleure gestion des ressources humaines, revalorisation des budgets alloués à la santé, approvisionnement en MEG, développement du plateau technique, etc).

➤ Statut des formations sanitaires

Les formations sanitaires doivent disposer d'un statut qui leur donne une certaine autonomie. En effet, lorsqu'une négociation de contrat se déroule avec une structure, mais que celle-ci n'est pas dotée d'une personnalité juridique spécifique, elle n'est pas habilitée à signer le document final et doit passer par les instances administratives du Ministère de la Santé. En dotant les formations sanitaires d'une personnalité juridique, l'État donne la responsabilité aux prestataires et non aux services administratifs.

Intervention auprès des professionnels du secteur public des soins

Un apport essentiel de l'État consiste à plaider en faveur des mutuelles de santé auprès des professionnels du secteur public des soins. Alors que ces derniers peuvent refuser les exigences d'une mutuelle puisqu'elle est de statut privé, l'État peut appuyer la mutuelle lorsque ses exigences vont dans le sens de la politique qu'il veut mettre en œuvre au sein des formations publiques. L'exemple type est celui de l'intermédiation de l'État entre les mutuelles et les agents des formations publiques qui refusent de respecter la tarification négociée ou d'atteindre le niveau de qualité des services que les mutualistes attendent.

Conseil et appui technique

L'État peut également jouer un rôle de conseil dans les relations contractuelles, en favorisant l'information et la formation des acteurs locaux, mais aussi en permettant un appui technique lors des phases de négociation et d'élaboration des contrats. L'État ne fournit pas lui-même l'appui technique, mais peut reconnaître la compétence d'organismes nationaux ou locaux pouvant intervenir comme « interface » dans le processus de contractualisation.

Promotion de la mutualité.

L'implication de l'État se situe enfin au niveau de la promotion de la mutualité. Bien entendu, il ne faut pas confondre la promotion des mutuelles de santé et la promotion de la mutualité. De plus en plus, il est reconnu que l'État, et plus particulièrement le Ministère de la Santé, n'a pas vocation à mettre en place des mutuelles de santé ni à gérer le développement du monde mutualiste⁵. Par contre, il est du rôle de l'État de contribuer à la promotion de la mutualité.

⁵ Il est des domaines où l'interventionnisme étatique est contestable. En effet, s'il n'est pas systématiquement négatif, l'activisme de l'État a parfois des effets pervers. Comme l'explique Letourmy dans "*État et assurance maladie dans les pays africains*" (2003) : "Lorsque l'État s'investit dans la promotion et le montage des mutuelles, il tient un rôle qui revient en principe à des personnes issues de la société civile. Ce faisant, il n'encourage pas les vocations et fait de la création des mutuelles une affaire d'État. Le problème est qu'il y a là un enjeu d'une autre nature : la disposition à cotiser des populations. Celle-ci est rarement accrue par la présence de fonctionnaires au niveau de la promotion et de la création des régimes. Plus généralement, si la population a, comme on le dira plus loin, des attentes à l'égard de l'État, elle est extrêmement méfiante si elle sent que des agents publics ont une responsabilité dans l'organisation de flux monétaires."

III. LES INCITATIONS

L'État peut également favoriser les relations contractuelles au moyen d'incitations. Celles-ci agiront sur la prise de décision des acteurs en les amenant à reconsidérer leurs intérêts à se lancer dans une démarche de contractualisation.

Le Ministère de la Santé peut ainsi décider de lier l'attribution d'une prime, d'une subvention ou d'une exonération fiscale, à la signature d'arrangements contractuels⁶. Dans le même ordre d'idées, pour les mutuelles, les cotisations ne doivent jamais être taxées, ce qui permet de fournir le service à un prix moindre. Cette démarche correspond à la reconnaissance de l'utilité publique des mutuelles et consiste à leur donner un avantage qui est en même temps un manque à gagner pour l'État.

Les incitations qu'un Ministère de la Santé peut utiliser sont essentiellement d'ordre financier. Cependant, il peut aussi mobiliser d'autres instruments. Rappelons, par exemple, l'octroi d'un label qui consiste à donner sa reconnaissance à un contrat entre des acteurs.

⁶ Ceci à condition qu'elles ne déséquilibrent pas trop fortement les relations entre les acteurs.

I. SITUATION GEOGRAPHIQUE

Située en Afrique occidentale sur le Golfe du Bénin, la République du Bénin s'étend de l'Océan Atlantique au fleuve Niger sur une longueur de 700 km et une largeur de 125 km sur la côte. Elle couvre une superficie de 114 763 km², ce qui représente environ 0,37% de la superficie du continent africain. Elle est limitée au Nord par le Niger, au Nord-Ouest par le Burkina-Faso, à l'Est par le Nigeria, à l'Ouest par le Togo et au Sud par l'Océan Atlantique¹.

Son relief est peu accidenté et on dénombre trois principales zones climatiques : un climat subéquatorial au Sud, tropical semi-humide au Centre et tropical humide au Nord. La végétation est constituée d'un ensemble de mangroves, jachères arbustives, îlots de forêts semi-décidues, savane arbustive, arborée et d'une galerie forestière.

Ce climat chaud et humide est favorable à la prolifération de certains vecteurs (mouches, moustiques, rats, etc) et explique l'endémicité et l'éclosion périodique des maladies infectieuses et parasitaires.

II. DEMOGRAPHIE

La population béninoise est estimée à 6 769 914 habitants (en 2002), dont 46,8% ont moins de 15 ans. Les moins de 5 ans (population vulnérable) constituent à eux seuls 18% de la population totale.

La croissance démographique est élevée (2,8% en 2002) et la population double tous les 25 ans. Cette tendance, qui risque de perdurer, constitue une contrainte pour le développement des services de santé.

La population béninoise est inégalement répartie sur le territoire national qui comporte de vastes étendues peu habitées au Nord tandis que les zones du Sud sont surpeuplées. La population rurale, qui représente aujourd'hui 60% de la population totale, est en constante diminution au profit de la population urbaine. Cette répartition spatiale a aussi une influence sur la disponibilité (offre et demande) des soins au Bénin.

III. SYSTEME POLITIQUE

Après dix-huit ans de régime marxiste-léniniste, le Bénin s'est engagé depuis 1990 dans la voie de la démocratisation et du libéralisme économique. Des élections libres ont lieu en 1991, en 1996, et en 2001. La dévaluation du Franc CFA (FCFA) en 1994 lui fait perdre la moitié de sa valeur, mais la croissance économique se confirme à plus de 5%. Des progrès importants sont réalisés dans la mise en œuvre des politiques sociales dans les domaines de la santé, l'éducation et les droits de l'enfant. Actuellement, le Bénin est en train de procéder à différentes réformes, notamment :

- la réforme territoriale fondée sur la décentralisation et la participation communautaire ;
- la réforme économique ayant pour corollaire la réforme budgétaire dont l'objectif est la pertinence et la performance dans la gestion des ressources financières ;

¹ Une carte de la République du Bénin avec ses principales villes se trouve en annexe 1.

- la mise en œuvre des zones sanitaires (5ZS) qui participe de la concrétisation de la décentralisation dans le secteur de la santé.

IV. SITUATION ECONOMIQUE

L'économie du Bénin est basée sur l'agriculture qui occupe 56% de la population active. L'élevage et la pêche sont pratiqués de façon artisanale et couvrent environ 60% des besoins de la population. L'industrie locale est embryonnaire. La balance commerciale est globalement déficitaire.

Les difficultés financières et économiques ont conduit le pays aux réformes structurelles et le troisième Plan d'Ajustement Structurel est actuellement en cours de réalisation.

Si le taux de croissance économique est légèrement supérieur au taux de croissance démographique, l'écart moyen ne permet pas une amélioration substantielle des conditions de vie des populations. Ceci explique, en partie, la faible accessibilité financière des populations aux soins de santé.

V. ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Depuis la réforme de janvier 1999, le territoire national de la République du Bénin est découpé en douze Départements dénommés : Alibori, Atacora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau et Zou. Ces douze Départements sont les seuls cadres territoriaux où s'effectue la représentation de l'État.

Le Département, divisé en Communes, est dirigé par le Préfet. La réforme engagée établit un seul niveau de décentralisation, c'est à dire une seule catégorie de collectivité locale qui est la Commune.

NOUVELLE LOI N° 97-028 DU 15 JANVIER 1999		
CADRES TERRITORIAUX	AUTORITES	NOMBRE
Département	Préfet	12
Commune	Maire	74
Commune à statut particulier	Maire	3
Arrondissement	Chef d'Arrondissement Conseil d'arrondissement	546
Village / Quartier de ville	Chef de village / Quartier Conseils de Village / Quartier	3 557

SITUATION SANITAIRE

La République du Bénin est classée parmi les pays les plus pauvres de la planète. De ce fait, la vie sociale des populations béninoises est caractérisée par une précarité globale qui touche à maints domaines, dont celui de la santé. La santé est déterminée par plusieurs facteurs endogènes (biologiques) et exogènes (environnement politique, social, économique, culturel,...). Elle est donc déterminante dans le bien-être et fondamentale dans la capacité productive de la population.

Au Bénin, l'interaction entre les autres domaines de la vie et la santé se traduit par la dominance du phénomène général de la pauvreté caractérisé par :

- un faible pouvoir d'achat des populations ;
- une inégalité d'accès physique aux soins de santé en raison de l'inégalité de la répartition des infrastructures et du personnel qualifié ;
- une insécurité alimentaire pour un nombre croissant d'individus ;
- un habitat souvent insalubre avec une promiscuité néfaste, des ordures et des excréments ;
- un approvisionnement insuffisant en eau potable ;
- une hygiène publique et personnelle inadéquate ;
- une absence des mesures de protection de l'environnement ;
- un faible taux d'alphabétisation et un niveau insuffisant d'instruction des filles ;
- des comportements défavorables à la santé (tabous alimentaires, forte fécondité,...).

Depuis plusieurs décennies, des efforts sont fournis par les gouvernants qui mettent l'accent sur le bien-être social et souhaitent assurer : une meilleure disponibilité des services (construction des centres de santé, recrutement et redéploiement du personnel de santé, diversification des prestations, etc.) ; des soins de santé de qualité ; de l'eau potable, de l'électricité et un habitat sain pour tous ; un cadre de vie sain ; et un système éducatif efficace et performant. Ces efforts sont renforcés par les initiatives privées des associations caritatives, des ONG nationales et de la coopération internationale.

En matière de santé, la politique des soins de santé primaire, adoptée à Alma Ata en 1978, a pris une forme opérationnelle avec l'Initiative de Bamako (1987) qui préconise, entre autres, le financement communautaire comme un pilier essentiel. Plus de dix ans après l'expérimentation de l'initiative de Bamako, ses limites apparaissent de plus en plus. Il faut aujourd'hui expérimenter sur le terrain de la santé une nouvelle gestion des formes de solidarité préexistantes, notamment concernant le coût des soins. Dans ce contexte, la mutuelle de santé constitue une solution alternative.

Dans les paragraphes qui suivent, nous allons illustrer brièvement par quelques chiffres la situation sanitaire du Bénin, décrire la structure du système de santé national et enfin examiner le contexte d'émergence des mutuelles de santé.

I. QUELQUES CHIFFRES

➤ **Indicateurs de base** pour l'année 2002.

TAUX DE FECONDITE GLOBAL	ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE (ANNEES)	PROBABILITE DE DECES (‰) AVANT 5 ANS		PROBABILITE DE DECES (‰) ENTRE 15 ET 60 ANS	
		HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
5,7	51,2	166	158	424	360

Source : Rapport sur la santé dans le monde 2003, OMS.

- Au sein de la population, les **affections endémo-épidémiques** dominent les pathologies fréquemment relevées. Les six principales affections relevées en consultation dans les formations sanitaires¹ en 2000 par ordre décroissant sont :

Paludisme	35 %
Infections respiratoires aiguës	17 %
Affections gastro-intestinales	9 %
Diarrhées	6 %
Traumatismes	6 %
Anémies	4 %

Ces affections représentent 77% des cas déclarés au sein de la population générale alors qu'elles font 85% chez les enfants âgés de moins de 5 ans.

- Les **Infections Sexuellement Transmissibles** (IST) et le **VIH SIDA** sont en constante progression et demeurent une menace permanente pour la santé des populations. En 2000, l'incidence moyenne des IST est de 3,2‰ et le taux de prévalence général du VIH SIDA est de 4,1%.
- La **tuberculose** reste un problème de santé publique. En 2000, son incidence est de 37 pour 100 000 habitants. Elle doit faire l'objet d'autant plus de surveillance qu'elle se révèle être la première affection opportuniste qui se greffe sur le sida.
- La **couverture en infrastructures sanitaires** (toutes catégories confondues à divers échelons de la pyramide sanitaire) a connu une nette amélioration avec un taux de 80% en 2001. Mais en dépit de cette amélioration, beaucoup de centres manquent encore de certains modules pour être conformes aux normes et standards.
- En 2000, le **taux de fréquentation des services de santé** (publics et parapublics) est toujours bas puisqu'il reste au niveau de 1997, soit 34%. Les raisons évoquées pour expliquer cette désaffection ont principalement trait à l'accessibilité financière et au mauvais accueil.

II. SYSTEME DE SANTE

Au Bénin, le système de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage administratif. Il comprend trois niveaux différents que sont :

Le niveau central ou national

Il s'agit du **Ministère de la Santé Publique (MSP)**. Il est chargé de mettre en œuvre la politique définie par le Gouvernement en matière de santé. Dans ce cadre, il initie l'action sanitaire, en planifie l'organisation, coordonne et contrôle la mise en œuvre des activités qui en découlent.

Le niveau intermédiaire

Celui-ci regroupe les **Directions Départementales de la Santé Publique (DDSP)**. Elles sont au nombre de six, soit une par département selon l'ancien découpage territorial. Elles sont chargées de la mise en œuvre au niveau du département de la politique sanitaire définie par le Gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé, et d'assurer la surveillance épidémiologique dans le département.

Le niveau périphérique

C'est la **Zone Sanitaire (ZS)**. Elle représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est composée d'un réseau de services publics de premier contact (UVS, maternités et dispensaires isolés, CSA, CSC) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé

¹ Les formations sanitaires du secteur public et quelques formations sanitaires confessionnelles.

par un hôpital de première référence public ou privé (Hôpital de Zone) et destiné à desservir une aire abritant 100 à 200 000 habitants.

Actuellement, une trentaine de zones sanitaires sont plus ou moins fonctionnelles à des degrés divers ; elles sont au moins régulièrement délimitées et ont leurs hôpitaux de référence en réhabilitation pour jouer pleinement leur rôle.

Les organes de gestion des ZS sont :

- le Comité de Santé : c'est l'organe suprême de représentation et de décision de la politique locale de santé conformément aux stratégies et normes nationales. Les membres sont l'émanation des différents intervenants publics et privés dans le système (élus locaux, administrateurs, agents de santé, ONG et Associations, représentants de la communauté, etc). Au niveau des Communes et des Arrondissements, la participation communautaire est gérée par le Comité de Gestion de la Commune (COGEC) et le Comité de Gestion de l'Arrondissement (COGEA). Ces deux structures assurent la promotion et le développement de la participation communautaire aux activités de santé. Elles participent à la gestion administrative et financière des formations sanitaires de la Commune et de l'Arrondissement.
- L'équipe d'Encadrement de Zone Sanitaire : c'est l'organe technique de coordination des activités avec ses différentes branches ayant à sa tête le Médecin Coordonnateur de Zone.

Malgré les efforts déployés par l'État qui, comme nous l'avons vu, a couvert à plus de 80 % les localités du Bénin d'infrastructures socio-sanitaires relativement équipées, les indicateurs de la santé n'ont guère évolué.

Le système de santé est caractérisé par un dualisme : le secteur public exerçant peu d'attrait à cause de certaines pratiques comme le mauvais accueil, le rançonnement des malades, la vente illicite des médicaments, l'absentéisme au poste ; et un secteur privé sans véritables repères. Dans le secteur privé règnent les formations sanitaires à caractère humanitaire, associatif ou confessionnel qui couvrent à plus de 40 %, les besoins en soins de santé du territoire.

Le Tableau ci-dessous résume le système national de santé du Bénin en 2002.

NIVEAUX	STRUCTURES	INSTITUTIONS HOSPITALIERES ET SOCIO-SANITAIRES	SPECIALITES
Central	Ministère de la Santé Publique (MSP)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) ➤ Centre National de Pneumo-phtisiologie ➤ Centre National de Psychiatrie ➤ Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) 	médecine pédiatrie gynéco-obstétrique radiologie laboratoire ORL ophtalmologie autres spécialités
Intermédiaire ou Départemental	Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Centre Hospitalier Départemental (CHD) 	médecine pédiatrie gynéco-obstétrique radiologie laboratoire ORL ophtalmologie autres spécialités
Périphérique	Zone sanitaire (Bureau de zone)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hôpital de Zone (HZ) 	médecine générale chirurgie d'urgence gynéco-obstétrique dispensaire maternité alphabétisation loisirs radiologie laboratoire pharmacie
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Centre de santé de Commune (CSC) ➤ Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES) ➤ Formations sanitaires privées 	
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) ➤ Maternités et dispensaires 	dispensaire maternité pharmacie ou dépôt pharmaceutique
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unité Villageoise de Santé (UVS) 	soins accouchements caisse de pharmacie

Source : Annuaire des statistiques sanitaires 2002, MSP, Bénin

Nous venons de brosser un rapide tableau de la situation sanitaire au Bénin où nous avons parlé des formations sanitaires et de l'environnement dans lequel elles évoluent. Intéressons-nous à présent à l'autre acteur principal de la relation contractuelle qui fait l'objet de ce travail : les mutuelles de santé. Après quelques mots concernant le contexte d'émergence des mutuelles au Bénin, nous identifierons les structures qui les appuient et définirons ainsi l'angle sous lequel nous avons abordé notre étude de cas.

I. DEVELOPPEMENT DES MUTUELLES DE SANTE

Il existe au sein des différentes communautés béninoises, diverses pratiques traditionnelles d'entraide dites "informelles", qui organisent la solidarité entre les membres. Ces pratiques constituent le plus souvent le seul mécanisme auquel les membres ont recours pour faire face, entre autres, à leurs dépenses de santé et à celles de leurs familles. Cependant, elles présentent quelques limites dont il convient de souligner deux principales :

- Aucune d'elles n'est spécifiquement conçue pour répondre aux problèmes de santé
- Elles ne comportent pas une prévoyance des dépenses de santé

Cependant, depuis l'initiative de Bamako qui a soulevé la nécessité de la participation des communautés dans le financement et la gestion des services de santé, on assiste, en République du Bénin, à plusieurs initiatives en matière de micro-assurances santé et de mutuelles de santé. Ce fait semble renforcé par l'insuffisance de la performance du système officiel de sécurité sociale. Ce système (assuré par l'Office Béninois de Sécurité Sociale) est surtout très limité en matière de couverture de la population, du fait que seuls les travailleurs de la fonction publique et du secteur privé formel en sont bénéficiaires ; or ceux-ci représentent à peine 10% de la population active. Bien que plusieurs initiatives d'épargne-santé ou de mutuelles sous la forme d'assurance-maladie soient entreprises pour des particuliers, il n'en demeure pas moins que la population reste peu couverte.

