

Améliorer l'accès des populations rurales à la santé :

Etude d'un programme pilote de microassurance santé au Bénin

Rebecca Tapscott



Copyright © 2013 Catholic Relief Services

Catholic Relief Services
PQSD Publications Team
228 W. Lexington St.
Baltimore, MD 21201

Photo : Des membres de CECL renouvellent leur inscription à la MAS, juillet 2012. Rebecca Tapscott pour CRS.

Résumé : L'initiative pilote de CRS en matière de microassurance santé (MAS) a été lancée dans l'Atacora au Bénin le 1^{er} mars 2012. Cette étude a été commanditée pour obtenir une meilleure compréhension de la mise en œuvre du programme de MAS, notamment en ce qui concerne la demande des clients et leurs expériences, les points forts et les points faibles, et les idées sur comment intégrer la MAS dans le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) du Bénin. La recherche s'est appuyée sur des méthodes qualitatives, notamment des discussions thématiques de groupe, et des interviews avec les membres de 14 Communautés d'Épargne et de Crédit Interne (CECI). Ces CECI ont été sélectionnées parmi les 33 CECI participants par échantillonnage aléatoire et stratifié pour garantir la représentation des centres de santé participant au programme. Les résultats montrent qu'il y a une forte demande pour la MAS au niveau des CECI et que les usagers constatent des avantages, notamment en termes de réduction des coûts, d'une amélioration de l'accès aux soins de santé, de réduction des soucis quant à leur santé, d'une amélioration de leur capacité à suivre un traitement, et de renforcement de la cohésion de groupe. Le plus grand défi se pose au niveau des prestataires de soins de santé dans la mesure où les infirmiers doivent effectuer des tâches administratives supplémentaires sans rémunération correspondante et de ce fait ne sont pas motivés à appuyer le produit de MAS. Les autres défis constatés sont d'abord le faible engagement de la compagnie d'assurance (NSIA) qui se traduit par l'hésitation à consacrer les ressources humaines et financières nécessaires pour la réalisation des aspects administratifs du produit et ensuite des obstacles liés au manque de confiance entre les CECI, NSIA, et les prestataires de services de soins de santé.

Liste des acronymes

ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
CECI	Communauté d'épargne et de crédit interne
CRS	Catholic Relief Service
F CFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
MAS	Microassurance santé
NSIA	Nouvelle Société Interafricaine d'Assurance
ONG	Organisation Non Gouvernementale
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
USD	Dollar américain

Table des matières

Résumé exécutif	1
1. Introduction	5
2. Descriptif du travail	8
3. Méthodologie	9
4. Résultats de la recherche.....	11
4.1. Demande pour le produit de MAS chez les membres de CECI et leurs perceptions du produit	11
4.1.1. Données: Souscription et renouvellement des assurés primaires des polices et des bénéficiaires	11
4.1.2. Motifs de souscription à la MAS.....	13
4.1.3. Motifs pour ne pas souscrire à la MAS chez certains membres de CECI.....	15
4.1.4. Compréhension du produit de MAS par les CECI	18
4.1.5. Vécu des clients dans l'utilisation du produit de MAS	21
4.1.6. Interactions entre la MAS et les CECI	22
4.1.7. Principales observations des GDD et interviews auprès des CECI.....	23
4.2. Connaissances et points de vue obtenus des interviews avec les acteurs clés.....	25
4.2.1. Connaissances et points de vue obtenus du personnel de CRS	25
4.2.2. Connaissances et perspectives obtenus de Caritas Natitingou.....	26
4.2.3. Connaissances et points de vue obtenus des prestataires de soins de santé.....	26
4.2.4. Connaissances et points de vue obtenus de la NSIA	28
4.2.5. Connaissances et points de vue obtenus des autorités gouvernementales	29
4.3. Principaux défis pour la mise en œuvre et à la transposition à plus grande échelle de la MAS	30
4.3.1. Niveau des CECI/ménages	30
4.3.2. Niveau des prestataires de soins de santé	32
4.3.3. Niveau de la NSIA.....	34
4.4. Stratégies pour mettre la MAS en relation avec le RAMU du Bénin.....	36
5. Conclusions et recommandations	37
Annexe A Modalités de la microassurance santé de NSIA.....	40
Annexe B Liste des services et coûts moyen dans les centres de santé locaux.....	41
Annexe C Etat des réclamations au 17 juillet 2012	42
Annexe D Bibliographie.....	43
Annexe E CECI interviewées.....	44
Annexe F Guides d'interview utilisé pour les discussions thématiques de groupes CECI.....	45
Annexe G Statistiques de la NSIA sur la MAS pour la période d'inscription du 4-5 juillet 2012	49

Résumé exécutif

Depuis 1992, CRS fournit des services de microfinance aux populations rurales non bancarisées du Bénin. En 2006, elle a adopté l'approche de Communauté d'Épargne et de Crédit Interne, connue sous le sigle CECI. Les groupes CECI deviennent indépendants ou « autonomes » après un cycle : à partir de ce moment, ils ne reçoivent plus d'appuis externes. En plus d'un fonds de crédit, ils disposent d'un fonds solidarité sociale, connu sous le nom de « fonds social ». Les membres cotisent régulièrement au fonds social et peuvent y avoir recours lorsqu'ils sont dans le besoin. Le fonds social est utilisé pour faire face à des coûts de santé imprévus, tels que le transport vers les centres de santé, les consultations, et les médicaments. Cependant, il suffit rarement à couvrir tous les coûts. De ce fait, les membres de CECI doivent emprunter auprès du groupe, d'amis, ou de voisins pour pouvoir payer la différence.

Pour une meilleure prise en charge des coûts de santé, les membres de CECI dans la région d'Atacora au nord du Bénin ont envisagé de se joindre à des mutuelles de santé. Cependant, comme ils l'ont rapporté, ils ont eu l'impression de ne pas être les bienvenus auprès des mutuelles de santé régionales, qui de toutes les façons étaient éloignées et n'avaient pas la cohésion que l'on trouve dans les CECI. Ils ont alors demandé à Caritas Natitingou et CRS de transformer leurs groupes d'épargne en mutuelles de santé. Comme cela peut prendre de nombreuses années pour que les mutuelles de santé se constituent et deviennent indépendantes, CRS a proposé de se pencher sur une autre option qui a amené les CECI à entrer en partenariat avec la Nouvelle Société Interafricaine d'Assurance – Bénin, une compagnie d'assurance privée, pour créer un produit de microassurance maladie.

La souscription à ce produit est volontaire et se fait à titre individuel et les primes mensuelles sont collectées deux fois par an (février et juillet 2012). L'adhésion primaire est limitée aux membres de CECI et coûte 290 F CFA (USD 0,54) par personne par mois soit 3 480 F CFA (USD 6,52) par personne par an. L'assurance couvre 70% des coûts dans les centres de santé locaux affiliés, y compris le coût des produits en vente dans les pharmacies de ces centres. La quote-part de 30% couvre la différence et est réglée au moment du service. L'assurance comporte une composante assurance-vie pour décès et invalidité permanente.

Comme il s'agissait d'un processus nouveau pour CRS, Caritas et les membres des CECI, CRS a décidé de mener la présente étude pour mieux comprendre dans quelle mesure le produit répond à la demande des clients, dans quelle mesure la demande pour la MAS évolue, pour comprendre les avantages et les inconvénients de la MAS selon la perception des usagers, et les points faibles et les points forts du fonctionnement général des MAS à ses débuts. Ainsi, cette étude se penche sur les défis qui se posent au départ, sur les possibilités de solution, et sur l'éventuelle mise en relation avec le Régime d'Assurance Maladie Universelle du Gouvernement du Bénin.

L'étude a été menée du 4 au 14 juillet 2012 dans les arrondissements de Chabicouma et de Kotopounga et a adopté une méthodologie qualitative. Compte tenu de la taille limitée des échantillons, les résultats ne peuvent être extrapolés ou généralisés à d'autres CECI ou à d'autres programmes de microassurance santé. Un échantillon de 16 CECI a été tiré au hasard, stratifié par centre de santé fréquenté, à savoir sept (7) du centre de santé Saint Joseph, sept (7) des centres de santé de Bodarima et de Kotopounga,

et deux CECI du centre de santé de Yarikou. Deux CECI n'ont pu être interviewées pour cause de problème logistique. Les données ont été collectées des CECI à travers des discussions thématiques de groupe (n=19) et des interviews individuelles de type qualitatif avec les membres de CECI (n=6). Quatorze interviews ont concerné des adhérents à la MAS et 11 des non adhérents.

L'étude a permis de constater que si les membres de CECI étaient beaucoup moins nombreux à adopter le produit d'assurance par rapport aux prévisions de CRS, le feedback sur le produit était positif dans l'ensemble. Les assurés ont indiqué bénéficier d'une réduction des coûts de santé, d'un meilleur accès aux soins de santé, d'une réduction de leurs soucis, d'une baisse des coûts imprévus, d'une plus grande capacité à suivre les traitements prescrits, et d'une plus grande cohésion de groupe. La plupart des répondants (assurés ou non) ont indiqué être intéressés à se joindre au programme d'assurance ou à renouveler leur assurance. Pour les non assurés, le coût par membre et des obstacles d'ordre logistique sont les principaux facteurs qui les empêchent de souscrire alors que de l'avis des assurés, c'est une mauvaise compréhension et le manque de confiance qui font que les autres ne se joignent pas au programme.

Le personnel de CRS et de Caritas a noté que s'il y a une forte demande de la part des CECI, il reste un nombre de défis à relever avant que le produit ne devienne pérenne. Pour Caritas, le plus grand défi est la planification, notamment la détermination des dates de souscription et de renouvellement avec les communautés. Pour les prestataires de soins de santé, le produit, à ce point représente une charge administrative supplémentaire avec peu ou sinon aucun avantage à court terme. Ils ont indiqué qu'ils n'ont pas la capacité à recevoir des clients supplémentaires et ont signalé des problèmes logistiques en matière de salaire et réclament un remboursement de la NSIA. Néanmoins, ils ont indiqué être disposés à travailler avec CRS et la NSIA pour faire marcher le produit.

Même si elle reconnaît que le produit peut devenir très rentable à l'avenir, NSIA reste réticente à investir des ressources financières avant de voir les résultats concrets du concept. Les opinions de son personnel sont partagées en ce qui concerne la structure de financement, notamment en ce qui concerne la rentabilité de la composante assurance-vie. NSIA a indiqué approuver le travail de CRS et espère que l'organisation restera impliquée pour au moins deux années supplémentaires. Les autorités gouvernementales ont exprimé leur approbation du projet pilote et sont curieux de voir s'il va réussir ou non.

Conclusions and recommandations

La recherche et l'analyse ont permis de montrer que la microassurance santé par le biais d'une compagnie d'assurance privée offre une opportunité exceptionnelle avec des avantages potentiels pour toutes les parties concernées. La clientèle, la compagnie d'assurance, les prestataires de soins de santé, et le Gouvernement du Bénin tireront chacun des avantages importants de ce projet s'il réussit. Les facteurs fondamentaux requis pour sa réussite sont déjà là. En ce qui concerne les CECI, la demande existe et les demandeurs ont la capacité de payer les primes. En ce qui concerne les centres de santé, ils se sont engagés vis-à-vis du programme pilote parce qu'il leur permettra d'avoir plus de clients et plus de revenus et leur offre une occasion d'adopter une approche plus proactive aux soins préventifs. Quant

à la NSIA, elle peut obtenir des bénéfices importants tout en fournissant un service de valeur. Les recommandations suivantes visent la réussite durable de ce programme pilote et notamment l'instauration de la confiance entre les parties prenantes :

Recommandations générales

- (1) Accorder la priorité à l'expérience des premiers clients parce que les autres les observent avant de se joindre au programme ;
- (2) Promouvoir la confiance en faisant preuve de transparence, de prévoyance, et de proactivité dans toutes les décisions ;
 - Partager les constats et les connaissances avec tous les partenaires le plus vite possible ;
 - Offrir un forum formel pour le feedback, tel que des réunions trimestrielles des parties prenantes.

Recommandations pour CRS et Caritas

- (3) Mener une réflexion qui dépasse le cadre habituel du projet pour trouver des moyens pour renforcer la capacité et l'intérêt de NSIA, des prestataires de soins de santé ;
- (4) Travailler avec la NSIA dans l'élaboration d'une stratégie pour améliorer sa capacité à servir les populations rurales :
 - Mettre à profit les relations existantes pour convaincre les responsables de haut niveau de la NSIA de prioriser la MAS ;
 - Rester impliqué dans le programme pilote jusqu'à ce qu'il soit autonome mais à commencer le transfert de responsabilités vers la NSIA immédiatement ;
 - Promouvoir les relations entre la NSIA et les communautés cibles en identifiant un employé de la NSIA qui sera le visage de la NSIA auprès des communautés rurales et au siège de la NSIA
- (5) Motiver les prestataires de soins de santé à offrir des services de meilleure qualité :
 - Envisager de créer une reconnaissance officielle pour honorer le centre de santé qui reçoit et traite le plus de patients bénéficiant de la MAS ;
 - Envisager de travailler avec le Gouvernement du Bénin pour l'adoption de la MAS de la NSIA dans le RAMU;
 - Envisager d'ajouter une composante de renforcement de capacité pour les prestataires de soins de santé impliqués dans le programme.
- (6) Renforcer les sensibilisations et les discussions d'apprentissage en vue de :
 - Mieux établir l'idée qu'une assurance santé ne réduit pas nécessairement les coûts de santé mais améliore la capacité des assurés à gérer les coûts associés aux soins de santé ;
 - Encourager les clients à utiliser les formations sanitaires pour divers services ;
 - Mettre en place des séances supplémentaires de discussion d'apprentissage pour faire aux défis à mesure qu'ils surgissent.

Recommandations pour NSIA

- (7) Investir suffisamment de ressources financières et humaines pour une bonne gestion du projet ;
- (8) Renforcer les relations entre NSIA et la clientèle pour développer la confiance :
 - Mettre en place une méthode pour permettre des contacts directs entre la NSIA et la clientèle ;

- Envisager une campagne d'information sur la NSIA auprès des populations locales.
- (9) Renforcer les relations entre la NSIA et les prestataires de soins de santé pour développer la confiance :
 - Contacter régulièrement les prestataires de soins de santé et leur désigner une personne en particulier pour être leur contact afin de répondre à leurs questions et leurs préoccupations ;
 - Envisager de réviser et de simplifier les documents administratifs ;
 - Consulter les prestataires de soins de santé lors de l'élaboration des nouveaux documents.
- (10) Etablir et publier un calendrier pour le renouvellement des primes bien à l'avance :
 - Rendre les dates publiques ;
 - Respecter strictement les dates et les heures prévues.
- (11) Publier les modalités d'assurance dans la mesure du possible :
 - Inclure les coûts, les services disponibles, les médicaments acceptés, et les prestations de l'assurance vie, etc. ;
 - Distribuer des jeux de documents d'information sur la MAS aux formations sanitaires et aux CECI ;
 - Plastifier un exemplaire des documents d'information pour chaque formation sanitaire et leur demander de le placer dans un endroit où les visiteurs et les prestataires de soins de santé peuvent facilement le consulter.

