



FIdES Policy Brief #3

Une expérience de mutuelle de santé peut-elle inciter les bénéficiaires et leurs proches à adhérer de manière durable à la mutuelle ?

Les résultats d'une étude dans la commune rurale de Ziniaré au Burkina Faso.

Fadima YaYa Bocoum^a, Manuela Fritz^b, Michael Grimm^{b,c,d}, Renate Hartwig^{b,e}

^aIRSS, Ouagadougou, ^bUniversité de Passau, ^cIZA Bonn, ^dRWI Research Network, ^eUniversité de Goettingen

Contexte

Avec le soutien et la facilitation d'Asmade, la Mutuelle de Santé « Lafi La Bumbu » a été lancée dans la commune de Ziniaré en Juin 2014. L'inscription à la mutuelle est familiale. La cotisation annuelle est passée de 2.400 à 3.900 FCFA par personne avec la loi sur la RAMU. Les services de santé sont accessibles aux abonnés après une période d'observation de deux mois. Depuis le lancement, le taux d'adhésion reste faible, en dépit d'une grande campagne d'information. La dernière a pu améliorer la connaissance sur le fonctionnement d'une mutuelle, mais n'a pas pu inciter les populations à s'inscrire (Bocoum et al., 2019). Ce constat a été à l'origine d'une intervention supplémentaire, avec laquelle il a été prévu de vérifier si une expérience temporaire et gratuite avec la Mutuelle peut encourager les ménages à s'inscrire ou se réinscrire.

Description de l'intervention

Pour cette raison une inscription gratuite d'une durée d'un an a été offerte à certains ménages. Au total 111 ménages ont été choisis à travers une loterie publique ; parmi les ménages qui

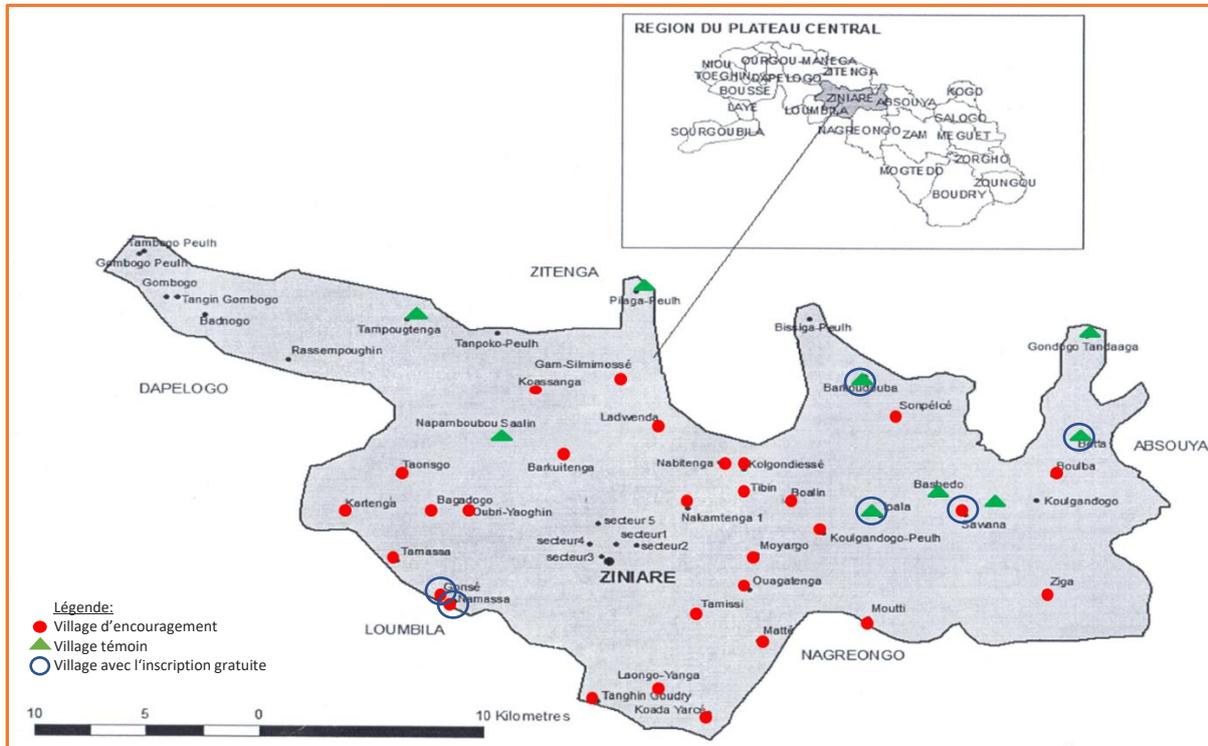
avaient participé à l'enquête en 2013 et 2016 et qui vivaient dans l'un des six villages suivants : Betta , Gonsé , Ipala, Sawana, Barkoudouba et Namassa. Dans quelques villages certains ménages avaient bénéficié auparavant de la campagne d'information, directement ou indirectement (graphique 1).