Eu égard à cela, les mutuelles de santé sous la forme associative constituent certainement une réponse pertinente au problème d'accessibilité financière des soins de santé. D'ailleurs, c'est sans doute pour cette raison que le mouvement mutualiste connaît de nos jours un regain d'intérêt. De neuf mutuelles fonctionnelles au Bénin en 1997, nous atteignons aujourd'hui des chiffres entre 80 et 100¹. Par ailleurs, il importe de faire remarquer qu'il existe de nombreuses mutuelles en gestation ou en observation.

II. IDENTIFICATION DES STRUCTURES D'APPUI

Il existe au Bénin plusieurs structures d'appui dans le domaine des mutuelles de santé ; certaines mettent en œuvre des programmes initiés par des partenaires au développement étrangers, tandis que d'autres sont entièrement béninoises.

Dans le cadre de cette étude, ce qui nous intéresse particulièrement c'est que plusieurs de ces structures soutiennent des mutuelles qui ont passé des contrats avec des formations sanitaires. Notre objectif était de recenser les contrats existants et d'obtenir un maximum d'informations sans nous perdre dans des études de cas trop particulières. Nous avons dès lors jugé pertinent d'aborder notre sujet en nous adressant directement aux structures d'appui, et ce pour deux raisons principales :

- Tout d'abord, ce sont elles qui, en général, centralisent toutes les données concernant leurs mutuelles ; elles possèdent par conséquent une vision globale du mouvement.

¹ Il n'existe malheureusement pas encore de statistiques récentes et fiables

- En outre, il nous a semblé probable qu'en cas de contractualisation avec des prestataires de soins, les structures d'appui aient suivi de près – voire initié – le processus.

Nous avons donc retenu six structures, dont deux ont un statut un peu particulier. Parmi nos critères de sélection : la durée d'implantation dans le pays, la fonctionnalité des mutuelles appuyées et leur engagement dans un processus contractuel avec une formation sanitaire.

Dans les chapitres 5 à 10, nous décrivons et commenterons l'expérience des structures suivantes :

- le CIDR – Centre International de Développement et de recherche
- l'ADMAB – Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin
- le STEP/BIT – projet Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté du Bureau International du Travail
- PROMUSAF Bénin – Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique
- le MFTR – Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative²
- la MUSANT – Mutuelle de Santé pour Tous³

Mais tout d'abord, afin d'achever notre description du contexte et dans le souci d'établir un pont avec le chapitre 7 de la théorie (qui abordait le rôle de l'État dans la contractualisation), nous consacrons quelques pages au positionnement de l'État béninois par rapport aux mutuelles de santé.

² Le MFTR est bien entendu une institution étatique ; il agit cependant comme une structure d'appui en tant qu'initiateur d'une mutuelle de santé. Nous donnerons davantage de détails au chapitre 9.

³ La MUSANT n'est pas une structure d'appui. Si elle porte le nom de "mutuelle", elle s'apparente sous certains aspects à un système d'assurance-santé privé. Nous verrons en détail ses caractéristiques et expliquerons notre choix dans le chapitre 10, qui lui est consacré.

Avant d'examiner le cas précis du Bénin, nous souhaitons rappeler quelques faits concernant la relation de l'État avec les régimes d'assurance maladie dans les pays africains en général¹. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux régimes volontaires proposés par les mutuelles.

À l'heure actuelle, nous pouvons affirmer que dans la majorité des pays d'Afrique de l'Ouest où se développent des mutuelles, l'État n'est pas en mesure de faire rapidement le point sur la situation du secteur. Quelles sont les mutuelles existantes et fonctionnelles ? Quelle est exactement leur activité et leur viabilité ? Dans les faits, l'État n'est pas vraiment informé ni impliqué.

Cette faible implication de l'État se manifeste à divers niveaux. Fondamentalement, les pays tardent à mettre en place des législations permettant de cadrer le développement de ces régimes. Le cas des mutuelles est critique, puisqu'un seul pays, le Mali, a promulgué à ce jour un code de la mutualité. En pratique c'est souvent le statut d'association qui sert à l'homologation et à l'agrément des nouveaux groupements. Ensuite, il n'y a pas d'appui financier destiné à aider le mouvement à se développer. Enfin l'État laisse souvent s'établir un contexte de tension, voire de conflit, entre les mutuelles et les formations publiques de soins, ce qui rend plus difficile la passation de contrats entre les premières et les secondes. Parfois même, lorsque les relations sont bonnes au niveau local, la démarche contractuelle peut être gênée par l'incapacité dans laquelle sont les formations de soins de s'engager à l'égard d'un payeur privé. Dénuées de personnalité morale, celles-ci doivent demander au niveau compétent de la hiérarchie de signer les contrats, ce qui entraîne des complications, des délais, voire des refus.

De toute évidence, ce positionnement des États africains par rapport aux mutuelles de santé a des retombées négatives. En premier lieu, l'engagement relativement modeste des États semble vraiment dommageable en termes d'appui cohérent au mouvement mutualiste. L'absence de législation sur les mutuelles commence à handicaper les pays où le dynamisme de la base est fort et où un grand nombre d'organismes se créent sans que les droits et obligations respectifs des bénéficiaires et des mutuelles soient définis officiellement. En second lieu, la quasi absence de contrôle sur les mutuelles leur fait courir des risques et est source d'inefficacité. Le fait de laisser la situation de certaines structures se dégrader ou de ne pas se donner les moyens d'apprécier la viabilité des organismes gestionnaires revient à terme à donner des mutuelles une mauvaise image et à engendrer beaucoup de méfiance à l'égard de ce mode de financement au sein de la population et des partenaires du développement.

Faisons à présent le point sur la situation au Bénin : quelle attitude l'État béninois adopte-t-il à l'égard des mutuelles de santé ? Nous verrons d'abord ce qu'il en est en théorie avant d'examiner les faits.

I. LA THEORIE

Au point de vue international, le Bénin a adhéré à toutes les décisions et recommandations régissant la santé (NEPAD, Déclaration de Dakar, de Tunis, d'Abuja, etc). Au niveau national, le droit à la santé est clairement reconnu par la Constitution béninoise du 11 décembre 1990 en ce sens que la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples qui en fait partie intégrante précise que *"toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Les États parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires afin de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie"*². De même, la Constitution stipule dans son article 26 relatif aux droits et devoirs que *"l'État protège la famille et particulièrement la mère et l'enfant. Il veille sur les*

¹ Cf. Alain LETOURMY : *État et assurance maladie dans les pays africains. Communication aux XXVIèmes Journées des Économistes français de la santé*, 2003.

² Art.16 de la Charte Africaine des Droits de l'Homme

handicapés et les personnes âgées". Hormis ces dispositions constitutionnelles, il faut ajouter que le Bénin a adopté en 1996 une Déclaration de Politique de Population (DEPOLIPO) visant l'amélioration continue des conditions de vie des populations.

Dans l'esprit de toutes ces déclarations, l'État béninois est en train de procéder à différentes réformes, notamment :

- la réforme territoriale fondée sur la décentralisation et la participation communautaire ;
- la réforme économique ayant pour corollaire la réforme budgétaire dont l'objectif est la pertinence et la performance dans la gestion des ressources financières ;
- la mise en œuvre des zones sanitaires qui participe de la concrétisation de la décentralisation dans le secteur de la santé.

Parallèlement, au sein du Ministère de la Santé Publique, de nouveaux plans d'action gouvernementaux sont en cours. La mission du MSP a évolué avec la prise en compte de la lutte contre la pauvreté et il doit désormais *"améliorer les conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes"*. Pour ce faire, les objectifs globaux suivant ont été définis :

- améliorer la qualité et l'accessibilité des prestations de soins et des services de santé ;
- améliorer la participation communautaire et l'utilisation des services de santé ;
- améliorer la prise en charge des populations pauvres et indigentes.

En vue d'atteindre ces objectifs, le MSP a initié un long processus de concertations entre les acteurs nationaux des différents niveaux de la pyramide sanitaire et les partenaires au développement sanitaire qui a débouché sur la rédaction d'un document intitulé *"Politiques et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006"*. Il présente les grandes orientations du secteur et définit les principales actions à mener durant les années à venir. Il se veut un instrument de lutte intégrée contre la maladie et la pauvreté et comporte cinq axes stratégiques principaux :

1. Réorganisation de la base de la pyramide sanitaire et renforcement de la couverture sanitaire.
2. Financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources.
3. Prévention et lutte contre les principales maladies et amélioration de la qualité des soins.
4. Prévention et lutte contre les maladies prioritaires : SIDA, paludisme et tuberculose.
5. Promotion de la santé familiale.

En ce qui concerne notre sujet, l'axe stratégique n°1 présenté à la page suivante semble capital pour l'avenir car il définit les actions à entreprendre dans le domaine des mutuelles de santé³.

³ Pour davantage de détails, le cadre général complet des *"orientations politiques et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006"* du MSP se trouve en annexe 3.

AXE STRATEGIQUE N° 1 REORGANISATION DE LA BASE DE LA PYRAMIDE SANITAIRE ET RENFORCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE	
SOUS-AXE N° 1.3 RENFORCEMENT DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ET DE LA COLLABORATION AVEC LES COLLECTIVITES LOCALES	
OBJECTIFS SPECIFIQUES	
<ul style="list-style-type: none"> - Rationaliser la gestion par la décentralisation et le partenariat avec les communautés - Garantir les soins de qualité aux personnes indigentes 	
STRATEGIES	PRINCIPALES ACTIONS
Renforcement de l'Initiative de Bamako	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer le mécanisme de la participation communautaire ➤ Développer, avec les élus communautaires, un mécanisme de solidarité pour l'accès équitable aux soins de santé de qualité ➤ Coordonner le monitoring des activités des formations sanitaires ➤ Définir et mettre en œuvre un mécanisme de renouvellement du matériel roulant et du matériel de la chaîne de froid
<u>Appui aux initiatives communautaires, y compris les mutuelles de santé</u>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Promouvoir la contractualisation au sein des formations sanitaires</u> ➤ <u>Créer un environnement favorable pour le développement des mutuelles de santé</u>
Appui aux activités de planification, de suivi et d'évaluation au niveau communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Appuyer l'élaboration des plans d'action des acteurs communautaires ➤ Superviser les activités des acteurs communautaires

Nous constatons que les mutuelles de santé et la problématique des relations contractuelles sont explicitement mentionnées, ce qui constitue un premier pas de taille : la reconnaissance officielle de l'existence du système et la volonté de le soutenir par des actions diverses. Ce nouvel engagement du MSP apparaît clairement dans les propos de Mme Yvette Céline Seugnon Kandissounon, Ministre de la Santé, lorsqu'elle souligne dans l'introduction du document de Politique Sanitaire que *"la réforme du système doit poursuivre le rapprochement des services des utilisateurs et la recherche de financement alternatif notamment pour les niveaux périphérique et intermédiaire. À cet égard, un accent particulier sera mis sur la participation de populations pour favoriser l'accès de tous aux soins. Ceci permettra d'assurer le recouvrement des coûts des soins et des médicaments, de même que l'autofinancement des formations sanitaires. Un effort particulier sera fait pour l'amélioration des prestations de soins hospitaliers grâce au financement alternatif (assurance santé et surtout mutuelles) dont le développement participe à la prise en charge des pauvres et indigents"*.

II. DANS LES FAITS...

Le document *Politiques et stratégies de développement du secteur santé* porte sur la période 2002-2006. Aujourd'hui, deux ans avant l'échéance, où en est-on sur le terrain ? Quels moyens ont été mis en œuvre pour atteindre les objectifs concernant les mutuelles de santé fixés en 2002 ? Au Ministère de la Santé Publique, nous avons rencontré le Coordonnateur National de la Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires et le Directeur de la Programmation et de la Prospective pour tenter de faire le point.

La principale avancée concerne un projet de loi sur la mutualité, à l'image de ce qui existe au Mali. Face à un mouvement mutualiste en plein essor, le MSP a pris conscience de la nécessité de faire évoluer les différentes initiatives béninoises dans un cadre national unique et bien défini. Toutes les structures d'appui aux mutuelles de santé ont donc été conviées, en décembre 2002, à une réunion d'orientation concernant le mouvement mutualiste où chacun a pu exprimer ses attentes par rapport à l'élaboration éventuelle d'un code béninois de la mutualité. De cette réunion est né un document récapitulatif, approuvé et validé à la fin de l'année 2003. Il reste aujourd'hui à réaliser une étude qui permette de déterminer la meilleure façon d'offrir aux mutuelles un cadre juridique idoine reconnu jusqu'au niveau gouvernemental. Le MSP cherche actuellement à débloquer les fonds nécessaires pour mener à bien cette étude, notamment en s'inspirant de ce qui s'est fait ailleurs. La demande de financement sera introduite dans les semaines à venir à la table des Députés de l'Assemblée Nationale. Tous les acteurs du mouvement mutualiste retiennent aujourd'hui leur souffle dans l'attente d'une réponse positive de l'Exécutif.

Un second projet concerne la question précise des relations contractuelles entre mutuelles de santé et prestataires de soins. Comme nous l'avons vu, aucune des expériences de contractualisation dans ce domaine n'est vraiment formelle et les documents élaborés n'obéissent pas à des règles précises. Le MSP se rend compte du besoin incontestable de références communes en matière de contrat. Le faible accès aux soins pour les populations reste une menace nationale et, dans ce contexte, les formations sanitaires ne peuvent pas survivre de façon autonome. Il faut donc créer les conditions d'une collaboration accrue et d'un développement harmonieux des relations entre les deux parties. Dans cette optique, la contractualisation constitue un élément prioritaire. Il est donc prévu qu'un Conseiller technique du Ministère se penche sur le sujet et propose un contrat-type par niveau de la pyramide sanitaire. Une fois ces contrats au point, les différents prestataires auront la liberté de les modifier dans une certaine mesure pour les rendre conformes à leurs propres capacités. Malheureusement, une fois encore, les fonds requis pour réaliser cette étude font défaut.

Malgré tout, il faut rester optimiste. Les réformes entreprises au Bénin, notamment en matière de décentralisation et de restructuration de la pyramide sanitaire, ont déjà permis certains progrès.

Ainsi, toutes les formations sanitaires se sont vues attribuer la personnalité morale, ce qui leur confère le droit, si elles le souhaitent, de passer des contrats avec des mutuelles de santé sans requérir l'aval du niveau supérieur de leur administration. Il s'agit d'une liberté de mouvement non négligeable qui constitue un atout certain au processus de contractualisation.

Autre élément positif : l'organisation de séances de sensibilisation à la mutualité. Dispensées selon les cas à l'initiative du MSP, d'une DDSP ou d'un Médecin Coordonnateur de Zone, ces séances ont pour objectif de résoudre les problèmes classiques rencontrés par les mutuelles et leurs bénéficiaires. Le Ministère a tout à y gagner car les ruptures des stocks de médicaments, le mauvais accueil, ou encore la surfacturation sont non seulement une source de mécontentement pour les adhérents aux mutuelles mais aussi une des causes des baisses de la fréquentation de la part des populations en général. Il ne s'agit pas de véritables campagnes nationales de sensibilisation, mais elles contribuent de façon ponctuelle à améliorer la situation.

Notons également la volonté nette du MSP de travailler main dans la main avec les formations sanitaires privées. Si l'État n'a rien à dire concernant les tarifs pratiqués ou les contrats éventuels (sauf s'il s'agit d'un hôpital privé érigé en hôpital de référence), il privilégie les relations de coopération (remise de statistiques, participation à l'élaboration des politiques, etc). Il va de soi que le secteur privé est tenu de se conformer à la politique nationale de santé. Mais le fait que les relations État – secteur privé se déroulent dans un contexte de bonne collaboration signifie que tous deux partagent une vision commune et développent, par conséquent, une attitude cohérente et homogène face au mouvement mutualiste.

Autre preuve, s'il en faut, que l'État croit au potentiel des mutuelles de santé et souhaite s'investir : il a lui-même mis sur pied sa propre organisation, la Mutuelle de Sécurité Sociale des Travailleurs du Secteur Informel. Nous le remarquerons dans le chapitre qui lui est consacré, ce système présente certaines limites qui sont notamment liées à son statut presque antinomique de "mutuelle étatique" entièrement subventionnée. Il n'en reste pas moins que la volonté d'avancer est manifeste.

Maintenant que nous avons passé en revue le contexte béninois sous ses divers aspects (situation sanitaire, attitude de l'État, etc), nous allons examiner les expériences de contractualisation entre mutuelles de santé et prestataires de soins pour chacune des structures d'appui sélectionnées.

LES MUTUELLES APPUYÉES PAR LE CIDR

Depuis octobre 1994, le Projet Mutuelles de Santé du CIDR¹ vise l'amélioration de la santé des Béninois et des Béninoises en augmentant leur accessibilité financière aux soins et services de santé par la promotion et la mise en place de "Mutuelles de santé autogérées" dans le Borgou et les Collines. Initialement, le projet est né du constat d'une forme d'exclusion financière en période de soudure. La mutuelle a été proposée comme une possibilité de prévenir des exclusions.

En octobre 2002, les mutuelles appuyées par le projet se sont constituées en réseau "Alliance Santé". Ce réseau regroupe 3 "inter mutuelles" (IM) à Papané, Boko et Nikki. Il compte actuellement 25 mutuelles rurales et une mutuelle urbaine réunissant plus de 17 800 bénéficiaires.

I. FONCTIONNEMENT

Toutes les mutuelles du réseau prennent en charge :

- les accouchements naturels et les césariennes ;
- les hospitalisations en urgence ;
- les interventions chirurgicales en urgence ;
- la petite chirurgie.

Les consultations et les hospitalisations ou interventions chirurgicales programmées ne sont pas prises en charge car, lors des négociations préalables, les mutualistes ont confirmé que ce sont les maladies graves et les accidents qui paupérisent le plus les familles.

Avec les mutuelles, il est possible de se faire soigner dans 45 formations sanitaires partenaires, principalement des établissements publics et privés à but non lucratif (hôpitaux, CS d'Arrondissement, CS Communautaires, dispensaires, etc). À Parakou, les prestataires travaillant avec la mutuelle se sont organisés en "Réseau de soins coordonnés".

L'adhésion se fait par famille au sein d'un groupement associatif. Lorsqu'un groupement décide d'adhérer à la mutuelle, chaque famille adhère en payant un droit d'entrée unique (de 500 à 1 000 FCFA) et ouvre ses droits à la prise en charge en versant une cotisation annuelle fixée par le Conseil de la mutuelle (entre 1 300 et 1 500 FCFA). Le montant de cette cotisation dépend du nombre de personnes couvertes dans la famille.

Les cotisations des membres couvrent les frais des prestations maladies et les frais de gestion de la mutuelle. Les droits d'entrée sont affectés aux réserves de sécurité (en cas d'épidémie, par exemple).

Les mutuelles ne sont pas subventionnées par le projet. Le projet prend en charge seulement ce qui relève de sa mission : information, promotion et formation.

II. LES PROBLEMES ET LEURS SOLUTIONS

Soulignons que le CIDR fait essentiellement de la recherche-action. À chaque problème qui se pose dans la mise en œuvre de son projet, diverses solutions sont envisagées, notamment sur base de l'expérience d'autres acteurs du domaine. Dans les faits, comme souvent, à mesure que se développaient les mutuelles de santé créées par le CIDR, certains obstacles à leur bon fonctionnement sont apparus. Tentons de décrire les principaux problèmes rencontrés et d'expliquer la réaction des différentes parties impliquées pour les régler.