Recommandations pour la recherche à l'avenir

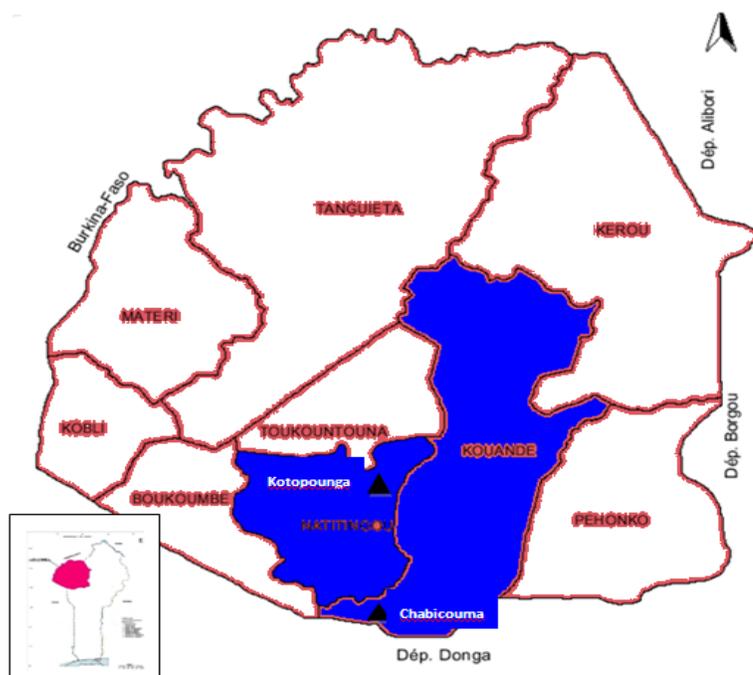
- (12) Voir comment la technologie de téléphonie mobile peut aider à résoudre les défis d'ordre logistique :
 - Plateforme SMS pour permettre aux prestataires de soins de santé d'envoyer les reçus à la NSIA par voie électronique ;
 - Transfert de fonds par téléphonie mobile pour envoyer les remboursements aux prestataires de soins de santé ;
 - Permettre aux clients de s'inscrire directement à partir de Natitingou via les téléphones mobiles.
- (13) Examiner comment le produit peut être intégré dans le RAMU.
 - Soit par un arrangement avec la NSIA pour le fournir à l'échelle nationale ;
 - Soit en convertissant les CECI en mutuelles de santé.
- (14) Lancer le dialogue avec le Gouvernement du Bénin sur cette question pour voir comment cela pourrait se faire et quel serait le calendrier.

1. Introduction

Depuis 1992, CRS fournit des services de microfinance aux populations rurales non bancarisées du Bénin, avec l'appui d'un partenaire, Caritas Bénin. En 2006, elle a adopté l'approche de Communauté d'Épargne et de Crédit Interne (CECI), basée sur le modèle d'association d'épargne cumulée et de crédit, avec un fonds de crédit géré à l'interne. Les CECI deviennent indépendantes ou « autonomes » après un cycle (12 mois en général) : à partir de ce moment, ils ne reçoivent plus d'appuis externes. Il existe actuellement 765 CECI fonctionnels au Bénin.

En plus du fonds de crédit, les CECI promeuvent la mise en place d'un fonds de solidarité sociale, connu sous le nom de « fonds social ». Les membres cotisent régulièrement à ce fonds et peuvent y avoir recours en cas de besoin.¹ Même si chaque groupe établit ses propres règles, les prêts sont en général sujets à un taux d'intérêt fixe et une période de remboursement fixe, alors que le fonds social opère comme une subvention sans intérêt.² De nombreux groupes utilisent le fonds social pour payer des coûts de santé imprévus, y compris le transport vers les centres de santé, le coût des consultations et le coût des médicaments. Cependant, le fonds suffit rarement à couvrir tous les coûts. De ce fait, les membres de CECI doivent emprunter auprès du groupe, d'amis, ou de voisins pour pouvoir payer la différence (Sawyer, 2011). Pour une meilleure prise en charge des coûts de santé, les membres de CECI dans la région de l'Atacora au nord du Bénin (la Figure 1) ont envisagé de se joindre à des mutuelles de santé, une forme d'assurance maladie à base communautaire populaire au Bénin. Cependant, comme ils l'ont rapporté, ils ont eu l'impression de ne pas être les bienvenus auprès des mutuelles de santé régionales, qui de toutes les façons étaient éloignées et n'avaient pas la cohésion que l'on trouve dans les CECI. Ils ont alors demandé à Caritas Natitingou et CRS de transformer leurs groupes d'épargne en mutuelles de santé. Les mutuelles de santé peuvent prendre des années pour se constituer et devenir indépendantes et de plus, peuvent échouer à cause de chocs internes au groupe. CRS a donc proposé d'entrer en

Figure 1 : Communautés cibles à Natitingou et Kouandé



¹ Pour plus d'informations sur l'approche CECI, voir (Vanmeenen, 2010)

http://issuu.com/catholicreliefservices/docs/voices_from_africa?mode=window&backgroundColor=%23222222.

² Il y a quelques exceptions, notamment les CECI qui accordent des prêts sans intérêt à partir du fonds de crédit dans des circonstances précisées d'avance, telles que les urgences sanitaires.

partenariat avec la Nouvelle Société Interafricaine d'Assurance (NSIA) – Bénin, une compagnie d'assurance privée, pour créer un produit de microassurance santé (MAS)³ à offrir aux CECI autonomes.

Avec l'approbation des CECI et de la NSIA, CRS a mené une étude sur les besoins de santé de la population cible en septembre 2010. L'étude a conclu qu'en moyenne une personne tombe malade 1,33 fois par an et que le paludisme constitue le principal motif d'hospitalisation, représentant 46% des cas de maladies dans la zone d'étude, suivi des infections respiratoires graves et des maladies gastro-intestinales à 12% et 10% respectivement. Selon les statistiques sanitaires du gouvernement en 2007, la fréquentation des hôpitaux n'atteint même pas 28% de la capacité existante dans la zone cible, et 51% des personnes interrogées ont déclaré rencontrer des difficultés à accéder aux soins de santé à cause du coût. Le Tableau 1 montre les limites financières déclarées par les membres de CECI en rapport avec les coûts de soins de santé.⁴ Pour contourner ce problème de coût, les gens achètent des médicaments au marché, fréquentent les guérisseurs, et/ou attendent qu'ils soient absolument nécessaire de recourir aux soins médicaux formels (Klein, 2007).

Tableau 1 Niveau de difficulté financière à se payer les soins de santé

Difficulté à payer des coûts	Nombre de répondants	Nombre cumulatif de répondants
Supérieurs 1.000 F CFA (USD 1.87) ⁵	60	60/141
Supérieurs à 2.000 F CFA (USD 3.75)	9	69/141
Supérieurs à 5.000 F CFA (USD 9.37)	48	117/141
Supérieurs à 10.000 F CFA (USD 18.74)	24	141/141

Source : Etabli à partir des données recueillies sur le terrain dans le cadre de l'étude de faisabilité de la microassurance par CRS en 2010

L'étude de faisabilité a montré que 99% des 141 personnes interviewées étaient intéressées à souscrire à un programme de microassurance santé, bien que 82% préfèrent que la prime soit en dessous de 1 000 F CFA (USD 1,87) par mois, cette somme couvrant l'ensemble du ménage. Comme indiquée plus loin, la prime du produit de MAS dans son état actuel doit être payée par personne. Ainsi pour un ménage moyen de six personnes, elle revient à 1 740 F CFA (USD 3,26) par mois.

Suite à l'étude de septembre 2010, NSIA a estimé que l'étude initiale n'était pas suffisante et a demandé à ses propres actuaires de mener une deuxième étude actuarielle qui a abouti à une nouvelle structure de prix plus élevés. Après négociations, CRS et NSIA ont convenu de la structure tarifaire décrite dans le

³ Dans ce document, toutes les références à la MAS concernent le produit élaboré par la NSIA et promu par CRS dans le cadre de ce programme pilote.

⁴ Catholic Relief Services-Bénin; "Rapport d'étude sur la demande et l'offre des services de santé pour les populations de Kotopounga et Chabicouma relative à la faisabilité d'un système communautaire de microassurance santé." Rapport interne, septembre 2010.

⁵ Toutes les sommes sont présentées en F CFA avec l'équivalent en USD entre parenthèses par application du taux de change moyen de 1USD = 533,7 F CFA.

Tableau 2. Les CECI ont été avisées de l'augmentation de la prime après qu'elles aient été informés du prix de départ plus faible mais avant qu'elles ne commencent à épargner pour pouvoir payer la prime annuelle. Jusqu'en octobre 2011, 850 membres de CECI ont exprimé leur intention de souscrire à la MAS avec des membres de leurs familles, soit un total de 2 840 pré-souscriptions.⁶ Suite aux retards causés par l'étude actuarielle de la NSIA et de la faible disponibilité de son personnel en fin d'année calendaire, le lancement du produit a été reporté du 1^{er} septembre 2011 au 1^{er} mars 2012. Sur les 77 CECI autonomes dans la région pilote de la MAS, 33 ont au moins un membre qui a choisi de souscrire au produit de MAS.

Tableau 2 Coût de la MAS par personne par an

Type d'assurance	Prime proposée dans l'étude de faisabilité	Prime proposée par les actuaires de la NSIA	Prime finale par personne par an
Santé	2.100 F CFA (USD 3,93)	2.223 F CFA (USD 4,17)	2.223 F CFA (USD 4,17)
Assurance vie	600 F CFA (USD 1,12)	1.385 F CFA (USD 2,60)	1.257 F CFA (USD 2,36)
Prime annuelle totale	2.700 F CFA (USD 5,06)	3.608 F CFA (USD 6,76)	3.480 F CFA (USD 6,52)

La souscription à ce produit est volontaire et se fait à titre individuel et les primes mensuelles ont été collectées deux fois par an dans le cadre du programme pilote (février et juillet 2012). L'adhésion primaire est actuellement limitée aux membres de CECI et coûte 290 F CFA (USD 0,54) par personne par mois soit 3.480 F CFA (USD 6,52) par personne par an. L'assurance couvre 70% des coûts dans les centres de santé locaux affiliés, y compris le coût des produits en vente dans les pharmacies de ces centres. La quote-part de 30% par le client couvre la différence et est réglée au moment du service. Le produit de MAS couvre les consultations à 100% et comprend une composante assurance-vie obligatoire pour décès et invalidité permanente. La MAS ne s'applique pas aux centres de soins de santé non affiliés au programme, même en cas de référence. Durant les quatre premiers mois du programme pilote, quatre centres de santé ont participé à la MAS, notamment deux dispensaires privés⁷ et deux centres de santé publics. Un cinquième centre de santé public s'est officiellement joint au programme au moment de cette étude. Une liste détaillée des services couverts par la MAS est donnée en Annexe A. En plus, l'Annexe B donne une liste des services et du coût moyen des services couverts par les centres de santé affiliés.

Les remboursements au titre de la MAS sont plafonnés à 40.000 F CFA (USD 74,95) par personne par an en dépenses médicales et un paiement d'assurance vie de 100.000 F CFA (USD 187,37). La composante assurance-vie a été ajoutée au produit de MAS à la demande de la NSIA suite à une analyse interne qui a montré que l'assurance vie rendrait le produit plus rentable. Selon leurs prévisions, l'assurance maladie

⁶ On entend par pré-souscription le fait qu'une personne ait indiqué son intention de se joindre à la MAS au moment des inscriptions. Aucun engagement particulier (prépaiement, documentation, etc.) n'était requis.

⁷ Les deux dispensaires privés sont gérés par l'Église Catholique.

à elle seule (sans l'assurance vie) serait une activité à perte. Dans les quatre premiers mois, c'est le contraire qui s'est produit. Alors que le produit de MAS est actuellement rentable, l'assurance vie a représenté 57,55% des réclamations (Annexe C). Il se peut que cela soit dû au fait que les clients ne sont pas encore habitués à utiliser la MAS. Ainsi, selon toute attente, les réclamations des centres de santé devraient augmenter avec le temps. Le personnel de la NSIA s'est déclaré surpris par le grand nombre de réclamations pour assurance vie dans les quatre premiers mois du programme pilote, remettant en question la structure financière du produit.

Les membres de CECI ont reçu la possibilité de souscrire à la MAS en février 2012 pour une période de cinq ou dix mois, les services démarrant au 1^{er} mars 2012. La première vague d'adhésion s'est faite du 13 au 21 février et la deuxième au moment de cette recherche, c'est-à-dire du 5 au 13 juillet. Les collectes de primes ont été menées dans les villages par une équipe comprenant du personnel de CRS, de Caritas Natitingou, et de la NSIA. Lors de la souscription, il était exigé des membres de CECI de fournir deux photos de chaque membre qu'ils souhaitaient inscrire ainsi que de régler la prime pour la période de souscription. Ils devaient également préciser le nom et l'âge des personnes à inscrire et devaient signer un registre de souscription, apposant leur signature ou leur empreinte digitale. En retour, ils recevaient sur-le-champ un carnet d'assurance avec une photo de chaque membre couvert, marqué du cachet officiel de la NSIA/CRS et indiquant le nombre de mois couverts. Le carnet comporte une liste des maladies et problèmes de santé couverts par la MAS et les lieux où elle peut être utilisée.

Pour préparer les CECI au produit de MAS, Caritas Natitingou a élaboré une série de discussions d'apprentissage⁸ axées sur six thèmes : (1) les raisons pour souscrire à la MAS ; (2) prévention/assurance vie ; (3) sélection des personnes à charge (enfants) ; (4) couples polygames ; (5) paiement sans dommages ; et (6) fraudes. Les membres des CECI ont été sensibilisés à l'aide de l'approche de discussion d'apprentissage. Finalement, CRS a formé les employés des centres de santé sur le produit de MAS, y compris sa couverture, son fonctionnement, et le remplissage des fiches administratifs requis.

2. Descriptif du travail

CRS a commandité la présente étude pour mieux comprendre dans quelle mesure le produit satisfait à la demande des clients, dans quelle mesure la demande pour la MAS évolue, pour comprendre les avantages et les inconvénients de la MAS selon la perception des usagers, et les points faibles et les points forts du fonctionnement général de MAS dès le début. Ainsi, cette étude se penche sur les défis qui se posent au départ, sur les possibilités de solution, et en particulier sur l'éventuelle mise en relation avec le Régime d'Assurance Maladie Universelle du Gouvernement du Bénin (RAMU).

⁸ Les discussions d'apprentissage sont un outil pour enseigner de nouvelles idées et des compétences de résolution de problèmes à des groupes. Elle s'inspire de la théorie de la déviance positive. Les conversations sont conduites par un animateur ou un facilitateur de groupe qui partage une courte histoire sur une question ou un problème d'intérêt pour le groupe. A la suite de l'histoire, le groupe discute des possibilités de solutions et de l'application des solutions trouvées à des problèmes similaires rencontrés dans leur propre communauté.

3. Méthodologie

L'étude a été menée dans le diocèse de Natitingou dans le nord du Bénin. Les activités sur le terrain ont bénéficié de l'appui du partenaire de CRS, Caritas Natitingou. Les recherches sur le terrain ont été menées du 4 au 14 juillet 2012 dans les arrondissements de Chabicouma et Kotopounga.

L'étude s'est appuyée sur des méthodes qualitatives pour examiner le vécu des membres de CECI en rapport avec le produit de MAS. Compte tenu de la taille limitée de l'échantillon, les résultats ne peuvent être extrapolés ou généralisés à d'autres CECI ou à d'autres programmes de MAS. Ils ne seront considérés représentatifs que de l'échantillon de l'étude. L'étude a été informée par une revue documentaire (Annexe D). Elle a aussi puisé dans les informations quantitatives collectées par CRS durant la conception et le lancement du produit de MAS, notamment le profil des clients et les dossiers hospitaliers. Ceci a permis de trianguler et de vérifier certains résultats.

L'échantillonnage dans le cadre de l'étude a été conçu pour obtenir une compréhension complète du fonctionnement de la MAS et de ce fait a inclus des CECI participantes (assurés et non assurés), le personnel de CRS et du partenaire, des autorités sanitaires et administratives au niveau local et au niveau national, des prestataires de soins de santé, et du personnel de la NSIA. Compte du temps limité, il n'a pas été possible pour tous les 33 CECI de participer dans l'étude. Pour avoir une large gamme de points de vue et de vécu, un échantillon aléatoire de 16 CECI a été tiré. Pour que les CECI tirées soient représentatives de chaque prestataire et animateur, l'échantillon a été stratifié par centre de santé fréquenté.