Dans chacun de ces six villages 18 à 19 ménages ont été choisis. Les ménages sélectionnés ont pu choisir jusqu'à sept bénéficiaires par ménage. Les ménages ont été ensuite visités par un agent de la Mutuelle, qui les a renseignés sur le fonctionnement et les principes de la Mutuelle et qui les a inscrits, s'ils le souhaitaient.

La présente note d'information est à l'attention des décideurs impliqués dans la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle au Burkina Faso et dans d'autres pays de contextes similaires. Les résultats permettront d'améliorer l'élaboration du schéma d'extension de la couverture sanitaire en tenant compte des facteurs sociaux économiques des populations en milieu rural.



Graphique 1: La carte du site d'étude



Méthode d'évaluation

Une enquête de suivi a été lancée en février et mars 2019, donc huit mois après la fin de la période d'essai. L'échantillon comprenait les 110 ménages bénéficiaires plus 633 ménages témoins tirés de manière aléatoire au sein des six villages et de quinze autres villages.

Dans le cadre de l'enquête les ménages ont été interrogés afin de mesurer les taux d'inscriptions à la Mutuelle et les taux de renouvellement et, le cas échéant, les raisons du non-renouvellement. Ils ont également été interrogés sur l'utilisation des services de santé, l'état de santé, y compris les chocs de santé, et les dépenses de santé au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête.

Finalement 103 ménages bénéficiaires et 622 ménages témoins ont été interviewés. Les ménages bénéficiaires comprenaient au total 544 individus qui étaient couverts par la mutuelle.

Résultats

Parmi les bénéficiaires, seul un ménage a renouvelé son inscription au bout de la période d'essai. Comme le montre le tableau 1, 39% ont déclaré au moins prévoir le renouvellement de leur inscription. Par contre 60% ne prévoit pas le faire.

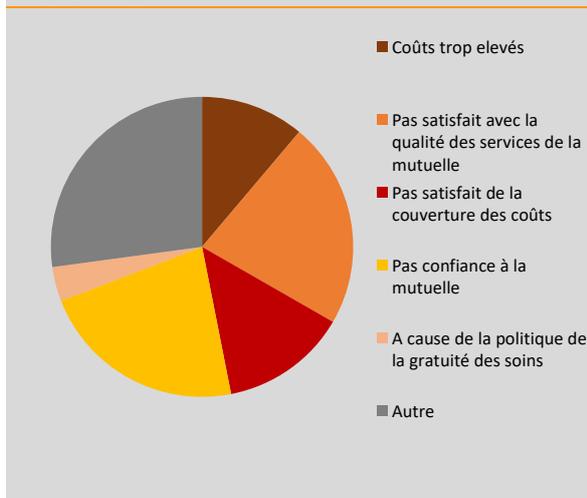
Tableau 1 : Statut de renouvellement auprès des bénéficiaires

A renouvelé	1	1%
Prévoit de renouveler	40	39%
Ne prévoit pas de renouveler	62	60%
Total Bénéficiaires	103	100%