¹ Centre International de Développement et de Recherche

Depuis 1995, les mutuelles de santé créées dans le Borgou et les Collines ont privilégié les relations avec leurs partenaires principaux : les formations sanitaires publiques et les hôpitaux privés à but non lucratif. Certains responsables au plus haut niveau (les DDS, par exemple) ont accepté et favorisé la collaboration. Cependant, les relations étaient purement informelles et basées uniquement sur de simples concertations. Partout où les mutuelles ont été installées, les formations sanitaires ont accepté de collaborer avec elles et les agents de santé ont été formés par le Projet sur le fonctionnement de la mutuelle, les garanties, le remplissage des outils, etc. Dans ce cadre, ils ont même reçu des guides et des manuels d'explication. Tout ceci n'a pas empêché que surviennent certains problèmes et il s'est avéré, comme nous allons le voir, que les relations entre les deux parties étaient parfois conflictuelles.

Un des objectifs principaux d'une mutuelle est d'améliorer l'accessibilité financière d'une communauté aux soins de santé. La réalisation de cet objectif passe nécessairement par la maîtrise des coûts, ce qui suppose – à tous les égards – la transparence des agents de santé. Or, régulièrement, les mutualistes étaient confrontés à des problèmes d'accueil, de compétence, de disponibilité, d'abus de position, etc. Pour prévenir les abus et assainir les relations, la nécessité de codifier les rapports entre prestataires de soins et mutualistes de façon claire (notamment par la fixation de tarifs et de modes de paiement) s'est rapidement fait sentir. Mais avant toute chose, il fallait faire le point sur la situation.

Une enquête du CIDR a permis de déterminer le point de vue des mutualistes sur les relations non-contractualisées avec les services de santé. Le tableau ci-dessous présente un résumé des principales constatations.

DIFFICULTES RENCONTREES	
<i>Avec les formations publiques</i>	<i>Avec les formations privées</i>
<ul style="list-style-type: none"> - refus d'accepter la carte mutualiste, surtout lorsqu'elle n'est pas présentée d'entrée (vente illicite de médicaments oblige) - refus d'accepter la carte mutualiste même pour les garanties couvertes par les mutuelles - rupture artificielle de médicaments - surfacturation - surprescription - refus du paiement de compte à compte - problème de motivation des agents - mauvais remplissage des outils de suivi et de gestion de la mutuelle - rançonnement des malades mutualistes <p>Mais aussi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pression des mutualistes sur les agents de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - coûts des prestations élevés - augmentation des tarifs sans information des mutuelles
LIMITES DE L'INFORMEL	
<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'obligations légales - Les relations varient selon les personnes. En cas de changement du personnel, il n'y a pas de transmission des informations sur la mutuelle lors de la passation de fonction - Pas de mémoire : les mêmes problèmes se posent infiniment - Pas de suivi 	

CONSEQUENCES

Les mutualistes se découragent (faible recotisation, baisse des adhésions), les mutuelles perdent leur attractivité. Leur autonomie financière est mise en péril par le manque de recettes régulières et certaines peuvent même connaître des déficits.

III. LES ACCORDS LOCAUX

Au vu de ce qui précède, il n'est pas étonnant de constater que les mutuelles aient éprouvé le besoin de négocier et de formaliser leurs relations avec les formations sanitaires. Pour ce faire, des négociations devaient avoir lieu et le CIDR a décidé de développer une stratégie pour les mener à bien.

Cette stratégie repose sur trois éléments principaux :

- l'intervention d'un "facilitateur" ou modérateur (le médecin-conseil) ;
- la création d'un cadre de concertation régulier entre les responsables des structures de soins, les responsables mutualistes et le médecin-conseil ;
- la négociation de garanties.

L'objectif ? La rédaction d'une déclaration d'engagements réciproques dénommée "accord local" qui servirait de "boussole" dans les relations entre les partenaires et constituerait une amorce du processus de contractualisation. Voyons comment se sont déroulés les événements.

Étape n°1

Il s'agissait d'amener progressivement les prestataires à collaborer de manière transparente avec les mutuelles, notamment par :

- la formalisation des concertations entre les mutuelles, les responsables des formations sanitaires et les comités de gestion en milieu rural par un procès verbal ;
- la négociation avec les prestataires d'un canevas d'accord local type pouvant servir à court terme de support de formalisation de contrat entre la mutuelle et le centre de santé fréquenté par les mutualistes (voir encadré ci-après) ;
- l'implication des premiers responsables des circonscriptions médicales concernées dans la signature du contrat (infirmier chef-poste, médecin-chef, médecin coordonnateur de la zone sanitaire, comité de gestion).

Un canevas d'accord local type...

*En avril 2002, des rencontres entre formations sanitaires et mutualistes ont réuni une centaine de participants autour du thème : "**Accord local entre formation sanitaire et mutuelle de santé – Quels objectifs ? Quel contenu ?**"².*

Les travaux, qui ont duré deux jours, ont fait le bilan de la collaboration entre les deux parties et ont permis aux participants, au travers d'ateliers de groupe, d'élaborer un canevas de protocole d'accord.

² Un résumé des différentes interventions se trouve en annexe 4.

Étape n°2

Le processus de contractualisation a été amorcé avec les centres de santé de premier contact. S'il fût décidé de parler d'accord local plutôt que de contrat, c'est que le mot faisait peur aux prestataires de soins. Qu'ils l'avouent ouvertement ou non, ce processus nouveau et méconnu constituait une menace de leurs intérêts immédiats. Les résistances constatées se sont d'ailleurs inscrites dans cette logique.

Pour ne pas brusquer les prestataires, il a donc fallu commencer par négocier quelques points particuliers, ciblant la résolution de problèmes spécifiques constatés au sein de leur formation. Ce sont les Procès Verbaux de réunions établis lors de la première étape qui ont, en quelque sorte, fait office d'accords locaux.

Ainsi, lors des négociations, les difficultés du centre étaient identifiées, ses faiblesses et ses atouts mis en avant. Parmi les problèmes principaux se trouvaient la crainte de la tarification forfaitaire, la non-disponibilité des MEG et des intrants en général, ou encore la méconnaissance du système du tiers payant. Le médecin-conseil chargé de mener à bien les négociations a basé toute son approche sur la diplomatie. Il ne s'agissait pas de dire "*Vous n'êtes pas au point, les mutualistes se plaignent*", mais plutôt "*Je respecte votre travail. Je suis moi-même médecin et je sais que ce n'est pas facile tous les jours. Mais il faudrait faire un petit effort...*". Par exemple, les prestataires ont dû démontrer qu'ils respectaient bien le protocole thérapeutique pour fixer le prix de leurs prestations. Bien des fois incapables de le faire (l'ordinogramme est rarement respecté à la lettre), ils se sont vus contraints de revoir leurs tarifs à la baisse. Parallèlement, il a fallu à nouveau démontrer les avantages à long terme de collaborer avec les mutuelles en soulignant l'importance pour une formation de bénéficier d'une source de revenus constante et garantie.

Nous le voyons, parvenir à la signature d'un accord ne fût pas chose aisée pour le médecin-conseil. Comme il l'explique lui-même : "Au départ, pour eux, cet accord, c'était un chiffon ! Un vulgaire bout de papier !". Malgré tout, grâce aux nombreux efforts fournis de part et d'autre, les négociations se sont plutôt bien déroulées. Exception faite pour la zone sanitaire de Nikki/Pèrèrè/Kalalé où les centres de santé fréquentés par les mutualistes du CIDR se sont constitués en front de refus de s'engager dans le processus de négociation. Profitant de l'absence d'un médecin coordonnateur dans la zone, un infirmier major (basé à Nikki) avait organisé une sorte de mafia et chapeautait un réseau illicite de vente de médicaments. Personnalité puissante et crainte dans la zone, il a réussi à mobiliser de nombreux autres infirmiers chefs-postes pour s'opposer à la démarche. Heureusement, l'intervention du CIDR auprès d'autorités supérieures a permis de démanteler le réseau et les personnes impliquées ont été renvoyées et remplacées.

Étape n°3

Aujourd'hui, des accords existent pour 15 des 35 formations sanitaires qui travaillent avec les mutuelles du CIDR.

D'une part, trois UVS se sont engagées à respecter une certaine éthique dans leurs relations avec les mutuelles, notamment en matière d'accouchements. Dans ces trois cas, il s'agit uniquement d'accords verbaux, mais qui constituent un premier pas vers un engagement plus formel.

D'autre part, douze accords locaux ont été formalisés. Ils concernent avant tout la qualité des soins et la tarification forfaitaire³. Seuls les infirmiers chef-postes les ont signés, mais des mutations ont été constatées au niveau des agents de santé et donnent l'espoir d'accélérer le processus. De ces douze accords *ad hoc*, le CIDR espère évoluer vers un document davantage

³ Un compte rendu de ces 12 accords locaux se trouve en annexe 5.

harmonisé (pourquoi pas au niveau du réseau "Alliance Santé") qui constituerait un véritable contrat.

En attendant, le résultat des différents accords est déjà en partie mesurable pour l'exercice 2003-2004 grâce à l'étude des taux de sinistralité⁴ des mutuelles du CIDR. Le taux de sinistralité est un indicateur très lié au problème de surconsommation qu'un accord tarifaire forfaitaire permet de résoudre immédiatement. Examinons les variations des taux des mutuelles du CIDR.

	Taux de sinistralité ⁵		
	Toutes les mutuelles	Mutuelles sous accord local	Mutuelles sans accord local
IM Papané	80,5 %	77,3 %	86,9 %
IM Boko	75,5 %	66,7 %	80,0 %
IM Nikki	81,2 %	78,5 %	82,4 %
TOTAL	79,1 %	74,2 %	83,1 %

NB : Si l'on exclut des mutuelles sous accord celle de Nikki (zone où se sont produits les problèmes avec le réseau de vente illicite de médicaments), on arrive à un taux encore plus bas (67,6 % au lieu de 74,2%).

Comme nous pouvons le constater, le taux de sinistralité est davantage maîtrisé dans les mutuelles qui collaborent sous contrat avec des centres de santé. Il ne s'agit pas là d'une preuve absolue mais d'un indice convainquant qui laisse supposer l'action bénéfique d'un document signé par les deux parties et qui fixe les tarifs.

IV. LE MEDECIN-CONSEIL

Attardons nous à présent sur un élément à notre avis essentiel dans le succès du processus de contractualisation : l'intervention du médecin-conseil.

Compte tenu des constats concernant l'expertise nécessaire dans des domaines comme la connaissance des normes médicales, la négociation de leur respect ou l'élaboration des tarifs, le CIDR a décidé de faire appel à un médecin-conseil. Son rôle est d'appuyer les mutualistes dans leurs négociations avec les formations sanitaires, de contrôler le bien fondé de certaines prises en charge suspectes sur demande des mutualistes, de faire des audits médicaux et financiers sur les indicateurs, et enfin de participer aux activités d'éducation à la santé. Les intérêts d'un recours à une telle compétence sont multiples.

Tout d'abord, dans un cadre corporatiste comme celui du milieu de la santé, la parole est légitimée par le diplôme obtenu, et l'autorité par le titre professionnel. Cette reconnaissance professionnelle et sociale favorise les négociations, car les agents de santé montrent plus de capacité d'écoute envers l'un des leurs. Les problèmes peuvent être discutés de façon pertinente avec une vraie capacité de trouver des solutions satisfaisantes pour tous dès que l'on s'inscrit dans un cadre commun, en l'occurrence le cadre légal.

⁴ Le taux de sinistralité d'une mutuelle est le rapport entre le coût des prestations maladies et le montant des cotisations perçues. Il s'agit d'un indicateur intéressant de l'équilibre financier d'une mutuelle. Selon le CIDR, il ne devrait pas excéder 75% du budget.

⁵ Pour les détails, voir le document complet joint en annexe 6.

En outre, la présence d'un médecin permet de suivre et d'auditer les prestations maladies en respectant les règles du secret professionnel et de mettre en place des outils de suivi et d'information.

Rappelons également que les négociations contractuelles ne portent pas seulement sur les aspects tarifaires mais aussi sur le respect des normes médicales. Par exemple, à Tchaourou, le médecin a fait une revue des actes associés à l'accouchement et des produits nécessaires à une bonne prise en charge des parturientes et des bébés. Il a finalement abouti à un accord portant sur la qualité des soins et *in fine* sur les tarifs.

Enfin, au niveau des zones sanitaires, les mutuelles qui bénéficient d'un appui qualifié peuvent s'associer plus efficacement aux actions de promotion de la santé. Cette collaboration permet de changer la nature de la relation entre les mutuelles et les formations sanitaires qui perçoivent désormais les mutualistes comme de véritables partenaires potentiels.

Pour conclure, il faut admettre que le coût de cette compétence ne peut être assuré par une mutuelle seule. Par contre, il est tout à fait supportable pour un réseau de mutuelles. Il faut donc que son apport soit bien organisé.

LES MUTUELLES APPUYÉES PAR L'ADMAB

L'ADMAB¹ est présidée par un ancien immigré qui a travaillé pendant 35 ans dans la mutualité agricole en France et qui souhaitait adapter ce qu'il avait appris au contexte de son pays d'origine. Les objectifs de l'association sont de :

- mener toute action de coopération en faveur du développement rural béninois ;
- promouvoir le développement d'une protection sociale globale au profit des populations béninoises, et plus particulièrement des populations agricoles et artisanales, et de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires à sa réalisation ;
- accompagner la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale en faveur des mêmes populations.

L'ADMAB travaille avec plusieurs structures, parmi lesquelles la Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole (MSA), la Mutualité Sociale Agricole de la Vendée, l'Association France-Bénin Vendée (AFB), la Coopération Française, ou encore Pharmaciens Sans Frontières (PSF) Vendée et Lot.

I. FONCTIONNEMENT

A travers son programme "Protection Sociale en Milieu Rural au Bénin", l'ADMAB souhaite permettre l'amélioration des soins en milieu rural et une meilleure accessibilité aux médicaments. Le programme prévoit la mise en place d'un système de protection sociale basé sur la solidarité avec la création d'une Caisse Villageoise de Mutualité Sociale Rurale (CVMSR). La CVMSR fait intervenir les villageois comme acteurs du système par l'intermédiaire d'un comité élu parmi les personnes désireuses d'adhérer à la mutuelle. Son conseil d'administration (qui gère les cotisations, organise les campagnes de sensibilisation et décide des œuvres sociales) travaille en étroite collaboration avec le COGEC puisque l'un des membres assiste aux réunions du COGEC. De même, un membre du COGEC participe aux réunions de la CVMSR.

Par ailleurs, l'ADMAB possède une particularité : elle part du principe que les Béninois ne sont pas prêts à épargner à fonds perdus. Pour cette raison, elle allie un système d'épargne-santé à un système dit de "solidarité" qui s'apparente à une mutuelle de santé. Examinons de plus près son fonctionnement.

Les cotisations annuelles versées à l'ADMAB par ses adhérents se situent entre 15 000 et 25 000 FCFA par famille de maximum 11 personnes. La somme est payable en deux ou trois fois et se répartit dans trois catégories :

- 75% constituent une épargne-santé de l'adhérent pour lui-même et ses ayants-droits
- 20% sont mutualisés et affectés à une caisse de solidarité
- 5% sont consacrés aux frais de gestion et destinés à assurer les dépenses liées au fonctionnement de la mutuelle

La partie épargne-santé concerne uniquement les soins du premier échelon. En cas de maladie, le mutualiste se présente au CS qui lui prodigue les soins nécessaires et pour lesquels il octroie une réduction tarifaire entre 10 et 15%. Le montant de la facture est transmis à la CVMSR qui s'acquitte du paiement en puisant dans l'épargne de l'adhérent.

¹ Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin

La partie solidarité permet de faire face aux gros risques, autrement dit les soins qui dépassent le CS et nécessitent une évacuation vers un hôpital ou un centre de référence. À ce niveau, il ne s'agit plus d'une épargne puisque l'argent est mutualisé et que la gestion se fait comme dans une mutuelle de santé classique, mais qui ne couvrirait que les soins du deuxième échelon.

II. ACTIVITES

Le démarrage des activités de l'ADMAB a eu lieu en 1998. Avec le soutien financier de la Coopération Française, trois mutuelles ont été formées dans l'Ouémé, l'Atakora et le Zou. L'ADMAB a choisi de mettre sur pied ces mutuelles au sein des CREP (Caisses Rurales d'Épargne et de Prêts) les plus dynamiques qui furent identifiées au préalable lors d'une étude dans les zones d'intervention du projet.

À l'heure actuelle, 12 CVMSR sont fonctionnelles dans presque tous les départements du Bénin. Le nombre des bénéficiaires est estimé à plus de 12 000 personnes sur une population cible de près de 90 000 personnes.

III. RELATIONS AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS

Au départ du projet, l'ADMAB a créé des centres de santé et réhabilité des UVS (Unités Villageoises de Santé) non fonctionnelles afin de répondre aux besoins des mutualistes. Elle a ensuite commencé à collaborer avec des structures existantes. Et aujourd'hui, à la demande de l'État béninois et sous la supervision des Médecins de Zone, l'ADMAB travaille également avec des formations sanitaires publiques. C'est le cas, par exemple, à Biguina (Donga) et à Assrossa (Ouémé). En conséquence de cette nouvelle démarche, le projet rend des comptes tous les 6 mois au MSP.

En ce qui concerne la codification des relations entre les CVMSR de l'ADMAB et les formations sanitaires, l'initiative est venue de l'ADMAB. C'est elle qui a proposé aux différents prestataires de soins partenaires l'établissement d'un contrat avec ses mutuelles. Dans le cadre de ce travail, nous ne devrions prendre en compte que les contrats liant les CVMSR aux hôpitaux de référence (cas où la CVMSR a recours à son fonds de solidarité). Il n'existe que deux contrats de ce type : un avec l'hôpital de zone de Bassila (Donga) et un avec celui de Malanville (Alibori). Deux autres contrats sont en projet avec le CHD de Boko et le l'HZ de Dassa. Cependant, étant donné que premier et deuxième échelon sont étroitement liés, il nous semble également intéressant de voir comment se sont établies les relations contractuelles entre les CVMSR (branche épargne) et les CS.

Les propositions de contrat ont été rédigées par l'ADMAB, à la demande des formations sanitaires concernées qui préféraient confier cette tâche à une structure expérimentée. Le document final, approuvé par les deux parties, est appelé convention de partenariat et porte principalement sur l'octroi aux mutualistes d'une réduction tarifaire sur toutes les prestations au centre de santé ou à l'hôpital impliqué. En contrepartie de cet effort, la structure bénéficie d'aménagements, de petits équipements, de subventions ou de dotations, etc.

Au niveau des Centres de Santé, les signataires sont :

- le Directeur de la mutuelle ;
- le COGEA du CS.

Au niveau supérieur, les signataires sont :

- le Directeur de la (des) mutuelle(s) concernée(s) ;
- le Directeur de l'hôpital ;
- les COGEA des CS qui sont censés référencer leurs malades vers cet hôpital. En effet, les mutualistes doivent impérativement passer par le CS avant de se rendre à l'hôpital (l'unique exception s'appliquant aux cas urgents d'accidents de la route).