Ce tirage stratifié a donné sept (7) groupes qui fréquentent le centre de santé de Saint Joseph (45%), sept (7) groupes qui fréquentent les centres de santé de Bodarima et Kotopounga (42%), et deux groupes qui fréquentent le centre de santé de Yarikou (12%). Durant l'étude sur le terrain, deux CECI n'ont pu être interviewés à cause de leur indisponibilité aux dates et heures prévues, notamment à cause de funérailles dans l'un des villages. Ces deux CECI fréquentent toutes deux les centres de santé de Bodarima et de Kotopounga. L'échantillon au final comprenait sept (7) CECI fréquentant le centre de santé de Saint Joseph, cinq (5) qui vont aux centres de Bodarima et Kotopounga, et deux (2) qui vont au centre de santé de Yarikou. Sur les 14 CECI interviewées, sept sont situées dans l'arrondissement de Chabicouma et les sept autres dans l'arrondissement de Kotopounga.

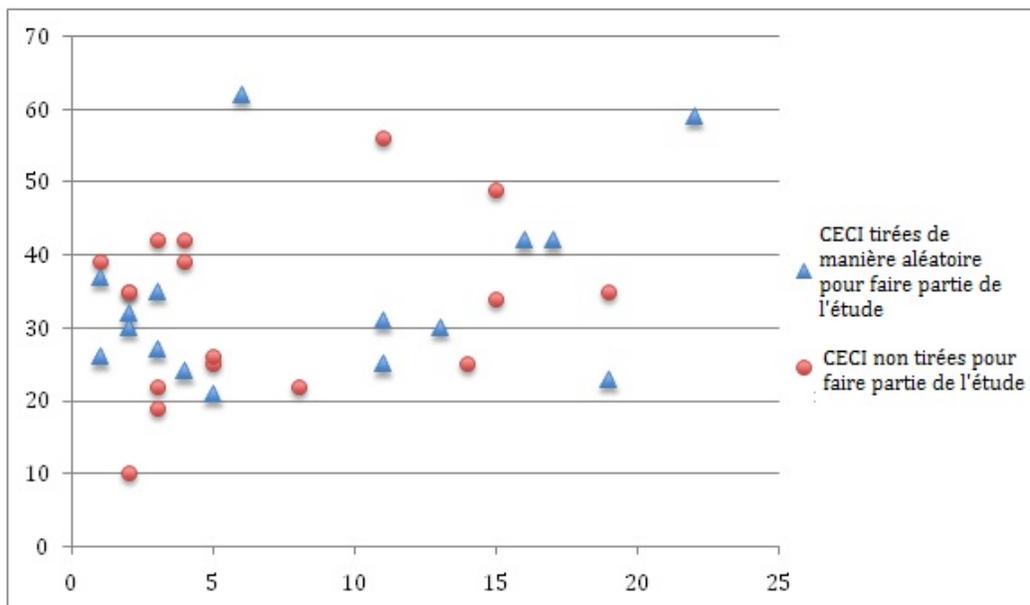
Les données ont été collectées des CECI au moyen des discussions thématiques de groupe (n=19) et des interviews qualitatives individuelles avec des membres de CECI (n=6). Au stade d'analyse des données, les interviews individuelles ont été combinées avec les discussions thématiques de groupe, donnant un total de 25 interviews/discussions thématique de groupe. Les interviews individuelles ont eu lieu lorsqu'il n'y avait qu'un seul souscripteur dans la CECI ou lorsqu'il n'y avait qu'une seule personne disponible pour s'entretenir. Nous avons permis aux participants aux discussions thématiques de groupe de s'auto-sélectionner en fonction de la disponibilité des membres de CECI au moment des réunions.

Sur les 25 interviews/discussions thématique de groupe, 14 ont engagé des adhérents à la MAS et 11 des non-adhérents. Nous avons cherché à interviewer des membres de CECI qui ont décidé de se joindre

au programme de MAS ainsi que des membres qui ne l'ont pas fait de manière à comprendre les deux points de vue et à relever les éventuelles différences entre ces deux groupes. Dans la mesure du possible, les groupes de discussion étaient composés soit de assurés seulement soit de non assurés seulement, le but étant d'isoler des groupes dont l'expérience est relativement différente : les non assurés devaient pouvoir parler franchement de leurs préoccupations, de leurs expériences et de leurs connaissances en rapport avec la MAS sans être influencés par les opinions des assurés et vice versa. Ceci a permis de trianguler certaines données. Deux interviews comprenaient à la fois des assurés et des non assurés alors que toutes les autres étaient exclusivement avec des assurés ou des non assurés. Aux fins de l'analyse des données, les réponses des groupes mixtes ont été codées en tant que réponses d'assurés, à moins que le répondant ait explicitement indiqué qu'il n'était pas souscripteur ou répondait à une question pour non souscripteur. Au total, l'équipe de recherche a pu s'entretenir avec 97 membres de CECI. L'Annexe E donne la liste complète des interviews individuelles et des discussions thématique de groupe. Les guides d'interviews pour les discussions thématiques de groupe avec les groupes d'assurés et de non assurés sont présentés en Annexe F.

Le nombre de membres dans les CECI interviewés variait de 21 à 62 et celui du nombre de membres souscrivant à la MAS de 1 à 22 membres, représentant des proportions allant de 2% au minimum à 43% au maximum. La Figure 2 présente les 33 CECI (sur les 77) qui ont un ou plusieurs membres ayant souscrit à la MAS : le nombre de assurés à la MAS dans chaque CECI est représenté sur l'axe des abscisses et le nombre de membres de chaque CECI sur l'axe des ordonnées. Les triangles représentent les 16 CECI tirées de manière aléatoire pour l'étude et les cercles les 17 CECI non tirées. De ce Tableau, il ressort que le tirage aléatoire des CECI a donné un mélange de CECI dans lesquelles une forte proportion de membres ont souscrit à la MAS (côté droit du graphe) et de CECI dans lesquelles une faible portion de membres ont souscrit (côté gauche du graphe).

Figure 2 Proportion de membres de CECI ayant souscrit à la MAS



Des parties prenantes du programme pilote de MAS ont été interviewées en tant qu'informateurs clés, notamment le personnel de CRS et du partenaire (n=5), des autorités sanitaires et administratives au niveau local (n=3) et au niveau national (n=4), des prestataires de soins de santé (n=4), et du personnel de NSIA (n=3). Ces informateurs clés ont été identifiés avec l'aide de Jérôme Dadjo, un membre du personnel de CRS Bénin.

4. Résultats de la recherche

Cette étude a été menée après les quatre premiers mois du programme pilote de MAS. Les constats de l'étude sont destinés à aider à déterminer les premiers résultats et à formuler des recommandations pour les premiers ajustements pour mettre le programme sur la voie de la transposition à grande échelle plus tard. Les résultats sont donc répartis en quatre parties :

- 1) Demande pour le produit de MAS chez les membres de CECL et leurs perceptions du produit ;
- 2) Connaissances et points de vue obtenus des interviews d'informateurs clés ;
- 3) Principaux défis à la mise en œuvre et à la transposition à grande échelle de la MAS ;
- 4) Stratégies pour mettre la MAS en relation avec le futur Régime d'Assurance Maladie Universelle.

4.1. Demande pour le produit de MAS chez les membres de CECL et leurs perceptions du produit

4.1.1. Données: Souscription et renouvellement des assurés primaires des polices et des bénéficiaires

Si l'étude de faisabilité de CRS avait prévu 2.000 assurés dans la première phase de souscription, les souscriptions ont été au nombre de 715 en fin de compte, avec quelque 252 assurés primaires et 463 personnes à charge. Le personnel de CRS et de Caritas estime que le faible niveau de souscription est dû en grande partie au report des inscriptions. Le personnel de CRS a rapporté que les CECL avaient épargné suffisamment pour pouvoir souscrire à la MAS au cours de l'année. Cependant, lorsque les inscriptions ont été reportées, elles ont suivi leur calendrier habituel de distribution en fin de cycle, répartissant les épargnes collectives en fin 2011. Au moment où les inscriptions ont finalement eu lieu, cinq mois après la date annoncée aux CECL au départ, bon nombre avaient dépensé leurs épargnes et ne pouvaient plus payer la prime. De plus, de nombreux membres de CECL ont exprimé de la méfiance envers le produit, craignant que la NSIA prenne leur argent sans offrir les services promis en retour. Les dates imprévisibles pour la collecte des primes et les changements du montant des primes n'ont fait qu'alimenter cette méfiance, contribuant à un niveau d'inscription en dessous des prévisions.

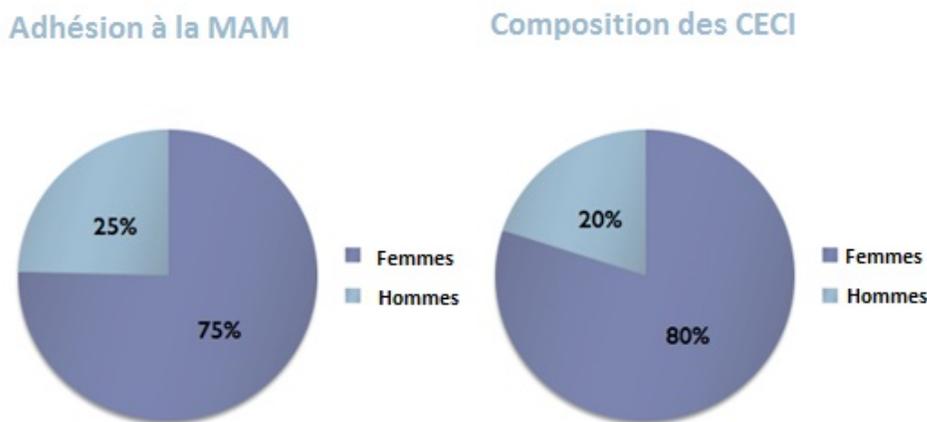
Le feedback sur le produit de MAS a été généralement positif. Toutes les CECL, à l'exception d'une seule (13/14), ont exprimé le souhait de continuer à souscrire à la MAS et à y inscrire des personnes à charge supplémentaires ou à s'y joindre plus tard. Cependant, en juillet 2012, lorsque CRS et la NSIA ont mené une deuxième vague d'inscriptions à la MAS, le total des inscriptions a en fait baissé. Durant la semaine d'inscription et de renouvellement, 193 membres de CECL ont souscrit en tant que assurés primaires d'une police d'assurance avec quelque 404 personnes à charge. Seuls 59% des membres de CECL inscrits en février ont procédé au renouvellement de leurs polices en juillet. Le nouveau taux de souscription en juillet, prenant en compte les nouvelles souscriptions et les renouvellements, était de 76% (Annexe G).

A Kotopounga comme à Chabicouma, les membres de CECL ont indiqué qu'ils n'ont pas été informés suffisamment tôt du moment où ils pourraient renouveler leurs polices. Plusieurs groupes ont été

informés seulement quelques jours à l’avance et parfois même le matin du renouvellement. Sur les 14 CECI interviewées, quatre ont indiqué que la notification tardive du renouvellement n’a pas permis à certains de souscrire ou de renouveler leur assurance dans la deuxième vague et cinq ont indiqué que les difficultés financières à cette période de l’année ont empêché certains de souscrire dans la deuxième vague. Les cinq CECI restantes n’ont pas mentionné la période de l’année ou la date de renouvellement comme obstacles à la souscription. Le pire en termes d’annonce de la date de renouvellement a été dans le cas de Kotopounga et cela se reflète par un taux de renouvellement plus faible à 44% en juillet. Nouveaux membres y compris, le taux de souscription était de 53,2% du nombre initial de assurés. A Chabicouma, les résultats étaient plus élevés à 59,4% de renouvellement et 94,4% d’inscriptions dans l’ensemble en juillet.

Dans la première vague d’inscription, les hommes représentaient 24,6% des assurés principaux à la MAS alors qu’ils ne représentaient que 20% des membres de CECI (Figure 3). Ainsi, ils sont légèrement surreprésentés parmi les assurés primaires de police de MAS. Cependant, 23 sur 62 des assurés principaux de police de sexe masculin ont assuré une femme en tant que personne à charge, ce qui pourrait vouloir dire que la surreprésentation montre tout simplement que les hommes sont cités en tant que assurés principaux de la police mais le mari et la femme partagent le plan d’assurance. Seules 6 sur les 190 femmes assurées principales de police ont ajouté leur mari au plan en tant que personne à charge. Cela pourrait tenir d’une raison systématique, à savoir que les hommes sont considérés comme les chefs de ménage au Bénin et sont responsables des coûts de santé importants (Klein, 2007, pp. 469-471); les hommes ont généralement plus de revenus et d’épargne que les femmes; ou il y a une certaine différence dans la formation qui fait que les hommes sont plus enclins à souscrire que les femmes. Parmi les personnes assurées en tant que personne à charge dans la première vague d’inscription, 47,5% étaient de sexe féminin et 52,5% de sexe masculin, ce qui montre que les assurés principaux ne priorisent pas systématiquement les personnes à charge de sexe masculin ou féminin. Il sera important de continuer à suivre les données désagrégées par sexe sur les assurés principaux et les personnes à charge afin de cerner toute tendance indiquant des normes sociales sous-jacentes ou l’influence d’un aspect du programme.

Figure 3: Désagrégation par sexe de la souscription à la MAS et de l’adhésion à une CECI



Si un ménage moyen comporte six personnes à charge selon les estimations, le nombre moyen de personnes à charge inscrites par souscripteur principal était de 1,83 en février. Ce nombre a augmenté à 2,03 en juillet malgré la baisse du nombre total d'assurés. Ainsi, en moyenne, ceux qui se sont joints au programme en juillet ont inscrit plus de personnes à charge, ce qui pourrait indiquer qu'ils ont trouvé qu'ils en avaient pour leur argent avec la MAS.

Dans la phase initiale, 84,5% des personnes à charge étaient des enfants, 6,3% un conjoint et 9,2% étaient dans la catégorie "autres."⁹ L'âge le plus fréquent chez les personnes à charge dans la première vague était de cinq ans, la fourchette allant de 1 à 65 ans. La majorité des répondants ont inscrit des personnes à charge sans source de revenus, déclarant qu'ils attendaient des adultes et des grands enfants de s'acheter leur propre police d'assurance ou de contribuer au paiement de la prime. Dans quatre des 14 CECI interviewées, des assurés principaux ont choisi d'inscrire à la MAS toutes les personnes à leur charge. Dans les dix autres CECI, les assurés ont sélectionné certains enfants pour être couverts par la MAS, l'enfant étant soit le plus jeune (10/10 groupes), celui qui tombe le plus souvent malade (2/10 groupes), un enfant qui possède déjà une photo (1/10 groupes), ou le conjoint (2/10 groupes). Dans 13 des 14 CECI, les répondants ont exprimé leur souhait d'inscrire plus d'enfants en tant que personne à charge dans le prochain cycle de renouvellement dans la mesure où cela serait financièrement faisable. Un répondant qui ne souhaitait pas augmenter le nombre de personnes à charge a expliqué qu'il était préoccupé par le fait que les plusieurs personnes à charge pourraient se disputer sur le paiement au cas où ils mourraient et la famille recevait les paiements de l'assurance vie.

4.1.2. Motifs de souscription à la MAS

Il est intéressant de voir que si les non assurés estiment qu'une baisse des coûts des soins et un meilleur accès aux soins sont les deux avantages de la MAS, les membres de CECI assurés ont de leur côté trouvé d'autres avantages en plus de ceux-ci. Ils ont mentionné qu'ils ont moins de souci et de craintes au sujet d'urgences de santé et moins de surprise et une plus grande capacité à suivre les traitements et constatent une plus grande cohésion au sein de CECI. Bon nombre de ces avantages sont inter-reliés. Par exemple, les répondants ont expliqué qu'ils apprécient la baisse des coûts au moment du service parce que cela facilite l'accès aux services de santé. Les avantages sont décrits en détail dans le Tableau 3.

Tableau 3 Avantages de la MAS rapportés par les membres de MAS

Situation vis-à-vis de la MAS	Réduction du coût des soins	Amélioration de l'accès aux soins	Moins de souci	Moins de surprises	Capacité à suivre les traitements	Plus grande cohésion	Total des interviews
Non assuré	9	3	0	0	0	0	11
Assuré	14	7	7	3	1	1	14
Total	23	10	7	3	1	1	

⁹ CRS ne tient pas de données correspondant à la définition de "autres". Il s'agit très probablement d'une personne considérée comme membre du ménage sans être un ascendant ou un descendant direct, comme une nièce, un neveu ou un cousin.