Pour les ménages qui ne prévoient pas renouveler leur inscription, la réponse la plus fréquente est que leur non satisfaction par rapport à la qualité des services de la mutuelle (29%) et le manque de confiance à la Mutuelle (29%) (Graphique 2). Aussi 18% des ménages ne sont pas satisfaits par la prise en charge des dépenses (couverture pas satisfaisante) et 15% des bénéficiaires trouvent les coûts de la cotisation trop élevés. Enfin 5% des ménages ne prévoient pas renouveler à cause de la gratuité des soins.

Graphique 2 : Raisons pour le non-renouvellement de l'inscription parmi les bénéficiaires

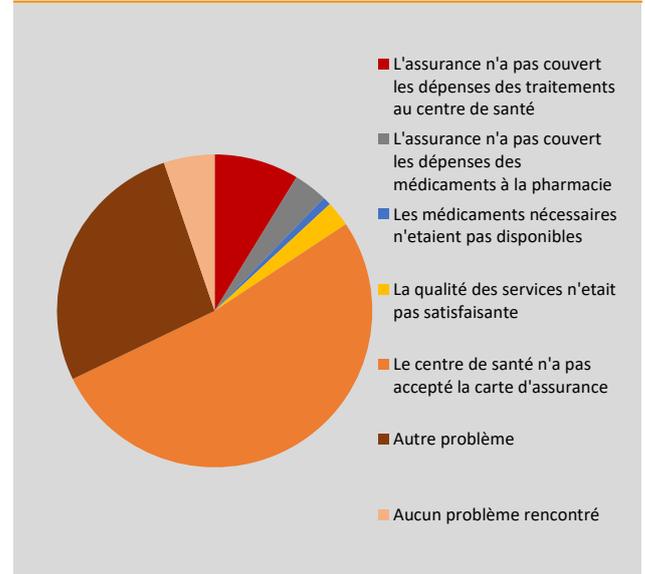


Note : Réponses multiples possibles.

Parmi les bénéficiaires seul un ménage déclare avoir été très satisfait de la Mutuelle, et 17 autres ont été au moins satisfaits. Par contre 67 n'étaient pas satisfait pendant que 18 ont répondu qu'ils ne peuvent pas évaluer la qualité, précisément parce qu'ils ne l'ont pas utilisée.

Interrogés sur les problèmes rencontrés lors de la période d'essai (Graphique 3), 58% des bénéficiaires affirment que les centres de santé n'ont pas accepté la carte de la mutuelle et 10% révèlent que la mutuelle n'a pas couvert les dépenses des traitements au centre de santé. Seuls 6% n'ont pas rencontré des problèmes.

Graphique 3 : Problèmes rencontrés par les bénéficiaires au cours de la période d'essai

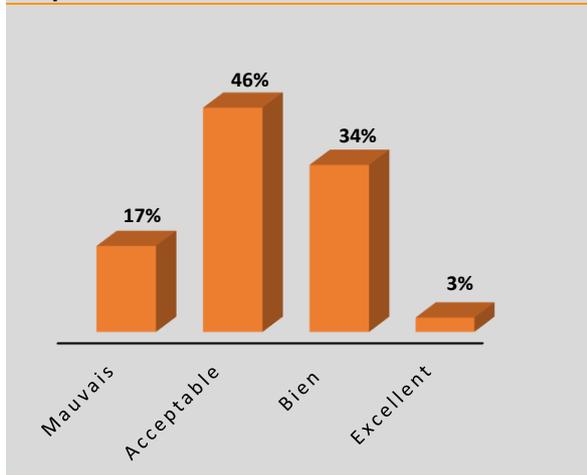


Note : Réponses multiples possibles.

Le niveau de satisfaction ne semble pas, à première vue, être lié à la qualité des services des centres de santé. En effet 46% jugent la qualité acceptable, 34% même bien et 3% excellent. Seul 18% estiment la qualité mauvaise et seulement un quart des bénéficiaires trouve qu'il y a un problème d'absentéisme au sein des agents de santé dont un tiers vient du même village, suggérant que ce n'est pas un problème général.