Que ce soit au premier comme au second niveau, un responsable de l'ADMAB appose également sa signature. Par ce geste, la structure d'appui apporte sa caution à la relation contractuelle. On ne peut cependant affirmer que l'ADMAB n'est pas partie prenante au contrat puisqu'il est clairement mentionné qu'elle doit aider (matériellement et financièrement) les structures conventionnées et leur chercher des appuis.

IV. LES PROBLEMES ET LEURS SOLUTIONS

À l'heure actuelle, les expériences sont trop neuves pour disposer d'un recul suffisant concernant les contrats (la plupart des CVMSR fonctionnent depuis 2002 ou 2003 seulement). Les principales remarques à formuler ne concernent pas toujours la mise en œuvre des clauses des contrats à proprement parler. Il s'agit aussi de problèmes inhérents aux structures elles-mêmes qui peuvent gêner indirectement le bon déroulement des contrats. Mais nous pouvons aussi interpréter ces difficultés comme des failles dans le contrat.

DIFFICULTES RENCONTREES
<ul style="list-style-type: none"> - L'hôpital de Bassila ne respecte pas toujours la clause concernant la réduction des tarifs. - La disponibilité des consommables est parfois insuffisante. - Le plateau technique des hôpitaux comme celui des CS est relativement pauvre. - Dans certaines zones, les relations COGEC-CS-CVMSR sont très mauvaises. - Il existe de nombreux problèmes de personnel (démissions, déplacements, compétences douteuses, etc).

Pour remédier à ces problèmes, l'ADMAB tente de mettre en place certaines mesures :

FORMATIONS
<ul style="list-style-type: none"> - Des médecins membres de l'ADMAB issus de la MSA française effectuent des missions pour aider les CS à améliorer la qualité de leurs prestations. - Des gestionnaires, également issus de la MSA, viennent apporter un appui technique aux CS et font de l'animation et de la sensibilisation au système mutualiste. - PSF organise des formations en gestion des stocks de médicaments. - Des formations sur la bonne gestion d'une mutuelle de santé sont organisées par ADECRI². Elles ont la particularité d'être ouvertes aux autres opérateurs du domaine, ce qui assure, en plus d'une certaine interactivité, une ouverture au partage d'expériences.
CONTROLE
<ul style="list-style-type: none"> - PSF effectue régulièrement le suivi des stocks de médicaments. - Des mesures à l'encontre des mutualistes irresponsables sont mises en place. <p><i>Par exemple, il arrive souvent qu'une femme enceinte accouche dans un CS et rentre chez elle au plus vite, ne respectant pas les 48 heures d'alitement post-partum réglementaires. Souvent ces femmes souffrent d'hémorragies une fois chez elles, ce qui entraîne des complications. Aujourd'hui, une femme qui ne respecte pas les 48 heures de délai n'est pas remboursée de ses soins.</i></p>

² L' Agence pour le Développement et la Coordination Des Relations Internationales est un organisme créé par les Caisses et Unions de Caisses nationales ainsi que le Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale français. Son but est de valoriser le savoir-faire en matière de gestion et les expertises techniques acquises par les équipes dirigeantes du système français de Sécurité sociale. Sa principale démarche est de répondre aux demandes d'institutions étrangères liées à des besoins d'assistance technique pour la mise en place ou le développement de leur système de Protection Sociale ou des besoins de formation (missions d'études, accueil de délégations...).

INCITATIONS
<ul style="list-style-type: none"> - L'ADMAB recherche activement à mettre en place des partenariats avec des hôpitaux français afin d'améliorer le plateau technique des formations sanitaires les moins équipées. - Dans le cadre d'un programme d'appui du MSP (2004-2006), l'ADMAB a proposé d'octroyer des primes aux formations sanitaires qui acceptent de travailler avec des mutuelles. Il s'agit d'une mesure de soutien destinée à compenser le surcroît de travail des personnes directement impliquées dans la gestion des factures (membres du CA des CS, pharmaciens). L'État espère par là voir augmenter le taux de fréquentation de ses centres de santé, qui aujourd'hui dépasse à peine les 30%. - Des dotations de MEG sont régulièrement accordées.
STRUCTURATION
<ul style="list-style-type: none"> - Pour améliorer le fonctionnement et la performance des mutuelles, les dernières observations ont amené les partenaires à définir, avec les populations, une "année mutuelle" dans chaque zone afin d'adapter la période de versement des cotisations au moment des rentrées de revenus des paysans. - Des réflexions sont menées de la part des populations pour adapter le système et permettre une meilleure couverture des soins, notamment utiliser le volet "solidarité" même en l'absence d'évacuation dans certains cas d'urgence (morsures de serpent par exemple) ou en cas d'épidémie et de traitements onéreux (comme la typhoïde). - Des projets de contrats avec des pharmacies sont en cours de réalisation afin de remédier aux manques de médicaments. - La création d'une "Fédération des Caisses Villageoises" constitue un facteur de pérennité du projet.

V. QUEL BILAN ?

En règle générale, il s'avère que les mutualistes sont satisfaits des services de la mutuelle. De leur côté, les prestataires de soins respectent en grande partie l'esprit des contrats (aucune trace de surfacturation ou de surprescription). Et en moyenne, les activités et le taux de fréquentation ont augmenté dans la plupart des CS conventionnés. L'ADMAB attribue ce succès à deux facteurs principaux.

Le premier est évident, il a trait au statut partiel d'épargne-santé. Comme nous l'avons expliqué, la mutualisation n'arrive qu'au deuxième niveau et les dépenses au CS sont payées exclusivement par l'épargne des bénéficiaires. Conscients que leurs propres deniers sont en jeu, ceux-ci sont beaucoup plus vigilants vis-à-vis de ce qui leur arrive et ont tendance à se laisser nettement moins abuser que dans d'autres systèmes.

Le deuxième facteur est plutôt lié à l'aspect humain. Le hasard a voulu que la majorité des agents de santé soignants responsables des CS conventionnés soient des personnes extrêmement dévouées dans leur travail, motivées et dignes de confiance. Les contrats ont donc été établis dans un climat de compréhension réciproque.

Pour conclure, nous ajouterons que l'image de l'ADMAB joue sans doute un rôle important. Quand elle ne s'occupe pas elle-même de la réhabilitation ou de la création de centres de santé (ce qui facilite nettement la signature d'un contrat !), elle entre en relation avec des prestataires de soins pour lesquels elle représente des potentialités de développement significatives, en dehors de l'apport de nouveaux "clients". En effet, l'ADMAB ne fait pas que soutenir ses CVMSR. Grâce à son interaction avec de nombreux partenaires, son approche est plus globale : raccordements électriques, constructions de puits, de pompes, dotations d'équipements, recherche de

partenariats, etc. Selon nous, ces différentes actions rendent la collaboration plus attrayante aux yeux des prestataires de soins : ils mesurent davantage ce qu'ils auraient à retirer comme bénéfices directs d'un contrat impliquant l'ADMAB. Il est évidemment capital de motiver les parties à s'investir dans une relation, d'autant plus quand les actions entreprises participent à l'amélioration du système de santé. Cependant, la question de l'autonomisation des structures appuyées se pose. Mais nous pouvons y répondre par un exemple concret : celui de Biguina.

La CVMSR de Biguina est l'une des trois premières caisses créées par l'ADMAB. Au CS de Biguina, les activités sont toujours en hausse et le taux de fréquentation atteint 167%. Le taux de recouvrement³ est supérieur à 1 (1,19) et la marge bénéficiaire⁴ est égale à 2,23, c'est-à-dire qu'elle atteint presque les taux recommandés par le MSP. La CVMSR de Biguina est complètement autonome et la formation sanitaire ne reçoit plus de subventions depuis deux ans. La disponibilité des médicaments est de 99% et la trésorerie est saine.

Certes, il s'agit d'un cas isolé, mais nous pouvons constater que les investissements extérieurs consentis au départ (aménagements, équipements, subventions, dotations) ont permis l'essor de la structure (et de la CVMSR) sans qu'elle soit aujourd'hui dépendante.

³ Il s'agit du niveau de recouvrement des coûts de fonctionnement. C'est le rapport entre l'ensemble des recettes issues des prestations et l'ensemble des dépenses relatives à ces prestations (approvisionnement en médicaments compris). Une formation sanitaire est considérée comme viable si ce taux est supérieur à 1,2.

⁴ Il s'agit du rapport des recettes totales et des coûts des médicaments et outils. La marge recommandée est de 3.

La mutuelle AssEF du STEP/BIT¹ est une institution de micro-finance destinée à améliorer les conditions socio-économiques des femmes. Elle agit principalement dans la périphérie urbaine de Cotonou et compte environ 25 000 membres, essentiellement des femmes.

Dans le cours du deuxième semestre de l'année 2002, AssEF a fait appel à STEP afin de recevoir un appui dans le cadre de son programme MAS (Micro-Assurance Santé pour les femmes et leurs familles). Ce programme vise à promouvoir une meilleure accessibilité d'un plus grand nombre de femmes et de leurs familles aux soins de santé et à la protection sociale, à travers l'appui au développement des mutuelles de santé ou d'autres initiatives de micro-assurance santé.

I. DE L'ETUDE DE FAISABILITE AUX PREMIERS ESSAIS...

Le processus de création d'un volet mutuelle pour AssEF a démarré par une longue campagne d'information et de sensibilisation des adhérents potentiels. Est ensuite venue l'étude de faisabilité qui a duré presque huit mois, de septembre 2002 à mai 2003. La principale raison de cette lenteur ? Une contractualisation avec l'offre de soins relativement malaisée... Examinons les problèmes survenus et la manière dont ils ont été résolus.

L'étude de faisabilité s'est organisée en deux temps :

- En premier lieu, une "enquête ménages" s'est attachée, entre autres, à exposer les habitudes des familles concernées en matière de santé, à évaluer leurs ressources moyennes et à lister les formations sanitaires où elles étaient soignées ou aimeraient se faire soigner. Sur ce dernier point, notons que 20 hôpitaux et centres de santé, principalement privés, ont été mentionnés par les personnes sondées. STEP a retenu parmi eux les 11 formations les plus citées, écartant ainsi 9 établissements (essentiellement des cliniques privées trop coûteuses ou des formations n'offrant pas suffisamment de services). Les 11 formations retenues étaient toutes membres de l'AMCES², un important réseau de prestataires de soins dont AssEF et STEP souhaitaient tirer parti.
- En second lieu, une enquête sur le coût moyen des prestations dans les 11 formations sélectionnées a été organisée. Tous les prestataires de soins contactés ont accepté de réaliser cette enquête en collaboration avec STEP. Les résultats ont montré que, dans presque tous les centres, le coût moyen des dépenses de santé était relativement élevé.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, AssEF avait envisagé initialement de profiter de l'existence de l'AMCES, organisation avec laquelle elle souhaitait contractualiser. L'AMCES est une ONG faîtière nationale béninoise créée en 1985. Elle comprend les intervenants les plus importants du secteur sanitaire privé social (à but non lucratif et d'utilité sociale) au Bénin. Ses membres sont confessionnels (catholiques, protestants, musulmans) comme laïcs (associatifs et ONG). Ils ont en commun l'action sanitaire au profit des populations sans distinction et un souci particulier pour les couches les plus déshéritées. L'AMCES regroupe 26 formations sanitaires de prestations de soins qui existent en moyenne depuis 20 ans et effectuent plus de 40% des soins hospitaliers sur le plan national.

¹ Association d'Entraide des Femmes appuyée par le projet Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté du Bureau International du Travail

² Association des œuvres Médicales privées Confessionnelles et Sociales au Bénin

Malheureusement, les multiples négociations d'AssEF avec le Bureau Exécutif de l'AMCES n'ont pas abouti. Les responsables de formations sanitaires concernées se sentaient menacés par la très faible capacité contributive des membres de la mutuelle. En outre, ils estimaient pratiquer déjà des tarifs très bas et n'ont pas accepté de les diminuer davantage, ni même de simplement revoir leur mode de tarification (c.-à-d. passer d'une tarification à l'acte à une tarification forfaitaire).

Au cours de l'étude de faisabilité, AssEF a également envisagé de passer des contrats de prestations de soins avec des formations publiques, mais elle a rapidement abandonné cette idée pour deux raisons majeures. D'une part, leur plateau technique ne répondait pas aux standards requis et, d'autre part, elles n'avaient pas été vraiment plébiscitées dans les sondages, les mutualistes condamnant la non-disponibilité du personnel, le mauvais accueil ou encore les ruptures fréquentes des stocks de médicaments.

II. VERS LA CONTRACTUALISATION

Face à l'échec des premières négociations, AssEF et STEP ont décidé d'adopter une autre démarche. Toujours parmi les membres de l'AMCES sélectionnés au départ, elles ont isolé les quelques rares formations dont les coûts moyens correspondaient à la capacité contributive de leurs adhérents.

Dans un premier temps, trois centres de santé (CS) ont été retenus :

- Le CS de Menontin. Il s'agit d'un CS bénéficiant du plateau technique d'un hôpital. Il est accessible en tant que simple CS pour les interventions de premier échelon des bénéficiaires d'AssEF qui habitent à proximité, mais il fait également office de référence (deuxième échelon) pour tous les bénéficiaires.
- Le Centre Médical St Jean
- Le CS Ste Marie des Anges

Par la suite, des conventions ont été signées avec trois autres établissements (le CS Ste Marie d'Abomey-Calavi, le CS St Jean de Homey et le CS Ahmadiyya de Fidjrossé).

Actuellement, une convention est sur le point d'aboutir avec l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant et deux autres sont en cours de finalisation et devraient être signées d'ici la fin du premier semestre 2004.

Pour chaque convention, les signataires sont les suivants :

- la responsable du projet mutuelle d'AssEF
- des membres du CA d'AssEF
- un membre représentant de STEP
- le médecin directeur du CS conventionné

Lors de la phase d'élaboration des différents contrats, l'approche s'est voulue extrêmement participative. En effet, les responsables de STEP estiment que la pérennisation des bonnes relations entre les contractants dépend beaucoup de la structure mutualiste elle-même qui doit s'impliquer fortement dans la négociation et la gestion du contrat.

Une fois terminée l'enquête sur les coûts moyens des prestations, les mutualistes ont choisi – via leurs représentants – les paquets de prestations qu'ils souhaitaient voir pris en charge par AssEF.

- Sont aujourd'hui couvertes : les consultations ambulatoires de médecine générale pour les adultes et les enfants, les consultations gynécologiques, les consultations pré- et post-natales, les accouchements simples ou dystociques et les hospitalisations (y compris les interventions chirurgicales au CS de Ménontin).
- Sont exclues : les consultations simples chez les spécialistes (sauf si le cas nécessite une hospitalisation).

Les 6 conventions signées jusqu'à présent diffèrent quelque peu selon les centres de santé, principalement au niveau des services proposés (certains CS offrent des prestations supplémentaires). La majorité des clauses reste cependant identique à 75 ou 80%.

Le taux de prise en charge par AssEF est de 70% et la cotisation mensuelle par personne s'élève à 400 FCFA (à multiplier par le nombre de personnes à charge).

III. FACTEURS DU SUCCÈS ?

Jusqu'à présent, toutes les négociations contractuelles se sont déroulées dans un climat serein. Nous pouvons attribuer ce succès au fait que **les prestataires, impliqués dès le début** dans le processus de mise en place de la mutuelle, avaient montré un intérêt certain pour l'initiative.

Tout d'abord, une campagne de **sensibilisation** a eu lieu dans les trois zones (regroupant chacune 5 à 10 quartiers) où AssEF désirait implanter sa mutuelle. Les représentants des formations sanitaires de ces zones ont été invités à s'exprimer sur le sujet. Loin d'être réticents, ils ont exprimé les problèmes d'accès aux soins auxquels sont confrontés les habitants de leur zone et ont expliqué qu'ils voyaient en la mutuelle un bon moyen de rendre la demande solvable. Ils étaient donc acquis à la cause d'AssEF dès le départ.

En outre, **l'enquête sur les coûts** qu'ils ont accepté de mener au sein de leurs établissements respectifs les a aidés à se positionner. Les données récoltées à cette occasion ont été analysées et traitées par STEP qui leur a soumis les résultats obtenus. Cette démarche leur a permis de s'auto-évaluer et de faire part de leurs espoirs et de leurs craintes concernant la collaboration avec la mutuelle. Les négociations pouvaient dès lors avoir lieu puisque chacun se sentait libre de s'exprimer.

Les parties n'ont pas eu recours à un contrat-type. Élaborée au départ par AssEF et STEP, **la proposition de convention a été discutée de part et d'autre**. Du côté des prestataires, le médecin directeur du centre jouait un rôle d'interface durant la majeure partie des négociations : il faisait le compte-rendu des propositions d'AssEF à son équipe (le personnel soignant) et notait en retour toutes les remarques formulées. Cela dit, grâce à tout le travail de préparation (sensibilisation, étude de faisabilité, etc), les discussions ne se sont pas éternisées car, comme l'explique une responsable de STEP, "*chacun savait où il allait*". Une fois d'accord sur les différentes clauses, les contractants pouvaient signer le document entendu.

Depuis la signature de ces conventions, STEP et AssEF continuent à s'investir au travers de **formations** pour la bonne marche des relations. AssEF forme régulièrement son personnel au bon usage des outils de gestion de la mutuelle (remplissage correct des attestations de soins, juste paiement des factures, etc), tandis que STEP continue à développer les capacités techniques des différents acteurs.

Actuellement se tient un atelier d'évaluation des résultats de la mutuelle pour la période octobre 2003-mars 2004. Les résultats sont attendus sous peu, mais on peut déjà affirmer que tout se déroule relativement bien, à l'exception de quelques problèmes mineurs. Par exemple, un obstacle gênant reste le manque d'harmonisation dans la présentation des attestations de soins qui rend la tâche du suivi difficile pour AssEF. Mais comme nous l'avons vu plus haut, des séances de formations sont déjà au programme pour remédier au problème.

La mutuelle AssEF est donc en bonne voie. Elle est autogérée et ne reçoit aucune subvention. Par ailleurs, de nouveaux contrats sont en cours de négociation. Notons également que, comme la Direction Nationale de la Protection Sanitaire du MSP travaille au développement des mutuelles et à l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires publiques, AssEF envisage à terme de contractualiser aussi avec des prestataires publics.

LES MUTUELLES APPUYÉES PAR PROMUSAF

Le programme PROMUSAF est opérationnel au Bénin, au Burkina-Faso et au Sénégal. PROMUSAF-Bénin¹ a été créé en 1998 afin de :

- promouvoir les mutuelles de santé ;
- renforcer les compétences de leurs promoteurs, administrateurs et gérants ;
- favoriser les échanges entre mutualistes dans le but de développer un réseau de capitalisation d'expériences ;
- construire progressivement des mécanismes de protection sociale fiables et durables basés sur les principes de solidarité et d'assurance.

PROMUSAF travaille en partenariat avec l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique (ANMC) et Solidarité Mondiale (WSM).