La réduction des coûts de soins de santé est de loin l'avantage de la MAS le plus souvent cité : il est mentionné dans 14 des 14 interviews/discussions thématiques de groupe avec les assurés et 9 des 11 interviews/ discussions thématiques de groupe avec les non assurés. Même les assurés qui ont payé à l'avance l'intégralité des coûts et ont reçu les remboursements des semaines plus tard se sont déclarés satisfaits de la réduction du coût des soins. Selon les termes d'un répondant, « Ce que j'apprécie le plus, c'est la réduction des coûts. Lorsque que je vais au centre de santé, j'ai peur de ne pas avoir assez d'argent. Mais avec le carnet d'assurance, il me reste encore de l'argent à ramener à la maison parce que je ne paie pratiquement rien pour les soins. » De nombreux répondants ont indiqué que le coût (quote-part) était suffisamment modeste pour qu'ils puissent le « payer de leur propre poche », mettant en relation le faible coût avec l'autonomie et l'amélioration de l'accès aux soins.

Le deuxième avantage de la MAS le plus fréquemment cité est l'amélioration de l'accès aux soins de santé. Avant la MAS, de nombreux membres de CECI finançaient les soins de santé avec des prêts auprès de voisins ou du fonds social des CECI, utilisant l'une de ces sources pour rembourser l'autre dans certains cas. Les membres de CECI ont expliqué que pour obtenir un prêt personnel, il est habituellement nécessaire d'expliquer le besoin, ce qui amène à exposer des questions sensibles ou intimes à la communauté. Non seulement cela est embarrassant (Sawyer, 2011) mais cela peut également prendre du temps de trouver une oreille compatissante alors que vous devez passer d'une maison à la suivante pour expliquer le problème. En conséquence, cela peut retarder l'accès aux soins. Un des répondants a déclaré: « Si le voisin refuse, vous êtes mal parti... vous aurez à acheter les médicaments au marché... vous tournez en rond et vous finissez chez le guérisseur. » Une autre femme rapporte: « Auparavant lorsque j'allais au centre de santé, les gens me demandaient "pourquoi est-ce que tu viens chercher des soins alors que tu n'as même pas d'argent pour payer?" Aujourd'hui, avec la MAS, c'est mieux parce que le coût des soins de santé est devenu accessible. » Ces réponses montrent qu'il y a une amélioration de l'accès aux soins de santé et de la préservation de la vie privée, des droits qui sont considérés comme acquis en occident.

Seules quelques personnes ont affirmé qu'elles sont allées au centre de santé plus tôt que lorsqu'elles n'avaient pas de MAS, même après sondage sur cette question. Cela pourrait être dû au déploiement récent du produit, les clients n'ayant eu que peu d'opportunités de changer leurs comportements en matière de recherche de soins de santé. Cependant, un certain nombre de répondants ont indiqué que la MAS lève certains des freins à la recherche de soins, comme décrits précédemment.

La réduction des craintes et des inquiétudes est un autre thème fréquemment évoqué par les assurés. Certains assurés ont expliqué que même s'ils n'ont jamais eu recours à la MAS, ils continueront à souscrire parce que cela leur donne la paix de l'esprit. Une autre femme a expliqué : « Ce que j'aime avec la MAS, c'est qu'elle atténue mes inquiétudes et mes craintes en matière de santé. Maintenant, les coûts sont faibles et je n'ai plus à attendre pour me faire soigner. Je peux financer mon propre traitement. » Selon ces assurés, il est impossible de prévoir qui va tomber malade, quand, et de quelle maladie. De ce fait, la MAS est utile parce qu'elle rend les coûts de soins de santé plus prédictibles et permet de réduire le coût des urgences.

Quelques répondants ont parlé d'une réduction des coûts de santé imprévus. Par exemple, un homme a dit qu'il apprécie la MAS parce qu'elle lui permet de payer à l'avance les coûts des soins de santé. Il a expliqué que lorsqu'il est venu renouveler sa prime de la MAS pour le deuxième cycle, il a appris qu'il avait déjà payé l'intégralité des primes pour les 10 mois.¹⁰ Il est mentalement plus reposant pour lui de payer en une fois plutôt que de devoir couvrir le prix intégral de soins de santé chaque fois que cela est nécessaire. D'autres ont parlé d'une meilleure capacité à suivre les traitements prescrits (notamment pour les visites de contrôle) et un renforcement du sens de cohésion de groupe.

4.1.3. Motifs pour ne pas souscrire à la MAS chez certains membres de CECI

Les membres de CECI ont évoqué un certain nombre de raisons pour refuser de souscrire ou de renouveler leur police, notamment (a) le coût de la MAS,¹¹ (b) les contraintes logistiques d'accès à l'épargne ou aux prêts, (c) le manque de connaissance sur le produit, (d) l'absence de besoin pour le produit, (e) le manque de confiance vis-à-vis du produit, et (f) des soucis en rapport avec les services limités disponibles dans les centres de santé. Il est intéressant de noter que les non assurés ont évoqué le coût et la logistique comme étant les raisons les plus fréquentes pour ne pas souscrire à la MAS alors que les assurés ont dit que les autres ne souscrivaient pas par manque de connaissance ou de confiance par rapport au produit. La fréquence des réponses à la question « pourquoi certaines personnes décident de ne pas souscrire à la MAS ? » est présentée dans le Tableau 4.

Tableau 4 Motifs déclarés de la non souscription à la MAS chez les membres de CECI

Situation vis-à-vis de la MAS	Coût	Logistique	Pas besoin	Pas de compréhension	Manque de confiance	Services limités	Mutuelle de santé de Plan International	Total des interviews
Non assuré	9	5	3	3	1	1	0	11
Assuré	4	2	3	7	7	1	1	14
Total	13	7	6	10	8	2	1	

Dans l'ensemble, le coût est le motif le plus souvent rapporté pour ne pas adhérer à la MAS et est aussi le motif le plus souvent avancé par les membres de CECI non assurés. Les répondants ont exprimé des préoccupations différentes en rapport avec le coût. Certains ont expliqué que s'ils adhéraient la MAS, ils n'auraient plus d'argent pour investir dans leurs activités génératrices de revenus ou leurs exploitations agricoles. D'autres ont demandé s'il était possible de réduire le montant de la prime et de faire de

¹⁰ Les conditions de couverture sont spécifiées en fait par cachet sur le carnet d'assurance. La surprise du client montre qu'il ne sait pas où il peut trouver des informations sur sa couverture.

¹¹ Si aucun répondant n'a demandé un service gratuit, il ressort clairement des interviews et des GDD que pour certains membres de CECI, tout coût multiplié par le nombre de membres de leur ménage deviendrait excessif pour l'instant.

l'assurance maladie un paquet qui couvre le ménage en entier. Dans deux interviews, les participants ont dit qu'ils ont refusé de souscrire à la MAS parce qu'ils ne pouvaient se permettre d'assurer tous leurs enfants. Ils préféraient n'inscrire personne plutôt que d'avoir à choisir entre leurs enfants. De nombreux répondants ont expliqué que par enfant, ils entendent à la fois leurs enfants biologiques et ceux de leurs coépouses.¹² Les répondants semblent estimer qu'ils sont responsables de tous les enfants dans le ménage sans aucune distinction quand il s'agit de couverture par l'assurance. Finalement, deux répondants ont affirmé que l'assurance maladie est une obligation ou un engagement qu'il ne faut pas prendre à la légère. Ils voulaient s'assurer qu'ils pourraient honorer leur engagement financier à long terme plutôt que de s'engager maintenant et abandonner plus tard.

Le deuxième motif le plus souvent rapporté pour ne pas souscrire à la MAS selon les membres de CECI non assurés relève de problèmes logistiques. Par exemple, de nombreuses CECI ont déclaré qu'elles n'ont pas été informées suffisamment à l'avance et de ce fait n'ont pas eu accès à l'épargne des CECI pour payer la prime de la MAS.¹³ De plus, avec une annonce faite si tardivement, il était difficile d'obtenir des fonds d'autres sources dans les délais. Finalement, des chevauchements des programmes personnels (voyage, maladie, etc.) avec les dates de paiement des primes et le manque de photographies ont empêché certains membres de CECI de souscrire. Les membres de trois CECI ont expliqué qu'il est très difficile de faire des paiements au mois de juillet parce qu'ils ont très peu de revenus disponibles à cette période. Même si cela peut être interprété comme étant une question de coût, il s'agit plus d'un obstacle d'ordre logistique dans la mesure où la programmation de l'inscription à une autre période de l'année aurait permis d'atténuer ce problème.

La troisième raison la plus fréquemment évoquée par les non assurés était le manque de connaissance et de compréhension du produit et l'absence d'intérêt ou de besoin. Lorsqu'il leur a été demandé de développer leurs réponses, ceux qui ont dit ne pas avoir d'intérêt pour la MAS en général ont dit qu'ils utilisent peu fréquemment les services de soin de santé ou n'ont pas eu besoin d'assurance maladie dans le passé. Selon un répondant, « la MAS n'est pas intéressante. Nous sommes toujours en bonne santé alors à quoi bon souscrire à une couverture en soins de santé ? » Un autre groupe a affirmé qu'ils peuvent épargner au sein de leur groupe et prendre des prêts au besoin. De plus, ils trouvaient que lorsqu'ils ont besoin de soins médicaux, ils sont souvent référés à l'hôpital régional, ce qui fait que la MAS dans sa forme actuelle (limitée aux centres de santé locaux) serait de peu de valeur. D'autres ont encore dit que la MAS est difficile à comprendre et ont dit ne pas savoir comment les bénéficiaires s'inscrivent, quels sont les services disponibles et ce qui arrive si une personne souscrit à une MAS mais n'y a jamais recours.

¹² La polygynie est courante au Bénin bien qu'interdite par la loi depuis 2004. Selon l'EDS 2006, 42,3% des femmes de 15 à 49 ans ont indiqué être dans une union polygame (<http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR197-DHS-Final-Reports.cfm>)

¹³ Les groupes d'épargne placent leurs cotisations dans une boîte verrouillée à cadenas multiples. Les clés des cadenas sont gardées par différents membres de la CECI, ce qui fait qu'il est difficile de réunir tous les gardiens de clés pour ouvrir la caisse sans prévenir longtemps à l'avance.

Du côté des assurés, le manque de compréhension et de confiance ont été plus souvent évoqués comme motifs pour lesquels d'après eux les autres ne se joignent pas à la MAS. Sur 10 des 14 interviews avec les membres de CECI assurés, au moins l'une de ses deux explications a été avancée. Dans ces interviews, les répondants ont expliqué qu'ils pensent que les non assurés craignent que leurs paiements de prime soient perdus ou volés, que la MAS ne dure pas et qu'il ne vaille pas la peine de souscrire dès le début, ou qu'ils veulent voir d'abord comment cela marche avant de souscrire. Inversement, un certain nombre de CECI a expliqué qu'elles se sont jointes à la MAS dans la première vague à cause de leur confiance en Caritas et CRS en tant qu'organisations affiliées à l'Eglise, et l'expérience positives qu'elles ont eu avec les CECI. Une femme a expliqué : « Il était difficile d'intégrer les CECI au départ. Mon mari me disait, 'les gens vont te voler tes économies.' Ce doit être la même situation pour l'intégration de la MAS. Mais parce que nous avons vu que c'est l'Eglise, je veux dire Caritas, nous avons eu plus confiance et nous avons décidé de souscrire. Aujourd'hui, nous avons pu voir que les épargnes des groupes marchent bien. » Il est probable que la confiance soit une question centrale autant chez les assurés que chez les non assurés. Cependant, il peut être plus facile pour les assurés que pour les non assurés d'exprimer cette préoccupation à un chercheur et à un traducteur affilié à CRS.

De nombreux répondants ont exprimé des préoccupations quant à la qualité des soins de santé disponibles aux centres de santé affiliés. Ils se sont plaints de longues attentes, exacerbées par la disponibilité limitée des infirmiers. Par exemple, de nombreux patients qui fréquentent le centre de santé Saint Joseph ont indiqué que le programme de prière des sœurs limitait leur temps pour recevoir et traiter les patients. Dans d'autres centres de santé, les infirmiers ne sont pas disponibles parce qu'ils sont partis en formation. Tamar Klein a confirmé que les longues attentes sont un problème commun aux formations sanitaires au Bénin (Klein, 2007, p. 476). Les CECI participantes sont toutes situées à au moins 10km d'un centre de santé. Au moment de l'étude, il y avait 3 centres participants à Kotopounga (Bodarima, Yarikou et Kotopounga) et un seul à Chabicouma (Saint Joseph). De nombreux répondants à Chabicouma ont demandé à ce que le centre de santé public dans cette zone se joigne au plan de MAS, ce qui indique leur souhait d'avoir plus d'options. Le centre de santé public de Chabicouma s'est par la suite joint au programme de MAS et CRS a programmé une formation sur le produit à son intention.

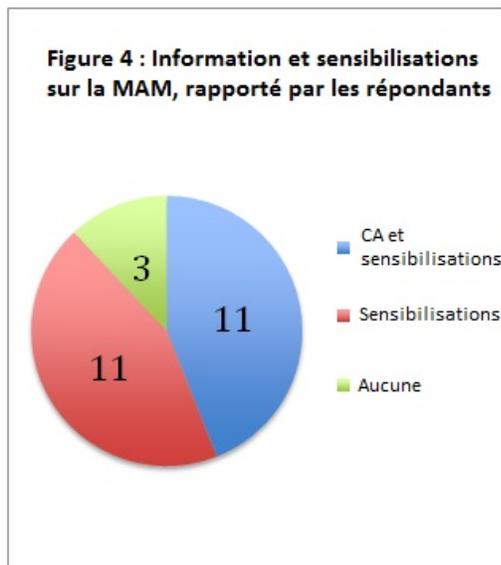
Deux CECI seulement ont déclaré explicitement que les personnes ne souscrivent pas à la MAS à cause du caractère limité des services fournis. Bon nombre de répondants ont exprimé le souhait de voir la MAS couvrir les services aux hôpitaux régionaux, un thème qui surgit constamment depuis l'étude sur les besoins de santé menée en septembre 2010. Dans cette étude, la quasi-totalité des personnes interviewées (131/141) auraient préféré que le produit d'assurance maladie couvre les services au centre de santé local comme les services à l'hôpital. Neuf répondants seulement auraient préféré que l'assurance couvre uniquement les services au centre de santé local. Selon les projections de la première étude menée par CRS et NSIA, le coût de la prime annuelle par personne pour une couverture des services aux hôpitaux régionaux et aux centres de santé locaux reviendrait au double de la simple couverture au centre de santé local, soit 4.800 F CFA (USD 8,99) contre le montant 2.100 F CFA (USD 3,93). Compte tenu de ces options, les membres de CECI ont choisi le produit le moins coûteux, c'est-à-dire la couverture des services des centres de santé locaux, par rapport à l'option plus coûteuse qui

couvrirait également les coûts aux hôpitaux régionaux de Natitingou et Tanguiéta. Les personnes interviewées ont fortement souhaité que les soins aux hôpitaux régionaux soient inclus, quatre groupes demandant s'il serait possible que la MAS opère à ce niveau. Les utilisateurs de la MAS ont également exprimé des préoccupations quant à la qualité des soins, une question qui est traitée en détail à la section 4.1.5.

Un groupe a mentionné le fait que l'organisation non gouvernementale Plan Bénin, une filiale de l'ONG Plan International, a tenté de lancer une mutuelle de santé dans la même zone. Certains membres de leur groupe ont pris le travail de Plan Bénin plus au sérieux parce qu'ils bénéficiaient de tee-shirts et d'autres mesures incitatives (tels que les coûts de transport) pour participer aux réunions de planification et de lancement. Le groupe a indiqué que Plan Bénin a collecté 1.000F CFA (USD 1,87) des participants mais rien de concret ne s'est produit à ce jour.