Graphique 4 : Evaluation de la qualité des services fournis au CSPS/centre de santé auprès des bénéficiaires



Il est aussi important de noter que les bénéficiaires n'ont pas décidé contre le renouvellement en croyant que la politique de la gratuité leur donnerait déjà des services à zéro coût. 95% des bénéficiaires disent qu'ils connaissent la politique et plus de 95% savent qui peut en profiter, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes mais pas les autres.

Il est à souligner, que 42% des bénéficiaires ont déclaré que la période d'essai les a aidés à mieux comprendre le fonctionnement d'une mutuelle et pour 25% cela leur a permis de changer de façon positive leur avis sur la Mutuelle. Enfin 54% pensent qu'une période d'essai pourrait convaincre d'autres gens.

Tous les participants à l'enquête ont également été interrogés sur trois principes d'une mutuelle de santé.¹ Le taux des chefs de ménages qui ont répondu aux trois questions de manière correcte est de 8% plus élevé au sein des bénéficiaires de l'intervention (84% contre 78%). En somme, la période d'essai a pu au moins améliorer légèrement la connaissance sur le

fonctionnement d'une mutuelle de santé, tout en reconnaissant que le niveau de connaissance était déjà assez élevé au sein du groupe témoin.

Les recommandations

Au regard des résultats de l'étude les mesures suivantes sont préconisées :

- Renforcer la collaboration entre la mutuelle de santé et les responsables du district sanitaire et des centres de santé afin que chaque agent de santé soit informé des services de la Mutuelle et de son fonctionnement. Cela devrait assurer qu'aucun bénéficiaire ne paye pour des services qui en principe devraient être couverts par la Mutuelle. Cela implique également de prendre contact avec les centres de santé chaque fois que le personnel change pour s'assurer que le nouveau personnel est aussi informé.
- Renforcer les compétences de l'équipe de gestion de la mutuelle afin d'améliorer la qualité des services offerts aux populations pour inciter de nouvelles adhésions et un maintien des adhérents et bénéficiaires.
- Redynamiser les points focaux de la mutuelle pour un meilleur suivi des besoins des populations en matière d'information et recueils des plaintes.
- Renforcer les campagnes d'information auprès des populations pour s'assurer qu'elles sont bien renseignées où faire l'inscription, quels sont leurs droits et comment se plaindre en cas de non-couverture.

¹ Principe I : Si les dépenses pour les soins sont moins que la cotisation payées, l'assureur doit rembourser la cotisation. Principe II : Il n'est pas juste que chacun paie la même

cotisation s'il tombe malade ou pas. Principe III : Il est choquant que d'autres personnes bénéficient de la cotisation que vous avez payée parce qu'ils ont été malades.



En conclusion, les enquêtés ont une bonne connaissance des principes de la mutuelle de santé et ont un certain intérêt vis-à-vis de ces bénéfiques. Ce qui est favorable à l'établissement de la mutuelle. De plus il est également possible de montrer que leurs dépenses de santé annuelle sont en moyenne supérieures à la cotisation annuelle de la mutuelle. Cependant des mesures appropriées sont nécessaires pour améliorer le taux d'adhésion à la mutuelle de santé.

Partenaires de recherche



Équipe de recherche



Bocoum Yaya, Fadima
Chercheur, Ph.D.
Institute de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS)
fadimabocoum@yahoo.fr



Fritz, Manuela
Doctorant de l'Économie du Développement
Université de Passau
manuela.fritz@uni-passau.de



Grimm, Michael
Prof. de l'Économie du Développement, Ph.D.
Université de Passau
michael.grimm@uni-passau.de



Hartwig, Renate
Prof. de l'Économie du Développement, Ph.D.
Université de Goettingen, Université de Passau, GIGA Hamburg
renate.hartwig@uni-goettingen.de