Depuis 1999 dans le sud du Bénin, et depuis 2001 dans le nord, PROMUSAF est actif et appuie plusieurs mutuelles de santé. Les droits d'adhésion moyens oscillent entre 500 et 1 000 FCFA (montant défini par chaque mutuelle dans ses statuts) tandis que les cotisations mensuelles varient entre 250 et 300 FCFA.

I. LE PROCESSUS DE CONTRACTUALISATION

La négociation du contrat entre certains prestataires de soins et les mutuelles soutenues par PROMUSAF a débuté dès leur création. Le choix des prestataires s'est basé sur un simple critère géographique : PROMUSAF a contacté pour chaque mutuelle fonctionnelle le(s) centre(s) de santé le(s) plus proche(s). Les contrats concernent exclusivement le premier échelon des soins. Mais d'ici au mois de décembre 2004, il est prévu d'élargir les prises en charge au niveau du deuxième échelon (soins hospitaliers) et de créer éventuellement un réseau de mutuelles de santé. Jusque-là, les prestations prises en charge par PROMUSAF sont essentiellement les soins ambulatoires.

Le tableau ci-dessous résume la situation des mutuelles de PROMUSAF au premier semestre 2004.

DEPARTEMENT	MUTUELLE	NOMBRE	DONT FONCTIONNELLES	NOMBRE DE CS CONVENTIONNES
Borgou	Bembèrèkè	5	2	2
	Parakou	1	1	
Collines	Dassa	1	1	2
	Zogbodomè	1	0	
Atlantique	Calavi	4	1	1
Plateau	Kétou-Mowodani	1	1	1
	Sakété	1	0	0
Mono	Comé	1	1	1
Littoral	Cotonou	3	0	0

¹ Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique

En ce qui concerne la phase de négociation contractuelle avec les centres de santé, PROMUSAF n'est intervenu qu'en matière d'appui-conseil aux mutuelles. Un **contrat type** rédigé par l'équipe PROMUSAF a été présenté aux organisations mutualistes qui l'ont retravaillé pour l'adapter exactement à leurs attentes et en faire leur **projet de convention**. De nombreux points sensibles ont été abordés dans le contrat, notamment ceux liés à l'accueil des patients ou à la qualité des soins.

Chaque projet a ensuite été soumis aux centres de santé concernés qui ont fait leurs observations et parfois modifié le document pour aboutir au **contrat final**.

Pour chaque contrat, les signataires sont :

- Le médecin-directeur de l'hôpital
- Le président du CA de la mutuelle
- Le coordonnateur de PROMUSAF qui apporte sa caution morale

II. LES PROBLEMES ET LEURS SOLUTIONS

Peu de problèmes se sont posés au moment même des négociations. Tout au plus quelques réticences ont-elles été constatées chez certains agents de santé. Ce fût le cas, par exemple, à Dassa où les infirmiers du CS s'opposaient à la signature d'un contrat. D'aucuns émettaient des doutes quant à la solvabilité de la mutuelle : le fait de n'obtenir en argent comptant que le montant du ticket modérateur leur paraissait dangereux. Comme souvent, cette attitude de refus masquait les craintes pour certaines personnes mal intentionnées de voir s'écrouler leurs pratiques de vente illicite de médicaments. Le médecin-chef du CS a dû intervenir auprès de son personnel en faveur de la mutuelle, et il a pu le convaincre puisque le contrat a été signé et qu'aujourd'hui tout est rentré dans l'ordre.

Malgré tout, depuis la signature des contrats, des problèmes surviennent au niveau de certains CS. Les quelques exemples qui suivent sont tirés de l'expérience des mutuelles PROMUSAF, mais illustrent assez bien les crises classiques auxquelles de nombreuses mutuelles de santé doivent faire face.

DIFFICULTES RENCONTREES
<ul style="list-style-type: none">- Coûts trop élevés. <i>Souvent, les gérants d'une mutuelle s'aperçoivent d'une énorme différence entre les coûts totaux des prestations de deux CS qui ont pourtant signé un contrat semblable. Après enquête, il s'avère que des soins hospitaliers ont été facturés alors que ce n'est pas prévu dans le contrat. Ce genre d'abus peut parfois passer inaperçu. Mais, dans le cas où le mutualiste est découvert et s'il est conscient de sa fraude, il accepte en général de payer la différence à la mutuelle.</i>- Escalade des coûts : au fil des mois qui passent, le coût moyen des soins augmente sans véritable justification de la part des prestataires.- Surprescription. <i>Un abus typique consiste à prescrire automatiquement des vitamines à chaque patient impaludé alors que la situation ne l'exige pas forcément.</i>- Mauvais accueil (ce thème revient très souvent dans les doléances des mutualistes).

Voyons comment PROMUSAF tente de remédier à ces difficultés.

Face aux problèmes des coûts, la meilleure solution selon PROMUSAF reste la **sensibilisation régulière** de tous les membres des CS. Sans les accuser directement, il faut leur faire remarquer, chiffres à l'appui : "*Vous êtes bien au-dessus de la moyenne nationale. Expliquez-nous comment vous justifiez le montant facturé pour telle ou telle prestation*". Parfois, des réductions de coûts

sont négociées, mais jamais une grille de tarification ne figure explicitement dans le contrat. C'est la volonté de PROMUSAF qui craignait de biaiser la relation. Un responsable explique : "*Si le prix des prestations est fixé, les médecins vont délibérément fournir des soins de moins bonne qualité à moindre coût puis incriminer la mutuelle et exiger une révision à la hausse des tarifs*". Si cette logique est défendable puisque des problèmes de ce type ont déjà été constatés dans les faits, il nous semble malgré tout qu'il serait judicieux de favoriser l'éclosion d'un climat serein entre les deux parties pour éviter d'en arriver à de telles impasses où chacun se méfie de l'autre et tente de tirer la couverture à lui.

Le mauvais accueil et la surprescription sont bien souvent le fait d'une fraction indélicate du personnel soignant qui, habituée aux "petits trafics" lucratifs (principalement la vente illicite de médicaments), voit d'un mauvais œil les nouvelles règles imposées par la mutuelle (et *a fortiori* le contrat qui la lie au CS). Dans ce genre de cas, une rencontre est organisée entre un responsable local de la mutuelle, le médecin-chef de la formation sanitaire concernée et la personne incriminée. Le conflit se règle généralement à l'amiable. Si aucune amélioration n'est constatée, un responsable de PROMUSAF est informé de la situation et se déplace sur le terrain. L'intervention à ce niveau est justifiée par le fait que PROMUSAF est signataire des contrats auxquels elle apporte sa **caution morale**.

Il arrive aussi que la récurrence d'un problème donné suscite des réponses intéressantes. Ainsi, en juillet 2003, des plaintes répétées concernant aussi bien l'accueil que les prestations ont été formulées à l'encontre d'une clinique coopérative conventionnée dans le Nord Bénin. Les mutualistes de manière générale étaient insatisfaits et ont cherché un moyen de lutter contre les différents abus dont ils étaient victimes. C'est depuis lors qu'ont été créés des **critères d'évaluation de l'accueil et de la qualité** des soins selon les mutualistes.

Dans le même ordre d'idées, les mutuelles disposent d'un **Comité de contrôle** qui vérifie les pièces justificatives et la comptabilité mais qui veille également à la bonne application du contrat en général et à la satisfaction des mutualistes. Les attestations de soins sont analysées et traitées par le Comité qui calcule le coût moyen par cas et le compare avec les coûts standards (par exemple, un traitement pour paludisme ne devrait jamais excéder 1 800 FCFA). Dans un rapport mensuel à PROMUSAF, le Comité remet ces chiffres et signale également tout problème de mauvais accueil ou de tension. Ceci permet à la structure d'avoir une idée générale de ce qui se passe sur le terrain et d'agir en conséquence.

Par ailleurs, pour renforcer les capacités des mutuelles (et donc les rendre plus fortes et plus crédibles), de nombreuses **formations techniques** sont organisées : fonctionnement et fondements de la mutuelle, techniques de réunion, techniques de plaidoyer, etc.

Les différentes mesures que nous venons de décrire ont à plusieurs reprises prouvé leur efficacité. Mais force est de constater que les changements positifs surviennent exclusivement chez les personnes bien informées. La sensibilisation répétée des deux parties contractantes reste donc le meilleur moyen de garantir le bon respect du contrat.

Aujourd'hui, les mutuelles de santé soutenues par PROMUSAF tournent quasiment sur fonds propres. Le montant des prises en charge est entièrement couvert par les cotisations des adhérents qui y sont consacrées à 100%. Les frais de fonctionnement et de gestion sont toujours à la charge de PROMUSAF.

LES MUTUELLES INITIÉES PAR L'ÉTAT BÉNINOIS

Au Bénin, seuls les travailleurs du secteur formel bénéficient d'une prise en charge pour eux-mêmes et pour leurs proches en cas de maladie et d'une retraite à la fin de leur carrière. Or, ceux-ci ne représentent que 15% de la population totale ; les 85% restant ne bénéficient d'aucun avantage social assuré par les régimes de sécurité sociale en place. C'est pourquoi, afin de pouvoir répondre aux besoins spécifiques de toutes les couches défavorisées, l'État béninois a institué la Mutuelle de Sécurité Sociale des Travailleurs du Secteur Informel (MSS) par le biais du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative (MFTR)). Avec l'appui du BIT et de la Coopération Belge et en collaboration avec différentes associations professionnelles (artisans, artistes, agriculteurs, pêcheurs, éleveurs, commerçants, etc), la MSS de Cotonou et ses environs (MSSC) a démarré en mai 2000. Une antenne s'est ouverte à Parakou en 2001 (MSSP).

La MSS se propose de mener, dans l'intérêt de ses affiliés et de leur famille, des actions de solidarité, de prévoyance et d'entraide dans les domaines de l'assurance vieillesse (pension normale, pension d'invalidité, pension de survivant), l'assurance maladie et toute autre prestation à instituer par le CA après avis de l'AG.

La MSS, nous allons le voir, fonctionne presque comme une mutuelle classique. Nous ne pouvons cependant omettre de préciser qu'elle est entièrement subventionnée et sous tutelle du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme administrative. Ce dernier a mis sur pied la MSS sur ordre du gouvernement dans le cadre de l'extension de la sécurité sociale au Bénin. Jusqu'à ce jour, tant à Parakou qu'à Cotonou, les subventions étatiques couvrent les frais de fonctionnement de la mutuelle ainsi que le paiement des soins donnés aux bénéficiaires. Voyons ce qu'il en est plus en détail. Les chiffres ci-après concernent la MSSC. Plus loin, nous consacrerons quelques lignes au cas de la MSSP.

I. FONCTIONNEMENT

L'assurance maladie de la MSS concerne les adhérents en associations ou groupements d'hommes et de femmes de métier libéral reconnus par les autorités administratives compétentes. À Cotonou, leur prise en charge en cas de maladie est assurée moyennant un droit d'admission de 5 000 FCFA et une cotisation mensuelle de 2 000 FCFA pour une famille de 4 personnes (ce taux est majoré de 25% par personne supplémentaire). Des assurés "volontaires" non-établis en groupements peuvent également souscrire à la mutuelle en versant un droit d'admission de 1 000 FCFA et une cotisation mensuelle de 3 000 FCFA pour une famille de maximum 4 personnes (+25% par personne supplémentaire). Dans les deux cas, une période d'observation de 6 mois est obligatoire.

La MSS bénéficie également des revenus issus des membres honoraires, c'est-à-dire des organisations gouvernementales ou non qui payent une cotisation, offrent une subvention, font des dons ou qui, par des services équivalents, participent à la prospérité de la mutuelle sans bénéficier de ses avantages.

LA MSS prend en charge, pour ses adhérents et leurs bénéficiaires, toutes les affections. Un ticket modérateur est cependant fixé : il s'élève à 10% du montant de la facture pour les frais de consultation et de petite chirurgie et à 30% pour les médicaments, les actes médicaux de grosse chirurgie, la clinique dentaire, les examens de laboratoire et les hospitalisations.

Pour le moment, les subventions étatiques permettent de payer intégralement la part prise en charge par la mutuelle. Il est cependant prévu que l'État lâche peu à peu la MSS, au fur et à mesure que son nombre d'adhérents augmente. Aujourd'hui, à Cotonou, il y a environ 850

adhérents pour la branche maladie (dont 133 sont à jour pour un total de 587 bénéficiaires). Tous les versements (droits d'adhésion et cotisations) de ces adhérents sont déposés, depuis le démarrage, sur un compte bloqué. Dès que la mutuelle sera autonome, l'argent accumulé sur ce compte permettra de payer les prestations.

La future autonomisation de la MSS dépend de deux éléments :

- l'augmentation des adhérents (les campagnes de sensibilisation et d'information se multiplient à cet effet) ;
- une prochaine réforme de la sécurité sociale qui octroierait à la MSS une subvention annuelle propre, indépendante du Ministère, la libérant ainsi de sa tutelle.

Nous avons, à plusieurs reprises dans ce travail, souligné les dangers liés à l'immixtion de l'État dans la mise en place et la promotion de mutuelles, il ne devrait pas assumer un rôle qui revient en principe à des personnes issues de la société civile. La MSS a conscience des inconvénients qui découlent de son statut actuel, notamment le manque d'autonomie et le caractère totalement exogène de l'initiative, proposée et mise sur pied par l'État. Elle a cependant confiance en sa prochaine autonomisation et profite, en attendant, des avantages que lui offrent les subventions : elle peut couvrir toutes les affections et rembourser tous les médicaments (même ceux de spécialité) et se constitue une réserve importante pour l'avenir.

Indépendamment de ces considérations, examinons comment la MSS a noué des relations contractuelles. Nous envisagerons d'abord le cas de la MSS à Cotonou, puis à Parakou.

II. LE PROCESSUS DE CONTRACTUALISATION – MSS COTONOU ET ENVIRONS

Dès sa création, la MSSC a envisagé de collaborer avec une grosse structure de Cotonou. La première – et à ce jour unique – convention a été signée avec l'hôpital St Luc, établissement médico-social confessionnel à but non-lucratif (membre de l'AMCES¹).

La MSSC s'est tout d'abord rapprochée de la direction de l'hôpital et, après quelques séances d'information, a proposé le partenariat. Les responsables de St Luc n'ont exprimé aucune réticence car, en raison de sa taille et de sa situation, l'établissement a l'habitude de gérer des relations contractuelles avec de nombreux autres partenaires. Considérant cela, la MSSC a suggéré que les responsables de St Luc mettent à profit cette expérience et rédigent la proposition de contrat. Ils ont refusé, arguant qu'il revenait à la MSSC d'exprimer elle-même ses attentes. Un document a donc été rédigé par la MSSC et ensuite soumis à St Luc qui, moyennant quelques amendements, l'a finalement signé en août 2001.

Les signataires sont :

- Le médecin-directeur de l'hôpital
- Le président du CA de la mutuelle
- Un représentant du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Réforme Administrative

Une particularité du contrat est qu'il instaure un mode de règlement des prestations peu courant. Le contrat stipule, à l'art.5 : *"La MSSC verse mensuellement à l'hôpital la somme de 2 000 FCFA par personne couverte, et ce pour un minimum de 400 à 1 000 adhérents"*. Dans les faits, la somme a été calculée pour un an en faisant des projections sur le nombre d'adhérents et l'hôpital St Luc reçoit chaque année 12 000 000 de FCFA. Cette somme est placée sur un compte où l'hôpital puise les sommes dues par la MSSC.

¹ Cf. chapitre 6 consacré à AssEF

En fait, St Luc propose deux types de tarifs :

- un tarif dit "sociétaire" : système classique où les patients sont soignés, l'hôpital perçoit le montant du ticket modérateur et des factures sont envoyées mensuellement à l'organisme assureur qui les règle à l'échéance fixée.
- un tarif dit "social" (celui choisi par la MSSC) : dans ce cas intervient un fonds de caution alimenté par la mutuelle au *prorata* du nombre de ses bénéficiaires. En fin de mois, les sommes dues sont prélevées sur le compte par l'hôpital qui transmet à la mutuelle une facture à titre informatif.

Comme nous l'avions dit plus haut, jusqu'à présent, ce sont les subventions étatiques exclusivement qui alimentent le compte. Nous pouvons supposer que cet élément a plus ou moins conditionné la confiance que les responsables de l'hôpital ont accordée à la mutuelle, favorisant le déroulement sans accroc du processus de contractualisation. Lorsque l'État décide de lancer son propre système et débloque quelques millions par an, pourquoi ne pas profiter de l'aubaine ? Nous tenons malgré tout à souligner que le risque évident lié aux subventions est qu'elles cessent un jour ou l'autre. Nous ne voulons pas sous-entendre que l'hôpital a eu tort d'accorder sa confiance à la MSSC, mais il faut espérer que le facteur "subvention" n'a pas joué un rôle démesuré dans la négociation de l'arrangement contractuel.

La seule controverse à signaler à cette étape concerne l'article 5 que nous avons mentionné plus haut. La fixation du montant forfaitaire par bénéficiaire a suscité quelques discussions. La somme de départ proposée par la MSSC était de 1 500 FCFA. Devant le refus de St Luc, elle a été augmentée et fixée à 2 000 FCFA. Cependant, dès que la MSS dépassera les 1 000 adhérents, elle sera revue à la baisse.

III. LES PROBLEMES ET LEURS SOLUTIONS

Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de problèmes majeurs dans l'exécution du contrat avec St Luc. Une des causes du succès est assurément la présence d'une assistante sociale (salariée de l'hôpital) qui représente la mutuelle et est chargée d'administrer toutes les relations avec les mutualistes. Elle effectue le lien entre l'hôpital, les mutualistes et la mutuelle, reçoit tous les adhérents, solutionne les problèmes, transmet les plaintes, et contribue à améliorer l'accueil.

Elle fait également partie, en tant que membre de l'hôpital, d'un Comité de Suivi chargé de veiller au bon déroulement du contrat. Elle y siège aux côtés de deux membres du CA, un membre du personnel de la mutuelle et un membre du Ministère de la Fonction Publique.

Parallèlement, elle gère une "caisse de menues dépenses" alimentée par le fonds de caution qui sert principalement à financer les médicaments. L'hôpital est censé fournir tous les médicaments prescrits au mutualiste, or, ceux-ci ne sont pas toujours disponibles dans sa pharmacie. La caisse de menues dépenses permet de fournir des liquidités au mutualiste pour qu'il aille acheter ailleurs les médicaments dont il a besoin. Il est ensuite tenu de ramener une facture détaillée et, s'il y a lieu, le reliquat.

Cette situation n'est pas idéale et St Luc envisage actuellement de contractualiser avec une ou plusieurs pharmacies afin qu'elles s'engagent à fournir les médicaments prescrits au patient qui se présente en échange d'un ticket de prise en charge délivré par l'hôpital. Voilà qui devrait nettement faciliter les choses. D'autant plus que le sujet des médicaments a occasionné quelques accroc entre la MSSC et St Luc. En effet, le fait que St Luc soit obligé de fournir les médicaments prescrits est une exigence de la mutuelle qui n'apparaît pas dans le contrat. Il s'agit d'une omission dont les conséquences se sont fait sentir à l'usage.