De toute évidence, les opinions sur les motifs qui font que certains membres de CECI refusent de souscrire à la MAS diffèrent entre les membres de la MAS et les non membres. Si les non membres parlent surtout de coût et de logistique, les membres mettent l'accent sur le manque de confiance et de compréhension. Il en ressort que de nombreux assurés de la MAS estiment que le produit vaut son coût et les désagréments de l'inscription. Ce point de vue des assurés est exprimé notamment lorsqu'ils disent que si les non assurés comprenaient les avantages disponibles, ils se joindraient au programme. Cependant, le souhait déclaré d'observer le programme avant de s'y joindre, la faible participation aux sensibilisations et aux discussions d'apprentissage, les demandes explicites pour plus de sensibilisation, et les nombreuses questions posées par les membres de CECI sur la MAS durant les interviews semblent vouloir dire qu'effectivement la confiance et la compréhension sont des facteurs importants. La littérature sur les assurances vont dans le sens de cette interprétation, montrant que la confiance est un facteur important et en son absence les programmes sont probablement voués à l'échec (Ridde, Haddad, Yacoubou & Yacoubou, 2010 ; Wiesman & Jütting, 2000 ; Schneider, 2005).

4.1.4. Compréhension du produit de MAS par les CECI

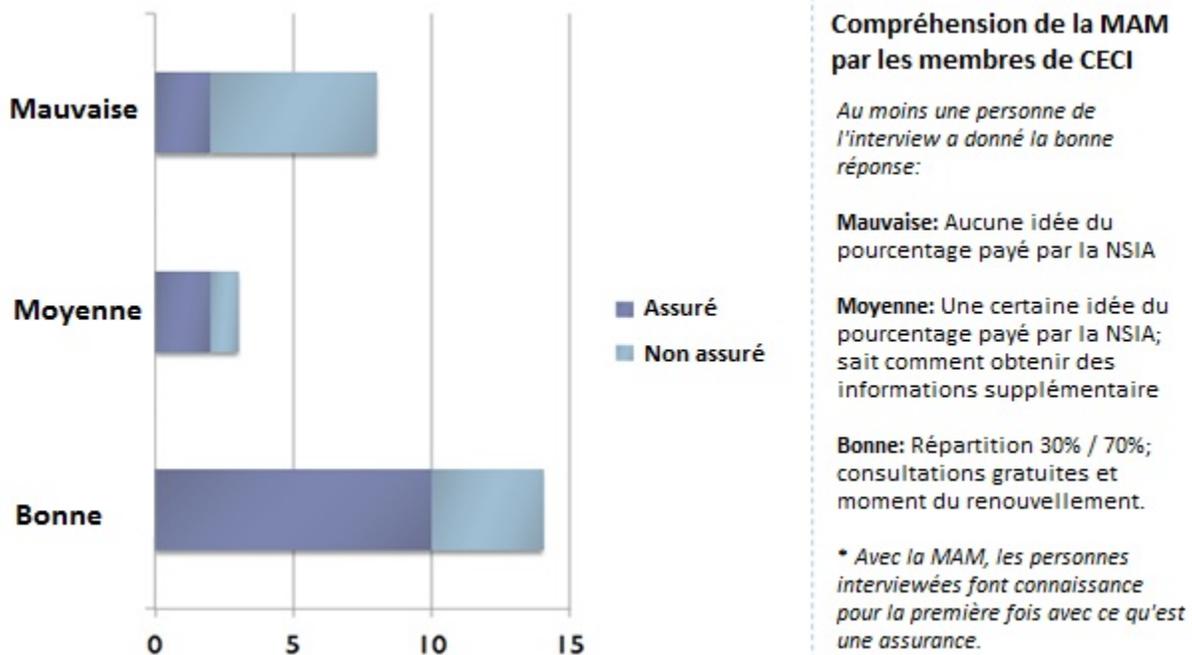


Bien que CRS et Caritas Natitingou aient développé et promu la MAS depuis 2010, la sensibilisation et l'information sur le produit pourraient être améliorées. Plus de la moitié des personnes vues dans les interviews et les discussions thématiques de groupe (14/25) n'ont pas participé à une séance de discussions d'apprentissage ou ne s'en souviennent pas. Trois des membres interviewés ont déclaré n'avoir assisté à aucune séance de discussion d'apprentissage ou n'avoir été sensibilisé sur la MAS. Le personnel de CRS a expliqué que durant la phase de discussions d'apprentissage, certains facilitateurs n'étaient pas disponibles et il n'a donc pas été possible d'atteindre toutes les CECI. De plus, peu de répondants se rappelaient le contenu des séances de discussion d'apprentissage,

justifiant cette situation par le fait que les discussions d'apprentissage ont eu lieu il y a très longtemps. Les discussions d'apprentissage dont les membres se rappellent le plus souvent sont sur les thèmes « Motifs pour souscrire à la MAS » et « Sélection des enfants ». Parmi les trois membres qui ont déclaré n'avoir bénéficié ni de sensibilisation ni de discussion d'apprentissage, deux appartenaient à une même CECI. Cette CECI en particulier avait refusé la sensibilisation et les séances de discussions d'apprentissage parce que ses membres étaient catégoriquement opposés à la MAS. Ils ne voyaient pas l'utilité du service de CECI à cause de la participation limitée des centres de santé locaux. Le troisième membre qui a déclaré n'avoir bénéficié ni de discussion d'apprentissage ni de sensibilisation est une femme qui a manqué la sensibilisation faite à son groupe. Elle a affirmé qu'elle préférerait observer d'abord et voir ensuite si elle va se joindre au programme l'année suivante.

Les perceptions de la MAS et la demande de ce produit sont liés à la connaissance et la compréhension du produit (Figure 5). Bien que toutes les personnes dans les CECI, à l'exception de trois, aient déclaré avoir été sensibilisées, et que la moitié ait participé dans des séances de discussions d'apprentissage, la compréhension des composantes et du fonctionnement du produit de MAS reste assez faible dans l'ensemble. Sans surprise, les assurés ont une compréhension nettement supérieure du produit que les non assurés. Il n'en reste pas moins que les assurés ont besoin d'une sensibilisation et d'une information supplémentaires sur le produit.

Figure 5 Compréhension de la MAS par les membres de CECI

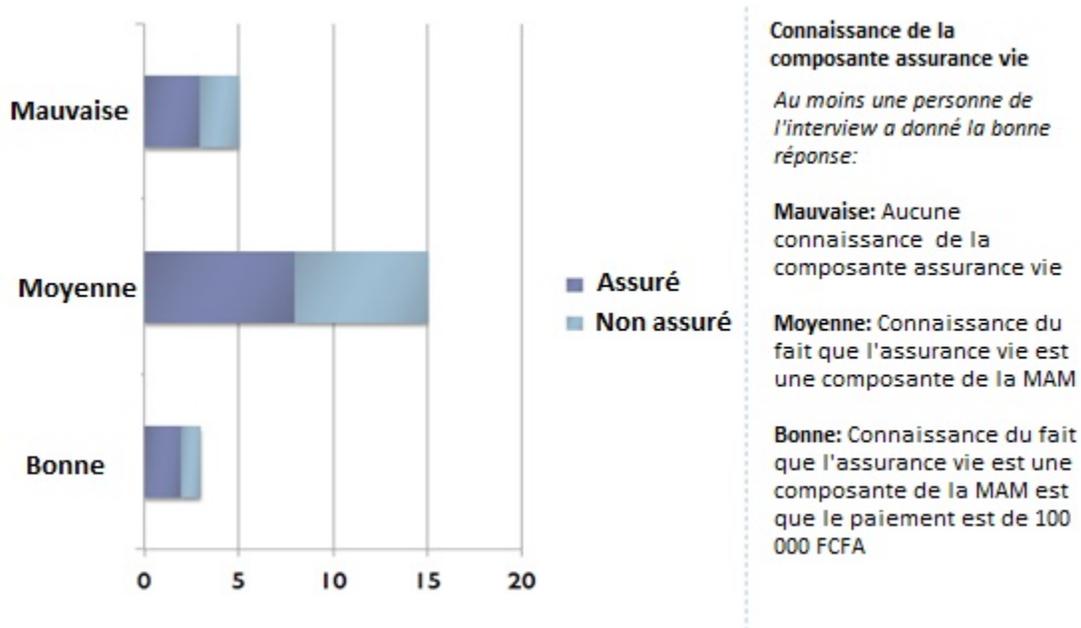


Quatorze (14) CECI ont une « bonne » connaissance de la MAS. Cette classification est généreuse dans la mesure où il suffit qu'une seule personne interviewée donne la bonne réponse à la question posée. Cela se justifierait par le fait que, comme les membres de CECI peuvent consulter les autres membres du

groupe, une personne bien renseignée au sein du groupe peut servir de ressource pour tous les autres. Cependant, il est ressort des interviews que souvent, les membres ne partagent pas les informations avec les autres membres de leur groupe. Cela peut tenir du caractère personnel des problèmes de santé et des soins ou tout simplement des sujets qui surgissent dans leurs conversations. Par exemple, un certain nombre de personnes interviewées ont demandé s'ils auraient à payer pour le renouvellement de leur prime dans le deuxième cycle s'ils ont effectué un paiement mais n'ont pas eu recours à la MAS dans le premier cycle. Cette question montre que certains assurés ne comprennent pas le concept d'assurance maladie, croyant que la MAS devrait réduire leurs coûts dans l'ensemble plutôt que de rendre le paiement des coûts plus gérable et prévisible. Ainsi, il ne semble pas raisonnable de supposer qu'il suffit d'un seul membre bien renseigné pour que l'ensemble de la CECI puisse prendre une bonne décision.

En particulier, la compréhension de la composante assurance vie de la MAS est faible (Figure 6). Bien que la connaissance de cette composante ait été mentionnée dans 18 des 25 interviews/discussions thématiques de groupe, c'est seulement dans trois CECI que quelqu'un a pu donner le montant correct du paiement (100.000 F CFA). Sur cinq interviews, les répondants savaient qu'en cas de décès, il était nécessaire de constituer un dossier alors que cinq groupes ne savaient rien sur la composante assurance vie.

Figure 6 Connaissance de la composante assurance vie de la MAS par les membres des CECI



Depuis mars 2012, quatre demandes de paiement d'assurance vie ont été déposées. Seules deux avaient fait l'objet de paiement au moment de l'étude (paiement en juillet). Pour les autres, la NSIA a déclaré qu'elle prévoyait de les rembourser en août. Plusieurs problèmes se sont produits en rapport avec les décès, y compris un enterrement sans certificat de décès, ce qui a retardé la préparation du dossier. Aucune des personnes interviewées n'a dit que leur perception de la MAS s'est détériorée à cause des

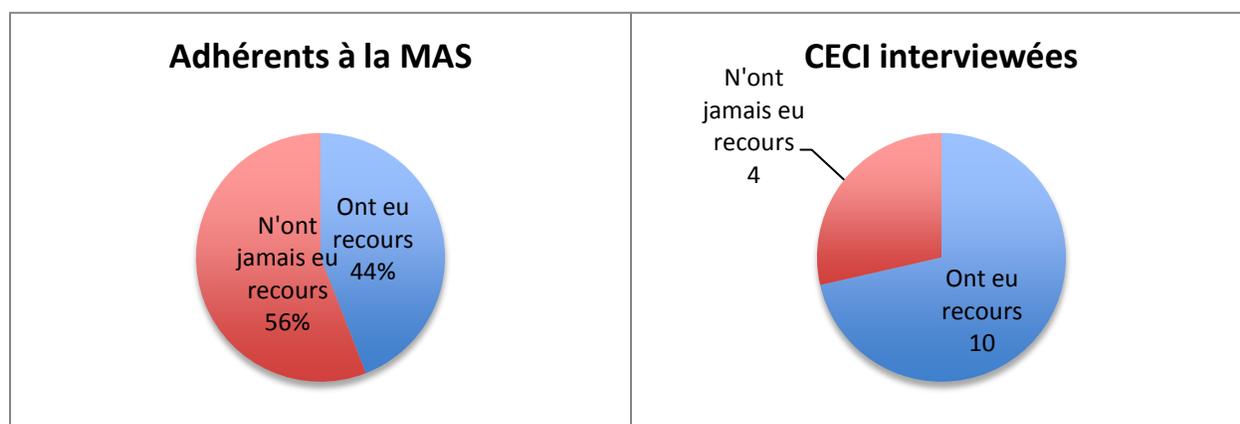
difficultés à obtenir les prestations pour l'assurance vie. Une femme a même indiqué le contraire : après un décès dans la famille, des gens sont venus de Cotonou pour voir la famille. De son point de vue, ceci montre que la NSIA se soucie de bien-être de la famille. De son côté, le personnel de NSIA a exprimé une certaine inquiétude face au fait que le nombre de décès supérieur aux prévisions dans la mise en œuvre du programme sans pour autant accuser les clients de fraude.

Les CECI qui n'avaient pas connaissance de l'assurance vie estimaient qu'il s'agit là d'un élément positif du produit de MAS dans la mesure où il aiderait la famille en temps de besoin, permettrait de soutenir les enfants et aiderait à payer les frais de funérailles. Des interviews individuelles et des discussions thématiques de groupe, il ressort clairement que la composante assurance vie peut être l'élément de persuasion à se joindre à la MAS pour ceux qui autrement resteraient non convaincus. Un groupe a expliqué qu'ils hésitent à demander des détails sur l'assurance vie parce qu'ils craignent que cela leur porte malheur. Ceci souligne la nécessité d'offrir plus d'informations et de sensibilisation sur la composante assurance vie de la MAS, même si les groupes ne le demandent pas directement.

4.1.5. Vécu des clients dans l'utilisation du produit de MAS

Quarante-quatre pourcent des membres de CECI participantes (26/59) ont indiqué avoir eu recours à la MAS au cours des cinq derniers mois, soit pour eux-mêmes soit pour une personne à charge assurée (Figure 7). Sur les 14 CECI interviewées, il y avait au moins une personne dans 10 d'entre elles qui a eu recours à la MAS au moins une fois. Ceux qui n'ont pas encore eu recours à la MAS ont expliqué qu'aucune des personnes assurées n'a été malade. Les prestataires de soins de santé ont rapporté un total de 235 recours à la NSIA. En supposant que chaque recours correspond à un usager, cela signifierait que 32,9% des assurés ont eu recours à la MAS. Il s'agit probablement d'une surestimation étant donné que chaque recours liste séparément les divers éléments de soins (consultation, traitement, etc.). Ceci indique que les personnes ayant eu recours à la MAS ont été surreprésentées dans l'échantillon de l'étude. Il est possible que ceux qui ont eu recours à la MAS se soient auto-sélectionnés pour les discussions thématiques de groupe et les interviews individuelles.

Figure 7 Recours déclaré à la MAS en phase initiale



Par ailleurs, les dossiers dans les centres de santé montrent que les clients assurés ont des expériences partagées quant au cours à la MAS. Sur les 235 recours dans le cycle initial, la quasi-totalité concernaient des consultations curatives générales (45,95%) ou des prescriptions (51,48%). Les autres recours ont été pour des accouchements sans complications (1,27%), des consultations prénatales (0,42%) et des décès (0,85%). Les prestataires de soins de santé ont rapporté que la majorité des consultations curatives générales ont été pour le traitement du paludisme. Sur dix interviews avec des membres de CECI qui ont eu recours à la MAS durant le cycle initial, sept ont rapporté avoir rencontré des problèmes avec l'accueil ou le traitement par les prestataires de soins de santé. Les problèmes étaient les suivants :

- Quelques répondants ont rapporté que les clients ont été refusés dans des centres de santé participants ou qu'il leur a été dit que le centre n'accepte pas la MAS ;
- Les répondants ont indiqué qu'à Yarikou, Saint Joseph, et Bodarima, les prestataires de soins de santé ont exigé de certains assurés de laisser leurs carnets d'assurance, les documents, et le paiement pour le coût total du service au centre de santé jusqu'à ce que les papiers administratifs aient été remplis. C'est seulement alors qu'ils peuvent revenir au centre de santé récupérer leurs documents et les remboursements (équivalent à 70% du coût total du service, couverts par la NSIA). Dans deux des cas rapportés, cela a pris plusieurs semaines et dans un cas plus d'un mois.
- Cinq assurés ont rapporté qu'il leur a été demandé d'attendre que tous les patients aient été reçus avant qu'ils puissent entrer en consultation ;
- Un souscripteur a déclaré que certains services lui ont été refusés, y compris l'accès à des produits pharmaceutiques normalement couverts par l'assurance ;
- Deux assurés ont rapporté que des prestataires de soins de santé se sont plaints que la MAS alourdit leur charge de travail ;
- Une cliente a rapporté qu'elle a un laissé un reçu vierge chez le prestataire de services de santé et le reçu a été rempli avec de fausses informations pour réclamer le remboursement pour des services dont elle n'a pas bénéficié.

Si ces problèmes ou des problèmes de ce genre persistent et/ou se généralisent, ils constitueront une menace grave pour la réussite de la MAS.

4.1.6. Interactions entre la MAS et les CECI

Dans les interviews avec les assurés à la MAS, sept (7) CECI ont indiqué qu'elles utilisent leur épargne personnelle pour payer la prime, six épargnent au sein de leur CECI et une a vendu des biens de production (poulets) pour pouvoir faire le paiement. Parmi les six qui disent avoir épargné au sein de leur CECI, seules trois ont rapporté avoir relevé le niveau d'épargne habituel pour pouvoir payer la prime. Les CECI ont indiqué qu'elles ne savaient pas exactement combien elles devaient épargner pour couvrir la prime pour eux-mêmes et les bénéficiaires. Un homme a expliqué qu'ils ont commencé par épargner 100 F CFA (USD 0,19) par semaine en se disant qu'ils verraient à la fin de l'année si leurs économies seraient suffisantes. Si le niveau d'épargne était relevé de 73 F CFA (USD 0,14) par semaine, cela suffirait pour payer la prime annuelle pour une seule personne. S'il était relevé de 507 F CFA (USD 0,95), cela suffirait pour couvrir un souscripteur primaire et six personnes à charge.

Une étude menée dans la même zone en août 2011 a montré que les CECI commencent avec une cotisation à l'épargne d'un montant moyen de 464 F CFA (USD 0,87) à chaque réunion dans leur deuxième cycle et relèvent ce montant à 640 F CFA (USD 1,20) dans le troisième cycle, et 814 F CFA (USD 1,53) au quatrième cycle (Sawyer, 2011). Ces résultats montrent qu'il est possible d'arriver au niveau de cotisations nécessaires pour la MAS, même que cela ne soit pas insignifiant, comme l'a montré l'étude de faisabilité.

Sur les 14 CECI, six n'ont établi aucune nouvelle règle et n'ont prévu d'établir de nouvelles règles au sein de leur groupe en rapport avec la MAS. Six autres CECI ont prévu d'ajouter de nouvelles règles pour relever la cotisation obligatoire au fonds social ou pour exiger que la redistribution du fonds social soit utilisée pour la MAS. Deux groupes ont déjà adopté des nouvelles règles à cet effet. Des questions de suivi ont été posées sur leur utilisation actuelle et passée de leur fonds social et des changements qui se produiraient à l'avenir avec les nouvelles règles. Les répondants n'avaient pas de souci quant à un changement de destination du fonds social, répondant que comme le fonds social serait utilisé pour les coûts de santé et pour les coûts de funérailles, la MAS remplacerait directement le fonds social. De plus, les répondants ont indiqué que le fonds social était limité et que, dans quelques groupes, il ne permettait d'accorder des subventions que de 500 F CFA (USD 0,94) à 2.000 F CFA (USD 3,75) alors que la MAS permettrait de faire face à des coûts plus élevés.

La MAS a été conçue au départ comme un produit de groupe et tous les membres d'une CECI participant devaient se joindre au programme en même temps. Si quelques membres refusaient de se joindre, aucun membre du groupe ne devait être éligible. Cette approche était destinée à diversifier le risque et à capitaliser la dynamique de groupe pour encourager à la participation. Cependant, à cause des problèmes logistiques exposés précédemment, le produit a été finalement offert aux individus pour éviter de retarder encore plus la mise en œuvre du programme. A la question de savoir si un produit pour groupe est préférable à un produit individuel, les personnes interviewées ont présenté des avis partagés. Dans 11 interviews, les répondants préféraient un produit de groupe ; dans 10 interviews, les répondants préféraient un produit individuel et dans quatre groupes, les participants avaient des points de vue divergents ou ambivalents. Les raisons les plus fréquemment citées en faveur d'un produit individuel étaient les faits que les membres de CECI ont des ménages de taille différente et auraient donc à épargner des montants différents, ce qui complique les choses ; que certaines personnes étaient motivées à épargner à la différence d'autres ; et que s'ils accordaient des prêts aux gens pour se joindre au programme, ils n'avaient aucune assurance que ces gens rembourseraient les prêts. Ceux qui ont plaidé pour une structure de groupe ont expliqué qu'ils souhaitaient que tous se joignent – deux groupes ont rapporté qu'ils voudraient que tous dans le village aient une MAS, mettant ainsi l'accent sur la cohésion.

4.1.7. Principales observations des Discussions Thématiques de groupe et interviews auprès des CECI

Les résultats montrent qu'il y a une nette demande pour la MAS qui peut encore s'accroître une fois que les clients se familiarisent avec le produit et bénéficient effectivement de ses avantages supplémentaires, notamment moins de craintes et d'inquiétudes, une réduction des surprises et des chocs et une meilleure capacité à suivre les traitements recommandés. Il ressort également des

résultats que la confiance est d'une grande importance pour le déploiement du programme chez toutes les parties, mais en particulier chez les membres de CECI qui dans le cas présent sont tous des villageois en milieu rural. Ce type de population est particulièrement vulnérable et est particulièrement désavantagée dans ses interactions avec les personnes étrangères à leur milieu à cause de leur faible accès à l'information et aux services juridiques, sociaux, et économiques formels. De plus, bon nombre d'entre eux sont pauvres et ont très peu de ressources, ce qui veut dire que des coûts imprévus peuvent avoir des conséquences lourdes pour eux à court et à moyen terme. En toute logique, bon nombre de ceux qui vivent dans les villages en zones rurales sont méfiant avec les personnes étrangères à leur milieu et évitent de prendre des risques. Ainsi, il reste difficile de créer une clientèle pour la MAS au sein des populations rurales, non seulement à cause d'obstacles d'ordre logistique mais aussi à cause du manque de confiance. Comme vu dans la section 4.1.3, les membres de CECI sont disposés à essayer le produit de MAS parce qu'ils ont confiance en CRS et Caritas. Cependant, la confiance n'est jamais définitivement acquise, c'est pourquoi CRS et Caritas doivent œuvrer à maintenir de bonnes relations avec les CECI. De plus, pour la pérennisation, la NSIA et les prestataires de soins de santé doivent développer un haut niveau de confiance entre eux et avec les clients. La pression et les mesures incitatives ne peuvent remplacer la confiance, en particulier dans les milieux où les structures formelles pour les interactions sociales et commerciales sont inexistantes. Mais par-dessus tout, ceci souligne l'importance d'un bon début de la MAS à partir duquel il faudrait renforcer la confiance des premiers adoptants et attirer ce qui sont en sont encore à observer.

En deuxième lieu, la MAS a eu peu d'impact sur le fonctionnement et l'épargne des CECI pour l'instant. A l'exception de deux groupes qui ont changé leurs habitudes d'épargne pour souscrire à la MAS, toutes les CECI ont laissé leurs membres décider personnellement et de manière volontaire s'ils vont se joindre ou non à la MAS et comment ils vont payer la prime. Si les CECI mettent en œuvre leur plan de changer les règles d'épargne, il sera important de voir comment ceci affecte les membres en termes d'adhésion au groupe, les habitudes de chaque personne en matière d'épargne et d'emprunt et la cohésion du groupe.

En troisième lieu, il semble qu'à ces débuts, les clients ont recours à la MAS en général pour réduire les coûts mais gardent les mêmes comportements en termes de recherche de soins. Dans l'idéal, d'un point de vue de développement social, la MAS devrait motiver les clients à rechercher des soins plus tôt et pour des services supplémentaires, tels que les soins prénataux et les services d'accouchement. Même si les coûts associés à ces services seraient nettement réduits avec la MAS, ce qui permettrait d'améliorer la santé de la mère et du nourrisson, seul un répondant a précisé que sa femme a eu recours à la MAS à un centre de santé. Aucune des femmes interviewées n'a indiqué se rendre aux dispensaires pour des consultations prénatales. Les données agrégées montrent que seuls 2,3% des remboursements portent sur un accouchement ou des consultations prénatales. Une sensibilisation supplémentaire sur les différentes possibilités de recours à la MAS pourrait aider les clients à tirer profit des divers services.

Finalement, on ne peut ignorer la baisse du nombre d'assurés lors de la période de renouvellement en juillet 2012. Les CECI ont expliqué que les personnes qui n'ont pas renouvelé leurs souscriptions avaient

des problèmes d'ordre logistique. Cependant, des problèmes de confiance et de compréhension peuvent être une raison secondaire sinon primaire dans cette question. Quelques soient les raisons, si le nombre de assurés continuent de baisser lors de la prochaine ouverture des inscriptions prévue en décembre 2012, le produit ne survivra pas à la phase pilote.

4.2. Connaissances et points de vue obtenus des interviews avec les acteurs clés

Les interviews avec les acteurs clés ont permis de faire ressortir les intérêts de chacun des acteurs. S'ils sont compatibles sur le long terme, ces intérêts sont confrontés à de nombreuses complications et à de nombreux conflits sur le court terme. Les connaissances et les points de vue obtenus de chacun de ces acteurs essentiels aideront CRS à comprendre dans quelle mesure les intérêts convergent et dans quelle mesure ils sont en conflit.

4.2.1. Connaissances et points de vue obtenus du personnel de CRS

Trois membres du personnel de CRS ont été interviewés dans le cadre de cette étude, à savoir Jérôme Dadjo, Xavier Toviho, et Caroline Anderson. Les trois ont convenu qu'il y a une demande pour la MAS, expliquant que le produit tire son origine de la demande des membres de CECI. Chacun a expliqué comment le produit a été conçu pour répondre au mieux aux besoins des clients. Ensemble, ils ont mis en exergue bon nombre des préoccupations évoquées plus haut dans ce rapport, en insistant en particulier sur les défis liés aux intérêts de la NSIA et des prestataires de soins de santé.

Le personnel de CRS a indiqué que la NSIA semble hésiter à prendre tout risque en rapport avec le produit de MAS bien qu'elle reconnaisse qu'il s'agit là d'une opportunité exceptionnelle. Un membre du personnel de CRS a expliqué que la MAS ne générera pas beaucoup d'argent, en particulier à court terme, et de ce fait ne constitue pas une priorité pour la NSIA. Ceci explique pourquoi la NSIA a manqué à respecter des délais très importants, notamment la première période d'inscription en septembre 2011, ne prend pas d'initiative en rapport avec le produit et ne se l'approprie pas. Le personnel de CRS a également décrit les problèmes auxquels les clients de la NSIA sont confrontés lorsqu'ils veulent obtenir des soins et ont insisté sur la nécessité de motiver les prestataires de soins de santé d'une manière ou d'une autre, précisant explicitement que cette motivation ne devrait pas être d'ordre financier. Le personnel de CRS cherche plutôt à obtenir l'appui des autorités sanitaires au niveau de la zone (Coordinateurs de zone) pour qu'ils fassent pression sur les prestataires pour qu'ils fassent un effort de bonne foi pour mettre en œuvre la MAS. Par ailleurs, le personnel de CRS a expliqué que des réunions trimestrielles avec toutes les parties prenantes permettraient de promouvoir le dialogue parce qu'elles offrent aux assurés, aux prestataires de soins de santé et à la NSIA une occasion de discuter de leurs expériences en rapport avec le produit. M. Dadjo a proposé de décerner un prix au centre de santé qui aurait le mieux mis en œuvre le programme de MAS, à titre de mesure incitative.

Dans l'ensemble, le personnel de CRS pense qu'à mesure que les membres de CECI voient comment le produit marche et en notent les avantages, plus de gens se joindront au programme. Avec le temps, CRS espère que la couverture avec la MAS augmentera au point où les services d'hôpitaux régionaux pourront être inclus et où l'assurance sera offerte à la population rurale sur l'ensemble du Bénin. Le personnel est particulièrement intéressé à travailler avec les autorités gouvernementales pour élaborer

un plan d'intégration de la MAS dans le RAMU. Cela permettrait de subventionner le programme à un certain niveau, ce qui fera que le produit pourra couvrir plus de services sans devenir trop cher pour les clients et contribuera à étendre le produit à l'ensemble du Bénin. Dans ce scénario, le Gouvernement du Bénin pourrait à long terme prendre le rôle d'intermédiaire à la place de CRS ou Caritas.

Du point de vue de CRS, la MAS ne souffre pas d'anti sélection. Un répondant a expliqué : « Il semble que certaines personnes plus que d'autres ont été attirées par la MAS – certains membres de CECI comprennent le concept d'assurance et disposaient d'argent au moment de l'inscription. » Selon ce point de vue, c'est la compréhension du produit plus que l'état de santé qui influe sur la décision d'adhérer.

4.2.2. Connaissances et perspectives obtenus de Caritas Natitingou

Deux membres du personnel de Caritas Natitingou ont été interviewés en vue de ce rapport : Valentin Kouagou (Coordinateur de programme) et Césaire Doko (Superviseur du programme de microassurance santé). Ils ont surtout parlé du déploiement du programme sur le terrain et des problèmes de programmation dans le temps et de logistique en tant que principales préoccupations pour la réussite du programme à l'avenir. Selon Caritas Natitingou, le plus grand problème pour réussir la MAS est le non-respect du calendrier des étapes, ce qui fait qu'il est difficile pour les membres des CECI d'être présents le jour de l'inscription et de payer les primes. Cette situation se rencontre tant au niveau micro (par exemple, mauvaise information sur les dates exactes de l'inscription) qu'au niveau macro (programmation de la deuxième inscription en juillet alors que les gens ont peu de revenus disponibles à cette période et les transactions journalières et la survie deviennent prioritaires par rapport à la santé à long terme).

De l'avis de Caritas, le deuxième problème le plus important est la compréhension et la confiance. Selon eux, les membres de CECI doivent voir plus d'avantages concrets du produit de MAS pour comprendre comment il peut les aider. La NSIA devrait verser les prestations d'assurance vie immédiatement après le décès parce que cela permettrait de voir la relation entre le versement et la MAS. Les autres personnes verraient qu'un paiement a été effectué et comprendraient que la MAS peut leur être d'une grande utilité en temps de besoin. Caritas a également noté la nécessité de motiver les prestataires de soins de santé pour améliorer l'accueil et les services en rapport avec la MAS de sorte que les clients puissent en voir les avantages. Pour eux, il se pourrait que certains animateurs ne soient pas suffisamment convaincants lorsqu'ils donnent des informations sur le produit, ce qui met en relief une zone de flou pour CRS et Caritas Natitingou. Si le produit a été conçu en fonction de la demande de la population cible au départ, il ne peut marcher que s'il y a un nombre suffisant d'assurés. CRS et Caritas doivent donc voir dans quelle mesure ils veulent le promouvoir de manière à instiller confiance et enthousiasme au sein de la population.