Un autre exemple de problème lié à une "faille" du contrat concerne le tarif. Il n'est nulle part mentionné que la mutuelle bénéficie du tarif social, et l'information à ce sujet n'a pas été correctement transmise. De plus, les agents de santé changent souvent, démissionnent ou sont mutés, et fonctionnent par équipes selon des horaires variables : autant d'éléments qui ne jouent pas en faveur d'une bonne circulation de l'information. La MSSC a donc constaté un phénomène de surfacturation involontaire : de nombreuses attestations de soins étaient établies au tarif sociétaire, plus élevé que le tarif social. Le personnel en charge du recouvrement n'était pas au courant que le tarif social était de mise et prélevait des sommes trop importantes dans le fonds de caution de la MSSC. Heureusement, le Comité de suivi est intervenu et aujourd'hui, tout le personnel de recouvrement est au courant qu'il doit vérifier sur les attestations que le tarif social est bien appliqué.

Une révision du contrat était prévue il y a un an mais un changement de directeur à l'hôpital a dissuadé la MSSC de s'y attaquer trop rapidement : elle voulait laisser le temps au nouveau directeur de prendre ses marques. La révision devrait avoir lieu d'ici quelques semaines et concernera les sujets présentés ci-dessous.

- Les médicaments. Une nouvelle clause explicitera l'obligation pour St Luc de fournir tous les médicaments prescrits au mutualiste.
- Le tarif social. Il sera mentionné qu'il est d'application pour la MSSC.
- L'accueil. Il s'agira de souligner la nécessité de sensibiliser les agents de santé au meilleur accueil des mutualistes.
- La référence. Il est inscrit dans les statuts de la MSSC que St Luc doit référer les mutualistes au CNHU si leur état de santé l'impose. Dans ce cas, les mutualistes sont couverts dans la même proportion. Il existe même un document d'évacuation qui garantit le remboursement des prestations au CNHU. Dorénavant, cette clause figurera dans le contrat.

Par ailleurs, afin de faciliter l'accès géographique aux soins pour ses bénéficiaires, la MSSC envisage de contractualiser avec d'autres établissements de soins, entre autres les hôpitaux Ménontin, Padre Pio, St Jean et Bethesda.

IV. LA MSS PARAKOU

A Parakou, le fonctionnement de la mutuelle est sensiblement identique mais le système a nettement moins bien pris puisque le nombre d'adhérents dépasse à peine la centaine. La MSSP collabore avec un centre de santé (le CS Al-Houda) et un contrat a été signé avec un hôpital de zone, l'hôpital St Jean de Dieu de Boko (également membre de l'AMCES).

Le processus contractuel s'est déroulé sans encombre : le MFTR a demandé à l'hôpital s'il était en mesure de fournir certaines prestations, il a proposé un document (sur le modèle de celui déjà signé avec St Luc à Cotonou), celui-ci a été corrigé puis signé après accord du CA de l'hôpital en décembre 2001. Une procédure d'évaluation est prévue tous les 4 mois.

La seule différence entre le contrat de Cotonou et celui de Parakou est l'article 5 qui, dans le cas de la MSSP, prévoit un versement mensuel de 300 FCFA à l'hôpital St Jean de Dieu pour un minimum de mille adhérents. Cette condition n'est pas remplie, mais l'État a malgré tout alimenté le fonds de caution : 3 600 000 FCFA ont été versés en 2001. À l'heure actuelle, trois ans après la signature de l'accord, les dépenses ne dépassent pas encore un million : la MSSP est une des seules mutuelles victime de sous-consommation !

En réalité, la campagne de sensibilisation n'a pas vraiment fait mouche et le nombre d'adhésions stagne, voire diminue. Il semblerait même que les seuls adhérents ne font pas vraiment partie de

la population cible, c'est-à-dire des ouvriers, des manœuvres ou des artisans du secteur informel. Il s'agirait plutôt de personnes lettrées qui ont compris les avantages du système et y ont drainé des parents ou des connaissances. Le manque de diffusion et de vulgarisation est sans doute à l'origine du problème.

Si pour une fois cette situation ne met pas en danger la solvabilité de la mutuelle, elle n'évite pas certains dérapages. À titre d'exemple, citons quelques-uns des abus constatés à St Jean de Dieu.

- Certains mutualistes essaient de frauder.

Ils tentent d'abuser du manque d'information de certains infirmiers pour faire accepter de vieilles cartes de mutuelle, ils négocient des hospitalisations sachant que ce n'est pas nécessaire.

- Certains mutualistes sont trop exigeants.

Ils réclament des salles d'hospitalisation à part ; ils estiment qu'ils doivent être traités en priorité ; en cas de nécessité, ils exigent que les agents de l'hôpital aillent acheter eux-mêmes des sachets de sang (tâche traditionnellement confiée au garde-malade).

- L'argent du compte est mal utilisé.

Comme il y a beaucoup d'argent sur le compte, l'hôpital autorise certaines prises en charge de luxe comme des frais de lunetterie ou des prothèses (alors que ce genre de consommation devrait être réduit dans le cadre normal de l'exécution du contrat)

- Il y a conflit d'intérêts avec les agents de santé

Les mutualistes refusent la vente illicite de médicaments et sont confrontés à la mauvaise volonté et au mauvais accueil de certains agents de santé.

Dans le cas de la MSSP, il semble donc qu'une véritable mise au point soit nécessaire. La révision prochaine du contrat sera bienvenue, mais pas suffisante. Les responsables de la MSSC vont devoir renforcer leurs campagnes d'adhésion (particulièrement chez leurs groupes cible), sensibiliser les agents de santé de façon régulière, et surtout faire une mise au point avec leurs mutualistes pour les responsabiliser quant aux comportements non tolérables et nuisibles à l'esprit de la mutuelle.

V. CONCLUSION

Nous constatons que les quelques déboires de la MSS sont principalement liés à un manque d'information, à des lacunes du contrat et sans doute aussi à un manque d'appropriation du projet étant donné son caractère totalement exogène. Cependant, des améliorations sont prévues et témoignent d'une réelle volonté de s'adapter. Soulignons également que la MSS est la seule structure parmi celles étudiées dans ce travail qui dispose d'une personne à temps plein au sein de la structure sanitaire conventionnée qui est chargée exclusivement de la gestion des relations avec les mutualistes. Ajoutons enfin qu'une évaluation menée en 2003² a démontré que la santé des populations prises en charge s'est améliorée au cours des dernières années. Malgré son statut à part de mutuelle subventionnée par l'État (qui laissait présager quelques difficultés), le MSS a donc en partie atteint ses objectifs. Il faut à présent lui laisser le temps de gérer son autonomisation et éviter les jugements trop hâtifs.

² D'après René K. HOUSSOU, *L'extension de la sécurité sociale aux populations non couvertes – Rapport du Bénin* (2004), p.8.

Créée par un financier à la retraite inspiré par le système de santé européen, la MUSANT¹ est une association d'assistance sanitaire et médicale basée au Bénin, mais qui s'étend au Togo, au Sénégal, au Burkina Faso et au Niger. La MUSANT a été mise en place en 1998 grâce aux fonds débloqués par un réseau de membres "amis du Lion's Club". Elle était au départ destinée à favoriser l'accès aux soins de santé pour les exclus et les indigents. Cependant, ses responsables se sont bien vite heurtés à certains problèmes classiques concernant leur population cible², entre autres, le fait que la prévoyance et la couverture des risques santé ne sont pas ancrées dans les mœurs, ou le fait qu'il est difficile d'atteindre et de mobiliser les travailleurs du secteur informel. Face à l'échec de ses premières campagnes de sensibilisation, la MUSANT a décidé de changer d'approche. Abandonnant l'idée de stimuler l'adhésion des personnes les plus démunies, elle a réorienté ses priorités et s'adresse aujourd'hui à des couches sociales moins défavorisées, principalement en zones urbaines. Ses responsables comptent sur un effet tache d'huile et espèrent que le succès de la MUSANT motivera un changement d'attitude face à la mutualité chez les plus démunis.

Notre objectif n'est pas de porter un jugement sur cette approche. Il est souvent fait mention de la MUSANT comme s'apparentant davantage à une assurance-santé privée qu'à une mutuelle. Trois éléments majeurs étayent ce point de vue :

- Le montant des cotisations de la MUSANT est sensiblement élevé (entre 5 000 FCFA et 15 000 FCFA par mois et par famille en zones urbaines), ce qui exclut automatiquement une frange importante de la population. Or, une mutuelle n'est-elle pas supposée s'adresser aux personnes dont les revenus ne permettent pas un accès correct aux soins de santé ?
- La MUSANT est une organisation nationale (avec des ramifications à l'étranger) qui compte parmi ses adhérents des personnes de toutes les régions du pays. Cet état de choses gomme donc l'aspect communautaire et dynamique d'un mouvement social propre à la plupart des organisations mutualistes.
- La MUSANT dépend en grande partie du soutien financier régulier d'un réseau de donateurs internationaux (membres du Lion's Club, du Rotary Club, médecins ou pharmaciens, etc). Le charisme et la renommée de son Directeur, qui est un homme très public, ne sont pas étrangers à l'affluence des dons. L'autonomie de la structure est donc toute relative, tandis que son financement repose sur des facteurs peu maîtrisables.

Si les principes de solidarité, de démocratie participative et de non-lucrativité sont respectés, s'il n'y a aucune sélection des adhérents selon leurs antécédents médicaux, ni même de période d'observation obligatoire, il semble malgré tout que la MUSANT s'éloigne d'une certaine philosophie chère aux mutuelles de santé.

Indépendamment de ces éléments, nous avons choisi d'examiner le processus selon lequel la MUSANT a établi des contrats avec de nombreuses formations sanitaires partout au Bénin, et même dans la sous-région. En effet, certaines des démarches entreprises pour faciliter la contractualisation ne manqueront pas d'intérêt dans notre étude.

¹ Mutuelle de santé pour tous

² L'étude de faisabilité a été menée à la base sur les conducteurs de taxi-moto de Cotonou, appelés communément "zémidjans", qui représentent plusieurs milliers de personnes et une branche importante de l'économie informelle cotonoise.

I. FONCTIONNEMENT

La MUSANT assure aujourd'hui la prise en charge médicale intégrale de ses 17 865 bénéficiaires sur tout le territoire national. Elle a passé des contrats avec une cinquantaine de formations sanitaires et avec presque autant de pharmacies.

Trois types de cotisations existent :

- 5 000 FCFA/mois/famille : prise en charge des soins et MEG dans une série de formations sanitaires publiques, confessionnelles ou sociales
- 15 000 FCFA/mois/famille : prise en charge des soins et médicaments de base et de spécialité dans des formations sanitaires publiques, confessionnelles ou sociales, mais également dans des formations privées
- 100 FCFA/mois/personne : prise en charge uniquement des cas de référence (2^{ème} échelon)

Il existe aussi des contrats temporaires pour non-adhérents (séjours courts et assistance ponctuelle).

Dans le souci d'une meilleure maîtrise des coûts en vue d'une plus grande autonomisation financière, la MUSANT oriente certains patients souffrant d'affections chroniques ou de problèmes psychologiques vers des médecines plus traditionnelles. Pour ce faire, elle collabore avec différents cabinets privés cotonois et prend en charge des soins de phytothérapie, d'homéopathie, ou encore de réflexologie.

II. PROCESSUS DE CONTRACTUALISATION

Lors de sa création, en 1998, les responsables de la MUSANT ont réuni au Bénin un maximum d'acteurs du monde médical : des médecins et des pharmaciens agréés, des spécialistes reconnus et réputés au-delà des frontières béninoises, des professeurs de la Faculté de Médecine, et toute une série de professionnels. Le but était d'établir un Conseil des Médecins et des Pharmaciens réunissant des personnalités éminentes de la profession. Ce Conseil allait travailler en étroite collaboration avec la MUSANT et constituer en quelque sorte sa carte de visite, son gage de fiabilité dans les relations contractuelles avec les prestataires de soins. Le Conseil des Médecins et des Pharmaciens est un organe à part entière de la MUSANT, au même titre que son Comité de Gestion.

Une fois ce Conseil mis sur pied, différentes étapes ont mené la MUSANT à passer des contrats avec de multiples formations sanitaires. Ci-après, nous expliquons comment se déroule, en règle générale, le processus de contractualisation.

Tout d'abord, selon les souhaits de ses adhérents, la MUSANT envisage de collaborer avec certains centres de santé ou hôpitaux. La première étape consiste à **prendre contact** avec la structure. Les représentants du siège de la mutuelle se rendent sur les lieux et expliquent leur volonté de collaborer.

Si la formation sanitaire se montre ouverte, la deuxième étape est celle du **contrôle**. Des médecins membres du Conseil des Médecins ou des représentants qu'ils délèguent eux-mêmes sont chargés de vérifier que la formation sanitaire choisie respecte certains critères. Parmi ceux-ci : un nombre et un type de prestations minimum, la disponibilité du personnel soignant, l'hygiène, le plateau technique, ou encore la réputation des médecins responsables de la structure. Sur ce

dernier point, notons que le Conseil dispose d'un fichier (établi à sa création) qui reprend une liste de presque tous les généralistes et spécialistes reconnus au Bénin. Pour qu'un contrat soit passé avec une formation sanitaire, son médecin-major doit figurer sur cette liste ou être recommandé par une personne qui en fait partie. Ajoutons enfin un dernier critère : au niveau des hôpitaux de zone, la MUSANT travaille exclusivement avec des formations publiques.

Si le résultat du contrôle s'avère positif, un **projet de contrat est proposé** à la formation sanitaire. La MUSANT dispose de deux contrats type en fonction de la situation géographique de la structure conventionnée : un contrat type zone rurale et un contrat type zone urbaine. Ces deux documents diffèrent sur trois points :

- les prestations couvertes (différence majeure) ;
- l'obligation pour les centres ruraux de référer un patient en situation d'urgence ;
- la périodicité des règlements.

Ces contrats type ont été rédigés, en collaboration, par le Conseil des Médecins et des Pharmaciens (pour la partie médicale – accueil, prestations, etc) et par la Direction de la MUSANT (pour la partie administrative – contrôle des feuillets, factures, etc). Signalons que ces contrats ne sont pas rigides. Ils ont connu plusieurs modifications et améliorations à l'usage, mais restent malgré tout axés sur les mêmes clauses de base.

Le projet de contrat soumis à la formation sanitaire est **amendé si nécessaire**. Ainsi, un centre de santé rural qui ne dispose pas de compte en banque peut souhaiter que le règlement des factures se fasse de façon bimestrielle plutôt qu'hebdomadaire.

Une fois les parties d'accord, **le contrat définitif est signé** par :

- la Direction Administrative de la MUSANT
- le Directeur de la formation sanitaire concernée

NB : Lors de la signature des premiers contrats, un médecin issu du Conseil ou un de ses délégués faisait également partie des signataires. Aujourd'hui, en conséquence du manque de disponibilité de nombreux médecins, seules deux signatures sont nécessaires. Ceci ne constitue pas vraiment un problème puisque, même s'il n'est pas présent à la conclusion de l'accord, un médecin membre du Conseil se porte toujours garant lors de la phase de contrôle.

III. FACTEURS DU SUCCES ?

Le manque de confiance des prestataires de soins concernant la solvabilité de leur partenaire éventuel, problème majeur rencontré par de nombreuses mutuelles de santé, est ici presque automatiquement résolu grâce à deux éléments majeurs :

- **La réputation des donateurs et des promoteurs** de la structure. Ce qui fait la fragilité de la MUSANT, notamment sa trop grande dépendance d'une poignée de mécènes, fait aussi un peu sa force. Soutenue par un réseau renommé, elle gagne en capital confiance.

- **L'intervention du Conseil des Médecins et des Pharmaciens**. La moralité des médecins impliqués dans la promotion de la MUSANT rassure les formations sanitaires. Ils sont davantage crédibles devant le C.A. qu'un "simple" représentant de mutuelle de santé.

Par ailleurs, nous tenons à faire remarquer que, dans cette même optique de développer une relation de confiance entre les deux parties, les responsables locaux de la MUSANT ne sont jamais impliqués dans la signature du contrat. **C'est toujours le personnel du siège à Cotonou qui se déplace**. Par contre, les responsables locaux sont largement impliqués lors des phases précédant l'élaboration du contrat. Ils identifient les formations sanitaires susceptibles d'accueillir

leurs mutualistes, communiquent leurs coordonnées au siège de la MUSANT et participent activement à la phase de contrôle préalable en défendant les intérêts des personnes couvertes dans leur zone. Ceci permet, par exemple, d'éviter qu'un médecin-directeur de centre de santé ayant des accointances à Cotonou ne fraude à son propre profit ou au profit d'un "ami" en proposant lui-même une collaboration avec la MUSANT alors que ses services ne sont pas au point.

Cette non-implication du personnel local au niveau de la signature nous semble paradoxale car il serait logique que les personnes qui auront à gérer au quotidien les relations contractuelles s'investissent un maximum dans chacune des phases. Évidemment, nous ne pouvons ignorer certaines réalités de terrain : ainsi, en zone rurale, les médecins responsables de centres de santé sont davantage enclins à faire confiance aux "gens de Cotonou" qui, à leurs yeux, sont plus sérieux et crédibles. Nous nous demandons malgré tout s'il ne serait pas préférable de renforcer les capacités de négociation du personnel local afin qu'il joue un rôle plus actif lors des discussions finales. Ceci permettrait qu'il se pose en partenaire égal face aux prestataires conventionnés.

Si cette implication accrue n'est pas encore au programme de la MUSANT, il existe malgré tout des **formations destinées améliorer le travail** à tous les niveaux. Ces formations sont dispensées par des partenaires comme le CIDR ou par des structures telles que le Ministère de la Santé ou le BIT qui fournissent un appui technique aux mutuelles de santé. Les responsables de la MUSANT bénéficient également de l'appui en formations de la Banque Mondiale.

Au niveau du respect des termes du contrat, aucun problème majeur ne se pose actuellement. **Chaque formation sanitaire conventionnée reçoit un "Guide"**³, c'est-à-dire un feuillet qui résume la façon dont il faut prendre en charge les mutualistes MUSANT, les papiers à vérifier et à remplir, ou encore les analyses et les produits exclus. Plus simple à faire circuler et plus clair qu'un contrat, ce guide est automatiquement transmis à tout le personnel afin qu'il soit au courant des principales modalités à respecter. De son côté, le mutualiste reçoit également un feuillet qui reprend ses principaux droits et devoirs.

En outre, le contrat stipule que les médecins doivent remplir le **"passeport médical"** (c'est-à-dire le carnet d'adhérent) du mutualiste et mentionner le type de consultation effectuée, le diagnostic posé et le traitement prescrit. Grâce à cela, le Conseil des médecins peut contrôler certaines prises en charge et conserver un historique médical des patients, ce qui permet non seulement un suivi continu mais également une vigilance accrue concernant les fraudes éventuelles.

IV. BILAN?

Aujourd'hui, la MUSANT est complètement à flot. Elle reste malgré tout extrêmement dépendante des dons que nous avons déjà mentionnés et qui proviennent de membres "d'honneur" qui ne bénéficient pas de ses services mais payent annuellement des frais d'adhésion conséquents en guise de soutien à l'initiative.

En ce qui concerne les contrats, la MUSANT ne rencontre quasiment aucun problème dans leur mise en œuvre, sans doute en grande partie grâce à sa solvabilité reconnue et à son réseau de soutien.