4.2.3. Connaissances et points de vue obtenus des prestataires de soins de santé

Le personnel de quatre centres de santé a été interviewé en vue de ce rapport, notamment celui de deux dispensaires privés (Saint Joseph et Bodarima) et de deux centres de santé publics (Chabicouma et Yarikou). Tous les prestataires de soins de santé ont exprimé certaines préoccupations en rapport avec

la MAS, en particulier la paperasserie supplémentaire requise pour le remboursement par la NSIA. Les prestataires de soins de santé ont dit qu'il leur est demandé de faire plus de travail sans compensation pour cela, ce qui de leur point de vue est un traitement différent des autres parties prenantes. De plus, ils ont indiqué que les patients, en particulier les bénéficiaires de MAS, manquent de patience, même lorsqu'il y a d'autres patients qui de toute évidence ont besoin qu'on s'occupe d'eux immédiatement. Les prestataires ont expliqué qu'à cause de leur capacité limitée, ils demandent aux membres de la MAS d'attendre pendant qu'ils s'occupent des patients les plus malades d'abord, parce qu'ils savent que la paperasserie prolongera la durée de la consultation. D'autres ont confirmé qu'ils ont demandé aux patients de laisser leurs carnets d'assurance, les documents administratifs, et les paiements au centre et venir les récupérer plus tard avec le remboursement, de manière à pouvoir remplir le dossier lorsqu'il y a moins d'affluence au centre. Les prestataires de soins de santé se sont dits disposés à travailler avec CRS, Caritas Natitingou, et la NSIA pour résoudre ces problèmes dans la mesure où cela pourrait améliorer l'accès des populations locales aux services de santé. La paperasserie est un travail ardu qui engage de leur temps de sorte qu'ils disposent de moins de temps pour voir les autres patients ou qu'ils doivent travailler des heures supplémentaires sans compensation pour cela.

Dr Christel Faidherbe qui gère le dispensaire privé de Bodarima a déclaré que la MAS ne lui apporte aucun avantage à ce jour. Elle a expliqué que la paperasserie est si lourde que cela lui prend deux fois plus de temps de voir un patient avec une MAS qu'un non détenteur de passeport de santé, ce qui fait qu'il est impossible que la MAS augmente son bénéfice. Elle s'est dite également frustrée des retards dans les remboursements par la NSIA et déçue du manque de clarté et d'appui de la NSIA et de CRS en rapport avec le produit. Elle a signalé qu'une autre mutuelle de santé l'a approchée pour lui proposer un contrat qu'elle a dû refuser du fait qu'elle a signé un contrat de MAS avec la NSIA. Elle a terminé l'interview en disant que son objectif final est d'améliorer la santé et le bien-être dans la région. Ainsi, si la MAS est utile à ses patients, elle continuera à l'accepter et faire des efforts de bonne foi pour la soutenir malgré les inconvénients de taille.

Bien qu'ils aient été formés à remplir les formulaires, les agents de santé ont indiqué que le processus est compliqué et peu intuitif et demande beaucoup de temps. En conséquence, un prestataire de soins de santé a conçu un système différent qu'elle trouve plus approprié. A ce jour, la NSIA a accepté le nouveau canevas sans plainte. Autre sujet de préoccupation, seul l'infirmier major est qualifié à remplir les dossiers, ce qui alourdit la charge de travail de la personne la plus qualifiée dans le centre de santé dont l'attention devrait pourtant porter sur les besoins des patients. Les prestataires de soins de santé ont déclaré que même si la MAS leur apportait suffisamment de clients au point de justifier le recrutement d'un employé supplémentaire, peu de candidats auraient la capacité technique à tenir les dossiers administratifs.

Les faiblesses notées au niveau des prestataires de soins de santé sont confirmées par les remboursements que les centres de santé ont demandés auprès de la NSIA. Seuls deux centres de santé, celui de Saint Joseph et celui de Bodarima, ont soumis les reçus à la NSIA pour remboursement. Comme attendu, le montant des remboursements a augmenté entre mars et juin, de manière marquée à mesure que les clients ont pu se familiariser avec le produit et ont eu l'occasion de se rendre aux centres

de santé. De plus, les prestataires de soins de santé sont plus habitués à remplir la paperasse et à soumettre les demandes de remboursements dans les délais. Au moment de la recherche, les deux autres centres de santé publics, Kotopounga et Yarikou, n'avaient pas encore soumis de demande de remboursement, expliquant que depuis le lancement du produit, ils n'ont eu respectivement que neuf et trois clients de la MAS et estiment en conséquence qu'il ne vaut pas la peine de soumettre les reçus pour remboursement pour l'instant. Ce faible recours peut refléter le fait rapporté selon lequel certains patients bénéficiant de MAS auraient été refusés des centres de santé et se seraient vus dissuader d'avoir recours à la MAS. Lorsque la question des plaintes des assurés de la MAS a été évoquée, les infirmiers à Kotopounga et à Yarikou ont confirmé qu'il y a des attentes aux centres de santé et des retards dans le traitement de la paperasserie et le remboursement des patients mais ont démenti avoir refusé de servir des patients bénéficiaires de la MAS ou de leur offrir certains produits pharmaceutiques. A ce point, les deux infirmiers se sont mis sur la défensive et ont exprimé leur frustration face à une charge de travail considérable et une faible rémunération.

Les sœurs du centre de santé de Saint Joseph se sont montrées plus positives, indiquant qu'elles voient certains avantages à la MAS. En premier lieu, la charge de travail s'allège à mesure qu'elles prennent l'habitude. En deuxième lieu, elles voient une augmentation du nombre de patients et en conséquence une augmentation de leurs recettes. En troisième lieu, elles espèrent que l'augmentation du nombre de patients suscitera des appuis financiers ou matériels plus tard. Au moment de la recherche, le centre de Saint Joseph a reçu beaucoup plus de patients bénéficiant de la MAS que tous les autres de santé combinés. Ceci semble indiquer qu'il est possible de faire de la MAS quelque chose de positif pour les prestataires de soins de santé.

4.2.4. Connaissances et points de vue obtenus de la NSIA

Trois personnes au sein de la NSIA ont été interviewées : Arnaud Makoutodé (Point focal du projet MAS, basé à Cotonou), Pascal Agbodjogbé (Chef de la Section Contrôle, basé à Cotonou) et Philibert Sabi Yerima¹⁴ (Responsable de l'antenne de Natitingou). En tant que contractuel chargé de la gestion de l'antenne de Natitingou, M. Sabi Yerima n'est pas un employé direct de la NSIA. Les points de vue du personnel de la NSIA convergent sur bien de sujets. En premier lieu, le personnel de la NSIA a fait comprendre que la NSIA n'est pas une « organisme de bienfaisance » et de ce fait n'est pas disposé à investir du capital dans la MAS tant qu'elle n'a pas la preuve que ce programme est rentable sur le long terme. Cependant, tous les répondants ont décrit comment la MAS pourrait atteindre les populations rurales à travers le Bénin et même les autres pays de l'Afrique de l'Ouest et ainsi faire de la petite marge bénéficiaire obtenue sur chaque police un investissement rentable.

En deuxième lieu, le personnel de la NSIA a loué CRS pour son travail, expliquant qu'ils n'auraient pas eu accès aux populations atteintes sans l'assistance de CRS et de Caritas Natitingou. La NSIA a demandé à ce que CRS reste impliqué dans le projet aussi longtemps que possible, c'est-à-dire pour au moins deux

¹⁴ Il n'est pas un employé de la NSIA mais un contractuel chargé de gérer l'antenne.

ans supplémentaires. De plus, ils ont dit que le déploiement du programme ne serait pas possible sans l'appui financier de CRS qui pour l'instant paient les per diem et le coût de transport du personnel de la NSIA. Finalement, tous les répondants ont loué le travail de Jérôme Dado dans l'appui au programme pilote, relevant sa qualité et son caractère proactif. Ce feedback traduit le rôle essentiel que CRS a joué dans la création et le lancement de ce produit ainsi que la nécessité d'en faire plus pour promouvoir l'appropriation du produit par la NSIA pour en garantir la pérennité. En matière de plans d'avenir, la NSIA a indiqué qu'ils attendent d'avoir réalisé une évaluation annuelle du programme pilote avant d'investir davantage. Si le produit est rentable, ils demanderont à leur hiérarchie de faire de la MAS un produit officiel. Sinon, ils cesseront de l'offrir, sans indiquer clairement s'ils allaient le faire immédiatement ou à la fin de la période pilote.

Le personnel de la NSIA avait des opinions divergentes quant à la composante assurance vie. Un répondant a expliqué que la composante assurance vie était souhaitable parce qu'elle renforce le programme d'un point de vue financier et parce qu'elle offre un service social au client, soutenant les personnes ou les familles qui perdent leur appui principal. Le personnel a cependant exprimé sa surprise qu'il y ait eu quatre décès dans les quatre premiers mois de la phase pilote, ce qui a amené un des répondants à exprimer des doutes quant au caractère approprié de la composante assurance vie compte tenu de la population cible. Un répondant s'est dit préoccupé par le fait qu'il n'y ait pas de contrat entre la NSIA et le client bien que le carnet d'assurance ait une fonction de contrat, comportant les conditions de la MAS, l'identité du client et le cachet officiel de la NSIA/CRS.

Finalement, le personnel de la NSIA s'est dit frustré par les faits que les clients ne savent pas remplir correctement les documents de réclamation, qu'ils ne comprennent pas dans certains cas le concept d'assurance et qu'ils arrivent en retard aux séances d'inscription bien qu'ils « n'aient rien à faire » ou « peuvent venir à tout moment ». Ces plaintes mettent en relief un défi sous-jacent, à savoir la différence culturelle qui existe entre le personnel de la NSIA et leur clientèle. Pour l'instant, CRS et Caritas effectuent la médiation en assurant la communication entre la NSIA et la clientèle. Cependant, à long terme, si la NSIA veut élargir la MAS à grande échelle, il lui faudra établir de meilleures relations avec les clients. Il lui faudra notamment comprendre que les populations rurales ne sont ni paresseuses ni oisives mais qu'elles passent de longues heures sur des activités agricoles ou sur de petites activités génératrices de revenus et n'ont aucune raison de croire que des étrangers venus de la capitale ont à cœur de promouvoir leurs intérêts.

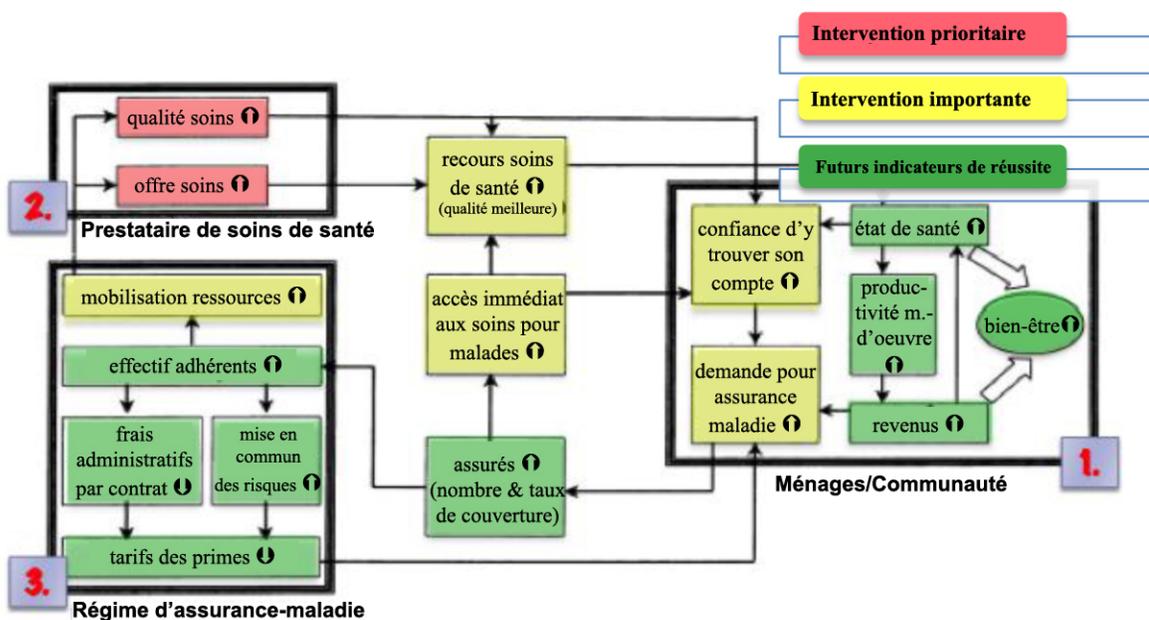
4.2.5. Connaissances et points de vue obtenus des autorités gouvernementales

Les autorités gouvernementales, notamment le Directeur et le Directeur Adjoint de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie du Ministère de la Santé, les médecins coordonnateurs des zones sanitaires de Kouandé et Natitingou et le représentant de la Direction Nationale de la Protection Sanitaire ont exprimé leur enthousiasme pour la MAS de la NSIA tout en soulevant quelques questions sur la faisabilité. Ils ont relevé en particulier la nouveauté apportée par le programme, en l'occurrence le partenariat avec une compagnie d'assurance privée pour servir des populations rurales qui opèrent presque entièrement dans le secteur informel. Tous ont offert leur soutien au projet et ont demandé à être informés des futurs progrès.

4.3. Principaux défis pour la mise en œuvre et à la transposition à plus grande échelle de la MAS

En théorie, la MAS devrait pouvoir instaurer un cercle vertueux d'avantages pour l'ensemble des parties prenantes, notamment les clients, les prestataires de soins de santé, la NSIA, et le Gouvernement du Bénin. Les résultats de cette étude démontrent que si bon nombre des éléments ont été mis en place, il faudra effectuer quelques ajustements pour enclencher des boucles de rétroaction positive. L'organigramme présenté à la Figure 8 illustre le cycle théorique d'un régime d'assurance-maladie. Chaque élément fonctionnant selon les attentes vient renforcer les autres, ce qui donne lieu à une spirale montante. L'accroissement de la demande pour la MAS va entraîner une amélioration des services de santé, une augmentation des avantages pour les prestataires de soins de santé et la compagnie d'assurance, une réduction des frais associés à la fourniture d'une assurance-maladie et, à terme, une amélioration de la santé et du bien-être du client.

Figure 8 Interactions entre l'offre et la demande d'assurance-maladie et de soins de santé



La Figure 8 est codée par couleur afin de mettre en exergue les interventions prioritaires pour la MAS étudiée. La couleur rouge indique qu'il s'agit d'un problème qu'il faut immédiatement résoudre si l'on veut assurer la réussite future du programme MAS. Le jaune indique les domaines du programme MAS auxquels il faut allouer davantage de ressources. Le vert signale les futurs indicateurs de réussite ou les aspects qui sont en bonne voie mais nécessitent un suivi constant. Chaque domaine est détaillé dans la section suivante.

4.3.1. Niveau des CECI/ménages

La présence de facteurs de réussite a été constatée au niveau des ménages. Dans le cadre du programme pilote, les membres de CECI ont exprimé une demande pour une MAS et ont déjà démontré

leur capacité à payer des primes, dans bon nombre de cas, grâce à la CECI. Ils ont indiqué avoir suffisamment confiance en Caritas et CRS pour essayer le produit. En outre, les propos des participants lors des entretiens qualitatifs laissent penser que la demande pour la MAS s'accroît, qu'ils estiment que la MAS vaut ce qu'elle coûte, que l'accès aux soins de santé s'améliore et que la capacité à couvrir les frais médicaux d'urgence sans utiliser l'épargne ou contracter un prêt s'améliore. Il est trop tôt pour noter la présence éventuelle d'autres facteurs illustrés dans la boucle de rétroaction positive, en particulier une augmentation éventuelle des recettes ou une amélioration de la productivité de la main-d'œuvre ou encore, une amélioration de l'état de santé ou du bien-être. Si la MAS s'avère financièrement viable et est élargie à d'autres communautés, CRS envisagera éventuellement d'élaborer des indicateurs pour mesurer ces résultats, à mesure du déploiement du programme.

La collaboration avec des CECI autonomes offre deux moyens de promouvoir ce cycle de rétroaction positive. Premièrement, le groupe offre une base idéale pour les campagnes de sensibilisation et visant à faire connaître les avantages et les caractéristiques du produit aux clients potentiels. Deuxièmement, le groupe aide les clients potentiels à épargner régulièrement en vue du paiement de la prime annuelle ou biannuelle. Si les gens ont été peu nombreux à faire appel aux groupes d'épargne pour réunir le montant nécessaire pour souscrire à la MAS lors de la première période d'inscription, c'est peut-être parce que l'enregistrement s'est tenu avec retard, après que bon nombre des gens aient dépensé l'épargne initialement prévue pour la MAS au moment du partage. Lors du premier cycle de ce programme pilote, les CECI ayant utilisé une stratégie d'épargne de groupe ont enregistré un taux d'adhésion moyen de 35,4% à la MAS, alors que les groupes dont les membres pratiquaient l'épargne personnelle ont enregistré un taux d'adhésion plus faible, à 17,9%. S'il est vrai que la taille de l'échantillon est très limitée, ceci indique néanmoins que l'épargne de groupe peut faciliter l'épargne pour le produit de MAS, soit en réduisant les barrières financières, soit en instaurant une atmosphère de pression des pairs positive, poussant les membres à épargner en vue de souscrire à la MAS.