Nous n'achèverons pas ce chapitre sans mentionner que, forts de leur expérience, les responsables de la MUSANT sont en train de développer un projet de Mutuelles Communautaires de Base destiné aux personnes indigentes. Une des particularités de cette initiative est que ses promoteurs, dans chaque commune, seront des natifs de la localité formés à la mutualité et à l'économie sociale dans des écoles béninoises ou étrangères spécialisées. Affaire à suivre...

³ Voir annexes 17 et 18.

Nous pouvons constater d'après ce tableau que, s'ils ont certains points en commun, les contrats étudiés diffèrent malgré tout. À ce stade, trois remarques s'imposent :

- certaines différences sont réelles et ont trait au fonctionnement même des structures mutualistes ou sanitaires

Par exemple, le montant du ticket modérateur ne figure dans le contrat que si les structures ont choisi le co-paiement comme mode de fonctionnement. Il est mentionné dans les contrats du STEP/BIT, de PROMUSAF et du MFTR parce que ces structures fonctionnent avec ticket modérateur. Le CIDR, par contre, mentionne le montant des tarifs forfaitaires qui ont été négociés, tandis que l'ADMAB parle du pourcentage de réduction prévu sur les tarifs en vigueur.

- d'autres différences dérivent du degré de précision plus ou moins important des contrats, voire d'omissions (volontaires ou non)

Ainsi, il n'est nulle part mentionné dans le contrat du MFTR avec l'hôpital St Luc qu'un système de référence des patients est organisé. Pourtant, dans les faits, St Luc est tenu d'évacuer vers le CNHU les cas qui le dépassent.

Autre exemple : le CIDR est le seul à faire figurer une liste des prix convenus par prestation. Cela ne signifie pas que les autres mutuelles n'ont pas fixé certains prix avec les prestataires conventionnés, mais simplement que les tarifs ne figurent pas dans le document contrat.

- enfin, un troisième type de différences concerne des points qui ont été explicitement négociés par certains partenaires et pas par d'autres

Un exemple très clair est celui de l'ADMAB qui a négocié la présence d'un représentant de la mutuelle au CA de l'hôpital et celle d'un représentant de l'hôpital au CA de la mutuelle.

Citons également le CIDR qui a explicité ce qu'il entendait par "qualité des soins".

Au vu de ce qui précède, nous nous posons la question suivante : comment porter un jugement transversal sur des documents souvent dissemblables (pour les raisons diverses que nous venons d'exposer), et qui se rapportent à des situations concrètes forcément hétérogènes ? Nous ne souhaitons pas montrer du doigt certains et applaudir d'autres : il y a du pour et du contre dans chacune des expériences. D'ailleurs, nous avons déjà mis en évidence les atouts et les faiblesses des cas étudiés dans les chapitres qui leur sont consacrés.

Soucieux d'adopter une démarche constructive, nous allons plutôt tenter de voir quelles sont les clauses indispensables d'un contrat entre une mutuelle de santé et une formation sanitaire. Nous essaierons également d'évaluer l'importance d'autres clauses qui, si elles ne sont pas obligatoires, contribuent à augmenter l'efficacité du contrat et à développer son potentiel au maximum. Pour ce faire, nous nous baserons sur la théorie pour proposer un modèle de contrat en appliquant aux relations mutuelles de santé/formations sanitaires la structure type détaillée au chapitre 2 de notre première partie. Rappelons qu'une structure type de contrat est un canevas présentant les éléments nécessaires et indispensables d'un contrat pour que ce dernier réponde aux questions clés soulevées pendant la période d'élaboration du partenariat.

Afin de faciliter la lecture de notre structure type, nous proposons une "cotation" en astérisques qui permet d'évaluer l'importance respective de chacune des clauses étudiées :

LEGENDE	
****	Obligatoire
***	Nécessaire
**	Souhaitable
*	Facultatif mais intéressant

PREAMBULE **		
<p>Il est important de définir le cadre dans lequel se situe le contrat.</p> <p>Ainsi, il est utile de rappeler la politique nationale de santé et sa composante la plus directement concernée par le contrat. Par exemple, on peut retrouver l'objectif "amélioration de l'accessibilité aux soins de santé primaire pour les populations".</p> <p>Dans le cas où la mutuelle s'inscrit dans un projet de développement, il est également envisageable de mentionner les informations significatives concernant ce projet (population cible, zone d'intervention, objectifs globaux, etc).</p>		
IDENTIFICATION DES PARTIES ****		
<p>Ce point est fondamental : il faut nommer les parties prenantes et leurs représentants et identifier leur statut juridique. On peut aussi indiquer l'adresse ou du moins la localité des partenaires.</p> <p>Dans le cas où certains signataires ne sont pas directement partie prenante du contrat, au sens de co-contractants, leur qualité doit être clairement indiquée à ce niveau. Cela peut être le cas de partenaires au développement ou de structures d'appui aux mutuelles de santé.</p>		
OBJET DU CONTRAT ****		
<p>Pour l'objet, il s'agit de préciser le type d'activités ou de prestations et leurs lieux d'exécution.</p> <p>Mais il arrive que dans cette rubrique soient aussi mentionnés des objectifs globaux (*) que l'on pourrait assimiler à la notion de "bénéfices attendus de la relation". S'il est intéressant de parler de ces objectifs, il ne faut pas les confondre avec l'objet du contrat.</p> <p>En général, l'objet du contrat est de fixer les modalités de collaboration entre une mutuelle X et un établissement de soins Y. Il porte sur la prestation des soins de santé et parfois la fourniture de médicaments par les formations sanitaires aux membres de la mutuelle de santé ; il porte également sur la prise en charge du coût de ces soins de santé et médicaments par la mutuelle de santé.</p> <p>Les objectifs globaux, par contre, sont davantage du type : développer un partenariat durable, favoriser l'accès financier aux soins, assurer le développement sanitaire et social prévu par le MSP, promouvoir la mutualité, augmenter le taux d'utilisation de la structure de soins, fidéliser une clientèle solvable, etc.</p>		
ENGAGEMENTS DES PARTIES DU CONTRAT ****		
<p>Pour chaque partie, il est nécessaire de décrire quels sont ses droits et ses obligations nés du contrat.</p> <p>Pour plus de clarté et de compréhension, il est préférable de traiter séparément les obligations de chacune des parties (**).</p> <p>Nous proposons ci-dessous quelques dispositions parmi les plus courantes. Il va de soi que la liste n'est pas exhaustive. Par ailleurs, il conviendra d'adapter les diverses dispositions au contexte, aux structures impliquées et à leur mode de fonctionnement. Nous conseillons cependant de veiller à ce que tous les points qui ont fait l'objet d'une négociation lors de la phase d'élaboration du contrat figurent dans les engagements. Toutes les questions sensibles doivent être abordées et tranchées. Ceci permettra d'éviter les risques d'accrocs lors de l'exécution, qu'ils soient liés à des imprécisions, à des omissions ou à des divergences d'interprétation.</p>		
DISPOSITIONS CONCERNANT LES PRESTATAIRES DE SOINS		
Types de services à offrir	Le prestataire doit s'engager à pouvoir fournir la liste des prestations convenues avec la mutuelle.	****
Qualités des services	Beaucoup de contrats parlent de qualité des services sans vraiment définir en quoi elle consiste. Il peut être utile d'explicitier le terme, surtout si l'on entend par là que certains médicaments doivent être disponibles, que certains types d'agents de santé qualifiés soient systématiquement présents, etc.	***

Ticket modérateur	<p>Lorsque le système prévoit un co-paiement par le mutualiste, il faut préciser quel est le montant du ticket modérateur. De plus, si son pourcentage varie selon les prestations, il convient de donner tous les détails.</p> <p>Par ailleurs, il peut être utile de signaler à quel guichet le mutualiste doit se rendre pour payer sa part.</p> <p>En cas de non-paiement du ticket modérateur, la mutuelle doit prévoir les mesures à prendre. Par exemple, elle peut soit s'engager à s'acquitter des sommes dues (et s'arranger par la suite avec son bénéficiaire) ; soit stipuler qu'elle ne peut être tenue pour responsable (et l'affaire se règle selon les procédures en vigueur dans la structure de soins).</p>	<p>****</p> <p>*</p> <p>**</p>
Factures	<p>La mutuelle doit fixer la périodicité et la date limite de remboursement des factures transmises par la formation sanitaire. Par exemple, X jours après la réception.</p> <p>Le mode de paiement doit figurer dans cette clause. Par exemple, "paiement de compte à compte". Dans ce cas, il arrive que le numéro du compte et son titulaire soient également inscrits.</p> <p>Dans l'éventualité d'un retard de paiement par la mutuelle, il faut préciser quelles seront les sanctions.</p>	****
Référence	<ul style="list-style-type: none"> - S'il s'agit d'un contrat liant la mutuelle à une structure sanitaire du premier échelon : La mutuelle doit préciser si elle prend en charge la référence d'un patient vers l'échelon sanitaire supérieur. Si oui, dans quel cas, vers quel établissement et selon quelles modalités (par exemple, signature par le médecin-chef d'un document d'évacuation). Toute précision concernant la prise en charge ou non du transport et ses modalités est également utile. - S'il s'agit d'un contrat liant la mutuelle à une structure sanitaire de référence : La mutuelle doit expliciter les modalités de contrôle d'admission du patient envoyé en référence (par exemple, une lettre de transfert signée par le médecin-chef de la structure d'origine). 	***
Attitude des mutualistes	<p>Pour un meilleur partenariat, la mutuelle peut s'engager à sensibiliser régulièrement ses bénéficiaires au respect des procédures.</p> <p>Les mutualistes quant à eux s'engagent à éviter les pressions sur les agents de santé (surconsommation), respecter les décisions thérapeutiques, se comporter correctement (respecter l'ordre d'arrivée, présenter sa carte dès le départ), payer tous les frais non pris en charge par la mutuelle, et de manière générale, ne pas frauder.</p>	<p>**</p> <p>***</p>
Apports matériels	Afin de compenser le surcroît de travail administratif que représente l'accueil de patients mutualistes et dans le souci d'un contrôle plus aisé des actes posés, la mutuelle peut parfois décider de fournir à la structure de soins les outils de gestion adéquats (carnets d'attestations de soins, facturiers, etc).	*
ENGAGEMENTS COMMUNS		
Sur des points globaux	Il s'agit d'engagements généraux comme : respecter les termes du contrat, faire de son mieux pour améliorer la collaboration, ne pas frauder, etc.	**

Sur des actions concrètes	Il s'agit d'activités communes d'entraide ou entreprises en collaboration comme : mener à bien des actions d'Information-Education-Communication, sensibiliser à la vaccination, stimuler les adhésions à la mutuelle ; mais aussi se réunir périodiquement pour discuter des problèmes ou carrément accepter qu'un représentant de la structure partenaire participe aux CA pour donner un avis consultatif.	*
DUREE DU CONTRAT ****		
<p>Un contrat porte obligatoirement sur une durée déterminée. En général, les contrats entre mutuelles de santé et prestataires de soins ont une durée de 1 an. C'est une durée assez courte qui donne l'occasion aux partenaires de se concerter au moins une fois par an pour faire le point (cf. "suivi" et "rupture et renouvellement").</p> <p>Lorsqu'on fixe la durée d'un contrat, il convient également d'en déterminer la date d'effet car elle est parfois différente de la date de signature. Imaginons une mutuelle en démarrage qui, dès sa création, passe un contrat avec une formation sanitaire : il se peut que la date d'effet du contrat soit fixée à 6 mois après la date de signature dans le cas où la mutuelle impose à ses adhérents un stage de 6 mois pendant lesquels ils cotisent sans bénéficier des prestations.</p>		
RESSOURCES MOBILISEES ***		
<p>Le contrat doit explicitement définir les ressources (financières, matérielles ou humaines) qui seront mises en œuvre par chacun des partenaires pour atteindre les objectifs fixés.</p> <p>Voici le type de questions que les partenaires devront se poser ici :</p> <p>Y aura-t-il une personne chargée de la gestion des mutualistes dans la structure de soins ? Si oui, qui va la rémunérer ? La signature du contrat de partenariat est-elle liée à l'attribution d'une prime pour certains agents ? Qui prendra en charge les frais administratifs (facturiers, attestations de soins, timbres postaux, etc) ? Si la mutuelle est appuyée par une structure extérieure, celle-ci envisage-t-elle de participer matériellement, techniquement ou financièrement à l'amélioration des services au sein de la formation sanitaire ? Etc.</p>		
SUIVI ET EVALUATION ****		
<p>Cette clause concerne la manière dont les co-contractants vont suivre et évaluer l'exécution du contrat.</p> <p>La plupart des mutuelles disposent de leur propre comité de contrôle ou de surveillance. Ce comité a bien sûr un rôle à jouer dans le suivi du contrat puisqu'il est principalement chargé d'examiner les pièces justificatives et les enregistrements comptables. Cependant, il est également nécessaire d'instituer un comité conjoint afin que les partenaires puissent ensemble veiller au bon déroulement de l'exécution du contrat.</p> <p>Les membres du comité de suivi et d'évaluation sont généralement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un représentant de la formation sanitaire **** - un représentant du personnel médical *** - un représentant de la mutuelle **** - un représentant des mutualistes *** <p>Et avec voix consultative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un représentant de la structure d'appui à la mutuelle (s'il y en a une) * - un représentant du réseau de mutuelles (s'il y en a un) * <p>Plusieurs techniques de suivi sont possibles : revues conjointes, rapports périodiques, transmission régulière de certaines informations, audit formel. Le contrat doit stipuler avec clarté quels éléments ont été retenus pour effectuer ce suivi et les indicateurs qui devront être fournis par les parties prenantes au contrat. Ainsi, en ce qui concerne les indicateurs, le comité de suivi peut par exemple s'attacher à calculer les coûts moyens des services de santé couverts, les taux de recours aux soins ou encore comparer les coûts réels d'un acte par rapport au tarif négocié.</p>		

Pour apprécier les résultats atteints par le contrat, des évaluations sont également nécessaires. En cours de contrat, il est souhaitable que les acteurs mènent régulièrement des évaluations formatives conjointes en analysant les indicateurs de suivi. En sus, une évaluation annuelle générale permet de faire le bilan et de formuler des recommandations quant aux amendements nécessaires avant le renouvellement du contrat. Le contrat doit mentionner la périodicité et les modalités des différentes évaluations (**).

Par ailleurs, le contrat peut aussi envisager qu'en cas de litige, le comité de suivi intervienne dans le conflit entre les partenaires dès lors qu'un arrangement à l'amiable n'a pas été possible (*).

GESTION ET RESOLUTION DES CONFLITS ****

Le contrat doit stipuler la marche à suivre en cas de conflits, c'est-à-dire qu'il doit prévoir, dans un ordre graduel, à qui les acteurs concernés devront s'adresser pour traiter des problèmes qui pourraient surgir. Les options d'arbitrage principales visent en priorité l'atteinte d'un consensus ou d'un arrangement à l'amiable. Il faut donc privilégier la négociation directe entre les personnes concernées (en cas de conflit interpersonnel) ou la négociation entre les représentants des structures, par exemple au sein du comité de suivi (en cas de conflit plus global).

Dans des situations tendues, l'intervention d'un médiateur/conciliateur n'est pas à négliger (**). Il peut s'agir d'une personne ou d'un organe désigné d'un commun accord par les parties ou d'un représentant de l'une ou de l'autre. Imaginons le cas d'un conflit entre un mutualiste et un agent de santé indélicat : pour régler son différend, le mutualiste souhaitera sans doute se faire épauler par un représentant de la mutuelle ou de sa structure d'appui qui pourra peut-être l'aider à prouver l'existence d'une fraude.

Dans les cas graves de conflits, on peut envisager l'arbitrage des autorités locales compétentes, et, en recours ultime, la voie judiciaire.

RENOUVELLEMENT, REVISION ET RESILIATION ****

Lorsque le contrat arrive à échéance, il convient que soit indiqué comment il pourra être renouvelé. À son terme, généralement après une période de 1 an, il est souhaitable que le contrat prévoit une évaluation conjointe qui souligne les modifications éventuelles nécessaires avant le renouvellement.

Le contrat doit aussi prévoir les modalités de révision en cours d'exécution. Par exemple, une réunion du comité de suivi qui tranchera sur le bien fondé de l'amendement souhaité.

De même, le document contractuel doit indiquer comment et dans quels cas on peut procéder à une résiliation anticipée (commun accord des parties, non-respect des engagements de la part de l'une d'entre elles, etc).

SIGNATURES ****

Chacun des co-contractants et, le cas échéant, le ou les partenaires qui apportent leur caution morale, doivent apposer leur signature à la fin du document.

En règle générale, le contrat est signé au moins par un ou plusieurs responsables de la formation sanitaire concernée (dont le président de l'organe d'orientation et de gestion pour cette formation) et le président de la mutuelle de santé.

Au terme de cette présentation, nous souhaitons préciser que cette structure type n'a rien d'officiel. Elle se veut simplement un guide destiné à aider les partenaires afin qu'ils évitent de laisser trop d'éléments au hasard. Si l'on compare cette structure au tableau d'analyse situé en début de chapitre, nous constatons que certains points essentiels n'ont pas toujours été abordés dans les cas analysés. En réalité, si nous ne retenons que les clauses communes à la majorité des contrats (présentes 5 ou 6 fois sur 6), nous obtenons comme dispositions principales :

- Objectif du contrat : fixation des modalités de collaboration.
- Prestataires : vérification de la validité des cartes, établissement des factures et transmission à la mutuelle à date fixe.
- Mutuelle : fixation des modalités de remboursement des factures et date de paiement, description des modalités de prise en charge d'un patient.
- Révision / Mesures d'arbitrage / Signatures.

Certes, ces points sont fondamentaux et résument de façon pragmatique les bases d'une relation contractuelle, mais ils sont aussi un peu limitatifs car ils n'en captent pas l'essence. Comme nous espérons l'avoir démontré au cours de notre analyse, un contrat entre prestataires de soins et mutuelles de santé ne devrait pas se réduire à cette simple relation mécanique. Dans le contexte parfois délicat des relations mutuelles-prestataires / mutualistes-agents de santé dans les pays en développement, un contrat bien construit doit, bien sûr, comporter toutes les dispositions légales essentielles à son bon déroulement. Mais, si l'on désire le voir jouer son rôle en faveur d'une meilleure qualité des soins et des relations humaines, et soutenir le développement à long terme de la mutualité, il doit également aborder bien d'autres points plus spécifiques. C'est ce que nous avons voulu souligner à travers notre proposition de structure type. Elle devrait permettre aux acteurs intéressés d'envisager au mieux la manière de rédiger leur contrat en accord avec leur situation propre.

CONCLUSION

En guise de conclusion, nous formulons quelques recommandations générales qui reprennent la plupart des éléments importants abordés dans ce travail. Nous récapitulons les domaines dans lesquels des actions doivent être entreprises si l'on souhaite que le développement des relations contractuelles entre mutuelles de santé et formations sanitaires porte ses fruits, c'est-à-dire qu'il contribue à améliorer l'accès aux soins de santé de qualité pour les populations les plus démunies et à rendre les systèmes de santé en général plus performants.

Le renforcement des capacités techniques des acteurs

La conduite d'un processus contractuel exige chez les partenaires impliqués des capacités techniques qui sont encore insuffisantes ce qui peut nuire au bon déroulement du processus.

Il est dès lors souhaitable de multiplier les formations destinées aux partenaires, de créer et de diffuser des guides destinés à renforcer leurs capacités dans différents domaines (juridique, économique, relationnel, santé publique, etc.). Les quelques réflexions ci-dessous illustrent l'importance de ce point.

- Même si les documents-contrats finaux ne sont pas extrêmement complexes d'un point de vue juridique, il n'est pas à la portée de tout un chacun de les rédiger. Sur la forme comme sur le fond, les responsables mutualistes et les prestataires de soins doivent parvenir à l'élaboration d'un document légal satisfaisant.
- Les négociations tarifaires constituent la base de nombreux contrats. Or, il est communément admis que le calcul et l'élaboration de tarifs (notamment les tarifs forfaitaires) est un élément très difficile à maîtriser qui nécessite une expertise certaine.
- Puisque nous avons abordé le sujet des négociations, soulignons que l'ouverture au dialogue, la diplomatie et la capacité de faire valoir ses idées sont des qualités essentielles dans l'élaboration, l'exécution et le suivi-évaluation d'un contrat : chaque partie devrait apprendre à les développer grâce à des formations adéquates.
- Par ailleurs, toutes les formations classiques d'appui aux mutuelles (gestion, structuration, etc.) ne peuvent que consolider les organismes et leur assurer ainsi davantage d'efficacité et de crédibilité.

Il ne s'agit que de quelques exemples qui montrent que le renforcement des capacités techniques est primordial. Et ce, non seulement pour les acteurs de la santé sur le terrain mais aussi pour l'État, notamment au niveau de sa fonction de régulation des pratiques contractuelles.

Il serait navrant que des acteurs motivés ne passent pas à l'action par manque de guidance et d'accompagnement.

La formation spécifique des agents de santé

Nous l'avons maintes fois souligné au fil de ce travail, la qualité de l'accueil des mutualistes est un facteur essentiel de réussite de la contractualisation. Trop souvent encore, les patients sont confrontés au manque d'écoute et d'explications, à la rudesse et à la condescendance de certains agents de santé. Nous n'allons pas à nouveau faire l'analyse des causes de ce

	<p>phénomène, mais insister sur le fait que les professionnels de la santé devraient bénéficier de formations sur les "soins centrés sur le patient" (patient centered care)¹. Ces formations permettraient d'améliorer les compétences en communication et la qualité technique et relationnelle des consultations médicales. Des apports méthodologiques sont nécessaires pour corriger les comportements négatifs. Les patients peuvent parfois avoir des attentes irréalistes du point de vue de l'expert, mais il est important de commencer à partir de leurs perceptions, dans un climat de confiance et de respect.</p>
<p>L'information, la communication, la sensibilisation</p>	<p>Idéalement, il est souhaitable d'associer – dès l'étude de faisabilité – les prestataires de soins qui constituent de futurs partenaires éventuels. Nous pouvons parler de "phase pré-contractuelle" qui favorise la communication entre les parties. Plus tôt naîtront les interactions, plus le processus de contractualisation sera aisé.</p> <p>Mais dans tous les cas, une information régulière sur les mutuelles et leurs atouts est nécessaire pour permettre de rallier les prestataires de soins à leur cause. C'est en apprenant, en comprenant et en maîtrisant tous les aspects du partenariat que les prestataires de soins pourront travailler efficacement à la réalisation de son potentiel. Dans ce contexte, le développement des synergies entre les partenaires (actions communes de coopération) devait faire l'objet d'une attention particulière.</p> <p>Tous les agents de santé devraient, en outre, être sensibilisés de façon continue à l'importance du respect des normes médicales, afin d'éviter les conséquences désastreuses des mauvaises pratiques comme la vente illicite de médicaments, la surprescription ou le trafic de diagnostics sur la qualité du partenariat et la viabilité financière des mutuelles de santé.</p>
<p>La négociation, la continuité, la patience</p>	<p>Une dernière fois, insistons sur le rôle clé de celui que nous avons tour à tour appelé "médiateur", "facilitateur", ou "interface". Il peut dynamiser la phase de négociation entre les futurs partenaires, encadrer techniquement l'élaboration du contrat, et ensuite jouer un rôle central dans le suivi et l'évaluation de son exécution, et dans le maintien de la continuité du dialogue entre les parties.</p> <p>Cette continuité est un élément essentiel car un processus contractuel nécessite un "entretien" permanent si l'on ne veut pas voir s'envenimer des situations. Les efforts fournis par les partenaires sont souvent importants lors de la phase préparatoire du contrat mais la signature ne doit pas marquer l'arrêt de ces efforts.</p> <p>Rappelons également qu'un processus contractuel demande du temps. Si les acteurs grillent les étapes, des incompréhensions et des problèmes risquent de survenir. Il est donc important que chacun des acteurs ait bien intégré une étape avant de passer à la suivante. Ce respect des rythmes respectifs des parties permet la nécessaire clarification en profondeur du rôle de chacun dans l'accord signé. Ce besoin de temps sera d'autant plus important qu'à l'heure actuelle, les acteurs ne peuvent pas encore s'appuyer sur des recommandations et des guides bien établis en la matière. Il leur faut alors inventer à chacune des étapes.</p>

¹ D'après Bart CRIEL cité dans *Mutuelles de santé : 5 années d'expériences en Afrique de l'Ouest – Débats, controverses et solutions proposées* (2003), p.43.

<p>Le suivi et l'évaluation des relations</p>	<p>Nous l'avons dit ci-dessus, le suivi de l'exécution d'un contrat garantit la continuité nécessaire à sa bonne marche.</p> <p>Concernant l'évaluation, comme le souligne Perrot², elle constitue un des éléments essentiels de la démarche contractuelle car il est nécessaire d'apprécier si l'objet du contrat a été respecté et ses objectifs atteints. Cependant, on peut souvent constater que des contrats ne font pas état de cette nécessité de l'évaluation. Tout se passe alors comme si les parties prenantes au contrat ne voulaient pas se donner les moyens de vérifier que les engagements qu'elles ont pris sont tenus. L'évaluation demeure un acte externe au contrat alors qu'elle devrait en être partie intégrante.</p> <p>D'une certaine manière, on peut dire que sans modalités d'évaluation, il n'y a pas de contrat puisqu'il n'y a pas de possibilités de vérifier l'engagement réel de chacune des parties prenantes. Le contrat se transforme alors en déclaration d'intention dont le respect repose uniquement sur la bonne volonté des acteurs, ce qui n'est pas souhaitable.</p>
<p>La collaboration avec des professionnels du monde médical</p>	<p>Plusieurs expériences³ montrent l'utilité pour les mutuelles de santé, structures auxquelles l'expertise en matière médicale fait parfois défaut, de s'offrir les services de professionnels de la santé dont les fonctions peuvent être multiples : appuyer les mutualistes dans leurs négociations (rôle d'interface), contrôler les prises en charge, faire des audits, conseiller les parties sur les accords tarifaires possibles, identifier les actions sanitaires organisables en synergie, etc. En outre, la reconnaissance professionnelle dont jouissent ces experts crée automatiquement un lien avec les prestataires de soins et les incite à accorder plus facilement leur confiance.</p>
<p>L'harmonisation des pratiques</p>	<p>La multiplicité des structures mutualistes et sanitaires impliquées dans des relations partenariales (elles aussi multiples) risque d'atomiser les démarches contractuelles, entraînant des lourdeurs de gestion, un manque de cohérence globale et une marginalisation des effets attendus de la contractualisation (meilleure qualité des soins, meilleure adéquation entre l'offre et la demande, etc.).</p> <p>Pour cette raison, tant les prestataires de soins que les mutuelles ont intérêt à s'organiser aux niveaux régional et national et à se regrouper dans des instances qui les représentent. L'organisation en unions, fédérations, et réseaux divers reste le meilleur moyen de passer d'une approche locale et pragmatique à une approche systémique.</p> <p>C'est au niveau de ces instances supérieures que pourront être établies des conventions-cadre dont les avantages sont évidents : harmonisation des pratiques au sein d'un groupe d'acteurs partageant les mêmes objectifs, simplification des discussions au niveau de chaque arrangement contractuel spécifique, renforcement des organisations (leurs poids en tant que contre-pouvoir leur permet de faire prévaloir des arguments et par conséquent de mieux protéger les acteurs de terrain), etc.</p>

² *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé* (Draft)

³ Par exemple, dans notre analyse, le CIDR avec son médecin-conseil ou la MUSANT avec son Conseil des médecins et pharmaciens.

<p>L'intervention de l'Etat</p>	<p>Le rôle de l'État se situe à différents niveaux. Le champ de ses actions possibles est très large et varié : élaboration de politiques contractuelles, création d'un cadre législatif et réglementaire, promulgation de lois sur la mutualité, octroi de cautions, d'agréments ou de primes, plaidoyer en faveur de la mutualité, etc.</p> <p>En bref, l'Etat doit assumer le rôle de régulateur qui lui revient si l'on ne veut pas risquer de voir les actions entreprises sur le terrain remises en cause ou, à tout le moins, rester à l'état d'expérimentation. Au minimum, l'État doit permettre aux expériences de se dérouler dans un climat serein. Évidemment, il sera préférable qu'il marque son soutien le plus fort à l'approche contractuelle de sorte à envoyer à tous les acteurs un message clair pour qu'ils s'inscrivent dans cette logique.</p>
<p>La capitalisation des expériences</p>	<p>Lorsqu'une démarche nouvelle impliquant l'intérêt collectif est mise en œuvre, il est important que les acteurs ne travaillent pas en isolement. Chacun doit avoir à l'esprit que l'expérience, les compétences et les informations acquises méritent d'être partagées.</p> <p>Dans les pays en développement, la contractualisation des relations entre mutuelles de santé et prestataires de soins n'en est encore qu'à ses débuts. Il est dès lors essentiel que soit diffusé un maximum de matériels dans des cadres de concertation, lors d'ateliers thématiques ou encore sur l'Internet de sorte à enrichir la capacité collective.</p>

Après ces quelques recommandations qui suggèrent les stratégies et les actions à mener afin de privilégier la notion de partenariat entre les futures parties du contrat, nous souhaitons conclure en prenant un peu de distance par rapport à notre problématique.

La contractualisation entre mutuelles de santé et formations sanitaires n'en est encore qu'à ses débuts et concerne un mouvement dont l'impact, malgré son développement rapide, est encore relativement faible. Il serait donc risqué de tirer des conclusions prématurées ou trop optimistes. Dans ce travail, nous souhaitons simplement, en nous basant sur des cas concrets, exposer clairement les avantages potentiels de la contractualisation. Nous avons ainsi découvert un élément essentiel : elle peut contribuer à une amélioration de la qualité des soins grâce à un rééquilibrage et à une redéfinition des relations entre les partenaires.

Il faut cependant garder à l'esprit que la contractualisation ne représente qu'un élément isolé parmi de nombreux autres qui sont interconnectés et qui interviennent dans la réalisation de l'objectif principal des mutuelles de santé : un meilleur accès à des soins de santé de qualité pour les personnes qui en sont privées. Ainsi, parallèlement à l'existence d'un contrat qui sécurise le partenariat entre les mutuelles et leurs premiers collaborateurs que sont les formations sanitaires, bien d'autres facteurs conditionnent la bonne marche d'une structure mutualiste et sa pérennisation ; parmi eux citons un nombre suffisant d'adhérents, un couple cotisations/prestations satisfaisant, une autonomie d'action ou encore une gestion saine. En d'autres termes, la contractualisation peut constituer un bon angle d'attaque vers une amélioration de la qualité des soins, de la performance des systèmes de santé et de la satisfaction des usagers, mais elle ne pourra bien entendu régler à elle seule tous les problèmes. Elle est une condition nécessaire mais pas suffisante à la progression positive du mouvement mutualiste. En conséquence, les efforts dans ce domaine doivent impérativement s'inscrire dans une stratégie plus globale de développement et de renforcement des mutuelles de santé et des structures de soins, et de mise en place de politiques sanitaires cohérentes dans les pays en développement.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

[?], "Panel de discussion sur le thème 2 : La contractualisation", in *Courrier de la Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique, Forum 2002 de la Concertation – 16-18 septembre 2002 : Actes du Forum*, n°9, pp57-59, Dakar, Sénégal, janvier 2003.

[?], "Relations entre payeurs et prestataires de soins", in *Courrier de la Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique*, n°7, p.7, Dakar, Sénégal, janvier 2002.

ATIM, C., *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre*, STEP, Dakar, Sénégal, mars 2000.

BIT, BIT-STEP, USAID-PHR, GTZ, ANMC, AIM, WSM, *Plate-forme d'Abidjan*, 1999.

BIT/STEP AFRIQUE, *La micro-assurance santé en Afrique : Guide d'introduction à la mutuelle de santé*, Organisation Internationale du Travail, Dakar, Sénégal, 2000.

BODART, C., SCHMIDT-EHRY, B., *L'approche contractuelle comme outil de mise en œuvre des politiques nationales de santé en Afrique*, GTZ, Division 43, 1999.

CARRIN, G., PERROT, J., SERGENT, F., *The Contractual Approach : new partnerships for health in developing countries*, pp 11-28, OMS, Genève, Suisse, 1997.

CELLULE D'APPUI AUX MUTUELLES DE SANTE, IPM ET COMITES DE SANTE (CAMICS), *Créer une mutuelle de santé. Oui, mais comment ? – Guide à l'attention des promoteurs et des administrateurs de mutuelle de santé*, Ministère de la Santé, République du Sénégal, novembre 2000.

CENTRE INTERNATIONAL DE DEVELOPPEMENT ET DE RECHERCHE (CIDR), DIRECTION DE DEVELOPPEMENT DE LA COOPERATION SUISSE (DDC), *Projet Mutuelles de Santé – Livret d'information sur les mutuelles du réseau Alliance Santé*, CIDR, Parakou, République du Bénin, janvier 2004.

CENTRE INTERNATIONAL DE DEVELOPPEMENT ET DE RECHERCHE (CIDR), *Etude de cas des mutuelles d'assurance maladie du Sud Borgou et du Nord Zou au Bénin*, République du Bénin, janvier 2001.

CENTRE INTERNATIONAL DE DEVELOPPEMENT ET DE RECHERCHE (CIDR), MEDICUS MUNDI INTERNATIONAL (MMI), ASSOCIATION SANTE INTERNATIONAL (ASI), *L'approche contractuelle -Guide pour la conduite de la contractualisation d'une structure de soins au sein du district sanitaire dans le cadre d'un partenariat entre un Ministère de la Santé et une ONG*, Tomes I et II.

CENTRE INTERNATIONAL DE DEVELOPPEMENT ET DE RECHERCHE (CIDR), *Projet Mutuelles de Santé – Rencontres mutualistes & formations sanitaires*, CIDR, Parakou, République du Bénin, avril 2002.

CREDES, *Poursuite des actions de la coopération française dans le secteur des mutuelles de santé au Bénin – Étude de faisabilité*, Ministère de la Santé Publique, République du Bénin, décembre 2000.

CRIEL, B., NOUMOU BARRY, A., VON ROENNE, F., *Le projet PRIMA en Guinée Conakry – Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale*, Medicus Mundi Belgium, Bruxelles, Belgique, juin 2002.

- DGCID, *Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les PVD*, Ministère des Affaires Étrangères, République Française, 2000.
- HOUSSOU K., R., *L'extension de la sécurité sociale aux populations non couvertes – Rapport du Bénin*, Association internationale de la sécurité sociale, Colloque des directeurs d'institutions de sécurité sociale des pays francophones d'Afrique, Limbé, Cameroun, janvier 2004, p.8.
- HUBER, G., HOHMANN, J., REINHARD, K., *Mutuelles de santé : 5 années d'expériences en Afrique de l'Ouest – Débats, controverses et solutions proposées*, GTZ, Allemagne, 2003.
- LETOURMY, A., *État et assurance maladie dans les pays africains. Communication aux XXVIèmes Journées des Économistes français de la santé*, CERDI, Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003.
- LETOURMY, A., *Symposium de Turin 23-25 avril 2003*, MAE-BIT.
- LOUVAIN DEVELOPPEMENT ; PROMUSAF ; en collaboration avec STEP, AMCES et BØRNEFONDEN, *Développement des mutuelles de santé : Rôles et places des acteurs dans les relations avec les prestataires de soins ? – Rapport Général (Atelier des 29,30 & 31 janvier 2002)*, Cotonou, République du Bénin, janvier 2002.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU BENIN, *Annuaire des statistiques sanitaires 2002*, MSP/DPP – SNIGS, Cotonou, République du Bénin, 2002.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU BENIN, *Politiques et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006*, Cotonou, République du Bénin, novembre 2002.
- OMS, BANQUE MONDIALE, *L'approche contractuelle comme outil de mise en œuvre des politiques nationales de santé dans les pays africains : synthèse et activités de suivi*, Consultation technique entre organisations de coopération au développement, Dakar, Sénégal, 19-21 octobre 1998.
- PERROT, J., "Les mutuelles de santé : Quelles relations contractuelles développer ? ", in *Courrier de la Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique, Forum 2002 de la Concertation – 16 -18 septembre 2002 : Actes du Forum*, n°9, pp 35-39, Dakar, Sénégal, janvier 2003.
- PERROT, J., *Les nécessaires relations entre les institutions d'assurance santé et l'offre de services de santé*, OMS, Financing and Organisation of Health Systems (FOH), Genève, Suisse.
- SABI GANI, M., *Analyse des mutualistes sur les relations non-contractualisées avec les services de santé*, Alliance Santé, CIDR, Parakou, République du Bénin, 2004.
- SENANT, PH., KIRSCH-WOIK, TH., *Aspects juridiques de l'approche contractuelle comme outil de mise en œuvre d'une politique nationale de santé : Expérience du projet Santé GTZ de Mahajanga (Madagascar)*, Présentation pour la réunion "Approche contractuelle comme outil de mise en œuvre des politiques nationales de santé dans les pays africains", DIRDS/Projet Santé GTZ, Mahajanga, Madagascar, mars 2004.
- SENANT, PH., KIRSCH-WOIK, TH., *Évolution de l'approche contractuelle dans la province de Mahajanga (Madagascar)*, Communication présentée au Colloque international Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie, Clermont-Ferrand, France, 30 novembre - 1 décembre 2000.
- VANCUTSEM, S., *Analyse comparée des mutuelles de santé et autres systèmes de micro-assurance santé au Bénin – Rapport de Stage*, Faculté d'Économie, Gestion et Sciences Sociales, Université de Liège, mars 2001.

DRAFTS D'UN PROJET DE PUBLICATION

Chapitres fournis par ALAIN LETOURMY (CERMES, CNRS) et JEAN PERROT (OMS) :

- *Analyse de l'allocation des ressources financières au sein d'un système de santé*
- *Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé*
- *Assurance maladie et contractualisation avec l'offre de soins*
- *Éléments pour la conduite d'une relation contractuelle*
- *Les communautés dans les réformes des systèmes de santé*
- *Le rôle des partenaires extérieurs*

INTERNET

www.medicusmundi.org

Newsletter No. 70, Summer 2003.

www.resacoop.org

Mutuelles de santé, 25 mars et 4 juin 1998.

www.concertation.org

- *Forum 2000 de la concertation.*
- *Modèle de statut d'une mutuelle.*
- *Inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre : Cas du Bénin.*