Ainsi que mentionné plus tôt, la MAS était à l'origine conçue pour être un produit de groupe obligatoire auquel tous les membres des CECI participantes devaient souscrire ensemble. En théorie, ceci aiderait à diversifier le risque et à augmenter les souscriptions ; toutefois, dans le programme pilote où le produit est offert à titre individuel, l'anti sélection ne semblait pas poser de problème. Au cours des quatre premiers mois, le produit a été rentable pour NSIA. De plus, même si l'épargne de groupe aide les personnes à se préparer à payer la prime, un certain nombre d'adhérents ont expliqué qu'ils ont payé leur première prime à l'aide de l'épargne qu'ils avaient conservé à leur domicile (c'est-à-dire l'épargne personnelle). Ceci montre que les clients potentiels ont la capacité de payer la prime sans l'appui d'un groupe d'épargne. Ceci implique qu'à l'avenir, la NSIA pourrait offrir le produit aussi bien aux groupes d'épargne qu'aux personnes non membres. Nous pouvons promouvoir la demande pour la MAS en entreprenant d'autres activités d'éducation, notamment sous forme de séances de sensibilisation et de séances de discussion d'apprentissage. L'expérience grandissante en rapport avec le produit devrait aussi nous aider dans ce sens.

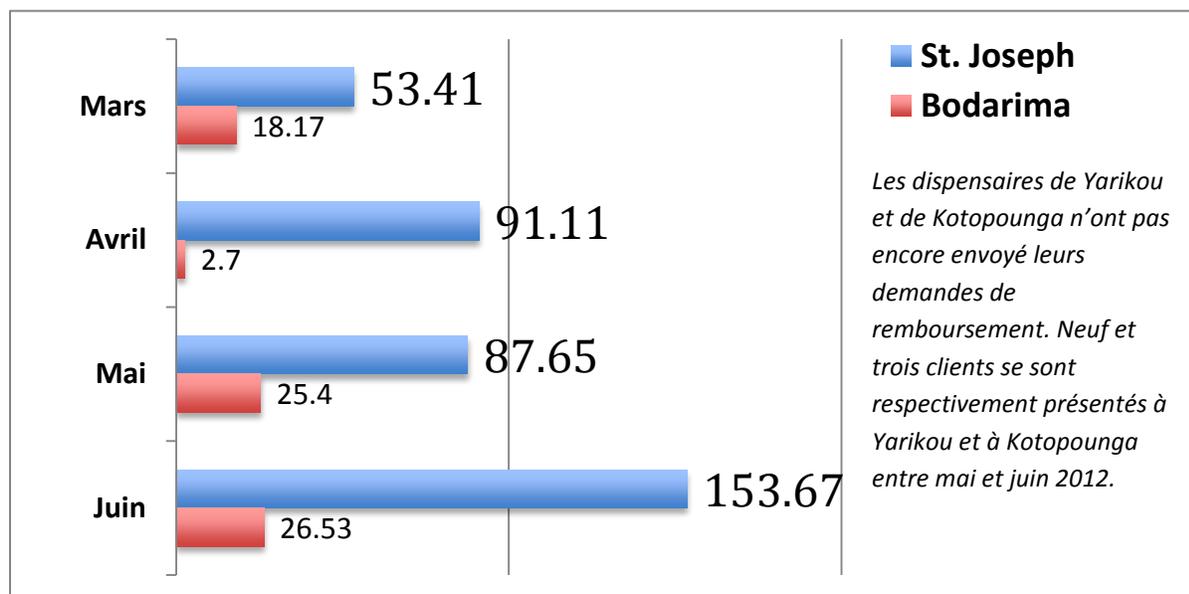
4.3.2. Niveau des prestataires de soins de santé

En théorie, la MAS bénéficie aussi aux prestataires de soins de santé. Sur le court terme, le produit constitue une source de recettes sûre (remboursements de la NSIA) et devrait être plus fiable que les paiements des patients. Sur le moyen à long terme, la MAS devrait motiver les patients à rechercher des soins plus tôt et plus souvent, améliorant ainsi la santé globale de la population. Ces changements devraient accroître la rentabilité des dispensaires, leur permettant d'engager davantage de personnel et d'améliorer leur capacité technique. Par ailleurs, le nombre croissant des patients constituera un argument convaincant pour demander du matériel et de l'appui financier et technique (formation) supplémentaires auprès du Gouvernement du Bénin et des ONG. Tous ces avantages dépendent de la qualité et de la disponibilité de soins de santé pour la clientèle. Dans la pratique, nous avons constaté que les prestataires de soins de santé n'ont ni la capacité requise (personnel et expertise) ni la motivation nécessaire (salaire, remboursement des réclamations, reconnaissance).

Trois des quatre centres de santé affiliés au moment de la recherche ont indiqué que le taux de fréquentation de leur institution est très élevé et qu'à moins d'engager de nouveaux infirmiers, ils ne peuvent pas en faire plus. Cependant, ceci s'avère difficile non seulement parce que le budget ne le permet pas mais aussi parce que la région compte peu de candidats qualifiés qui soient disposés à travailler en milieu rural. Sinon, les dispensaires pourraient engager une secrétaire pour gérer la documentation. Cependant, ceci serait difficile pour les mêmes facteurs : le budget actuel ne le permet pas et les personnes ayant les compétences nécessaires ont tendance à vivre et à travailler en ville. Sachant que cela prend plus de temps de servir les clients ayant une MAS, on ne peut être sûr que, même avec la clientèle supplémentaire créée par la MAS, les dispensaires vont générer suffisamment de profits pour pouvoir engager un autre employé. Il est probable que ces problèmes soient plus marqués parce qu'il s'agit encore d'un programme pilote et que tout le monde est donc encore en train de se familiariser avec le nouveau système. A mesure que les prestataires de soins de santé et les adhérents à la MAS se familiariseront avec le produit, le coût marginal par client devrait baisser. Les prestataires de soins de santé du dispensaire Saint Joseph à Chabicouma ont indiqué que la gestion de la paperasse est devenue plus aisée au bout de quatre mois. Néanmoins, leurs préoccupations restent de taille et il convient de les résoudre afin d'améliorer le fonctionnement de la MAS sur le court terme et garantir que les besoins des prestataires de soins de santé ne sont pas négligés.

Le manque de motivation s'oppose également à la fourniture de services de santé de qualité et à la bonne mise en œuvre de la MAS. Ce manque de motivation est lié à la structure salariale irrégulière des dispensaires publics, à des problèmes logistiques liés au remboursement des réclamations d'assurance-maladie et aux relations tendues avec les clients adhérents à la MAS. Au Bénin, les dispensaires publics sont rémunérés par le gouvernement. Les interviews d'informateurs clés ont indiqués que les salaires ne sont pas payés régulièrement. Pour remédier à cela et gagner de l'argent, certains agents de santé publics indiquent dispenser des services de manière officieuse. Si tel est le cas, la MAS n'a aucun attrait pour les agents de soins de santé parce qu'elle exige que le service soit déclaré, ce qui empêche toute corruption. Il s'agit d'un défi systémique et contextuel qu'il serait difficile, voire impossible, de résoudre au niveau du projet.

Figure 9 : Demandes de remboursements par dispensaire en USD



Les demandes de remboursement (Figure 9), notamment la transmission des reçus de service de santé à la NSIA et la restitution des remboursements venant de la NSIA dans les délais impartis constituent encore un autre défi au bon fonctionnement du programme de MAS. Dans le programme pilote, la NSIA s'est rendue à Natitingou en compagnie de CRS pour inscrire de nouveaux membres et renouveler la police des anciens membres. Au cours de la même mission, la NSIA a remis les remboursements des deux premiers mois (mars et avril) aux prestataires de soins de santé. Le contrat entre les prestataires de soins de santé et la NSIA stipule que la NSIA doit envoyer les remboursements dans un délai de 30 jours après réception des reçus. D'après le personnel de la NSIA, ce premier retard était dû au fait qu'il a d'abord fallu établir un système de facturation, chose qui a maintenant été réglée pour les remboursements à venir. Il est essentiel que les prestataires de soins de santé envoient les reçus tous les mois et que la NSIA traite les factures et envoie les remboursements dans les délais impartis. Si ce système est bien rodé, il devrait motiver les prestataires de soins de santé à promouvoir la MAS. S'il n'est pas respecté, cela va probablement continuer à dissuader les prestataires de soins de santé à appuyer la MAS.

Les prestataires de soins de santé sont confrontés à un autre défi, à savoir la gestion de leur relation avec les clients. Les prestataires de soins de santé ont signalé que les patients ayant une MAS s'attendent à être reçus rapidement et parfois même, sans attendre leur tour. Ils ont indiqué que les patients n'admettent pas les retards et sont souvent peu disposés à attendre, quand bien même des enfants ayant besoin d'urgence d'un traitement pour la fièvre ou des convulsions sont là. Des défis similaires ont été relevés dans le cadre de la formation de mutuelles de santé au Bénin, en Guinée, et au Niger : « la suppression des barrières financières par l'abolition des frais d'utilisation a changé les rapports de force et a rendu les clients quelque peu abusifs » (Ridde et al., 2010, p. 473). Pour atténuer ce problème et promouvoir une relation positive entre les clients et les prestataires de soins de santé,

CRS a proposé d'élaborer une séance de discussion d'apprentissage supplémentaire sur la « patience dans les formations de soins de santé » pour encourager les patients ayant souscrit à une MAS à respecter les besoins des prestataires de soins de santé et ceux des autres patients ayant des problèmes de santé plus graves.

En outre, CRS s'est lancé dans une stratégie qui fait appel à la pression positive pour encourager les prestataires de soins de santé à fournir, de bonne foi, des soins de qualité aux clients ayant souscrit à une MAS. Tout d'abord, CRS s'est assuré l'engagement et l'appui des administrateurs de santé régionaux, notamment Dr Félicien Tossou, Coordinateur de la Zone de Santé de Natitingou-Boukoubé-Toukoutouna, et Dr Célestin Hounkpè, Coordinateur de la Zone de Santé 2KP (Kouandé-Kérou-Péhounco). Deuxièmement, les prestataires de soins de santé ont signé un contrat avec la NSIA, qui les oblige à recevoir les patients ayant souscrit à une MAS. Troisièmement, CRS et Caritas Natitingou ont tenu une réunion avec les prestataires de soins de santé pour leur expliquer les doléances des patients. Une réunion trimestrielle de toutes les parties prenantes devrait être tenue pour donner l'occasion aux usagers de la MAS, aux prestataires de soins de santé, à la NSIA, à CRS et au Gouvernement du Bénin d'exprimer leurs doléances éventuelles et de trouver des moyens d'améliorer le fonctionnement du produit. En dernier lieu, un programme intitulé « Financement Basé sur les Résultats » est actuellement mis en œuvre au Bénin pour évaluer la performance des prestataires de soins de santé et les financer en fonction de celle-ci. S'il n'est pas encore mis en œuvre dans les dispensaires de l'étude, il se peut que sa mise en œuvre y soit encouragée à l'avenir, ce qui pourrait constituer un facteur de motivation supplémentaire. Néanmoins, il est clair que, dans l'immédiat, il faut en faire plus pour appuyer et motiver les prestataires de soins de santé. L'accès à des soins de santé de qualité est le facteur le plus décisif pour la réussite de la MAS, notamment aux phases initiales actuelles du programme, où la population observe avant de décider de souscrire ou non à une MAS à l'avenir.

En dernier lieu, ce programme pilote a mis en exergue un point intéressant, à savoir que c'est dans le dispensaire de Saint Joseph que l'expérience la plus réussie en matière de MAS a été relevée. C'est ce dispensaire qui a les liens les plus étroits avec CRS et Caritas Natitingou. Les infirmières au dispensaire St-Joseph sont toutes des sœurs catholiques et la relation qu'elles entretiennent avec M. Dadjo est personnelle et solide. Ce lien étroit, fondé sur une religion et un système de croyances communs, a peut-être contribué à développer la confiance nécessaire pour motiver les sœurs à fournir, de bonne foi, de plus gros efforts pour la mise en œuvre de la MAS dès le début de la période d'essai (ce qui explique en partie les résultats plus positifs). Ceci semble indiquer que la confiance entre les prestataires de soins de santé, la NSIA, et CRS pourrait être un troisième facteur de motivation des prestataires de soins de santé à fournir des efforts de bonne foi. Si le lien religieux suggère l'existence d'une confiance et d'un engagement profonds, il est tout aussi nécessaire de développer une relation professionnelle.

4.3.3. Niveau de la NSIA

Ce projet se distingue des nombreuses mutuelles de santé qui existent dans le milieu rural béninois par l'engagement de la NSIA. En tant que compagnie d'assurance privée, la NSIA renforce le produit en externalisant le risque hors des groupes, en fournissant une structure permettant de mettre en commun les risques de différentes communautés et en apportant son expérience de nombreuses années dans le

domaine de l'assurance. A long terme, la NSIA devrait énormément tirer profit d'avoir été le fer de lance de ce projet. Si la marge bénéficiaire par client est relativement faible, le pool de clients est très important, notamment en considération du fait que le Gouvernement du Bénin travaille actuellement à la conception d'un régime d'assurance maladie universel. Un des plus grands défis à ce titre sera d'offrir une couverture médicale effective aux populations rurales pauvres. Si les résultats de ce programme pilote s'avèrent concluants, il pourra éventuellement être intégré au RAMU. Ceci va, à son tour, augmenter les bénéficiaires de la NSIA, en amortissant les frais de mise en œuvre, en augmentant la taille de la population et en lui offrant la possibilité de recevoir une subvention directe du Gouvernement du Bénin.

Par ailleurs, s'il est vrai que la MAS cible initialement les populations pauvres, il se peut qu'à long terme, les revenus des ménages de ces clients et de leurs enfants augmentent, ce qui va entraîner une demande pour une couverture médicale plus élargie (et plus chère), voire d'autres types d'assurance. Il s'agit là d'une opportunité sans précédent pour la NSIA de devenir le prestataire d'assurances-ménage pour les populations rurales à travers l'Afrique de l'Ouest.

A côté de ces points forts et de ces motivations manifestes pour la NSIA, il y a un certain nombre de défis à relever en termes de mobilisation de ressources pour garantir le bon fonctionnement de la MAS sur le long terme. En dépit d'avoir compris les avantages potentiels liés à la MAS selon ses propres dires, la direction de la NSIA a été lente à manifester son engagement. Pour relever ce défi, il est essentiel que la NSIA alloue le capital humain et financier nécessaires à la création d'un fonds de garantie, tisse des relations avec les populations clientes et investisse dans d'autres composantes du programme.

Il y a quatre domaines essentiels où ceci est possible. Premièrement, il a été proposé un nouveau règlement, qui exige de toute compagnie d'assurance fournissant des services de microassurance de constituer un fonds de garantie. Le comité de la NSIA n'a pas encore approuvé ce fonds. D'après le personnel de la NSIA, les chances que le comité d'administration de la NSIA approuve ce fonds seront plus élevées si le bilan sur la MAS est positif en fin d'année et que le produit fait ses preuves en termes de rentabilité. Actuellement, le fonds de garantie est fourni par CRS de telle façon que si les remboursements s'inscrivent dans le cadre de la MAS sont supérieurs au montant des primes, CRS devra payer la différence à hauteur d'un plafond de 10.000.000 F CFA (USD 18.737).

Deuxièmement, à ce jour la NSIA est réticente à investir dans la MAS. Par exemple, lors de deux entretiens séparés, le personnel de la NSIA a expliqué que la NSIA n'était pas un organisme de bienfaisance et que pour cette raison, il lui est impossible d'investir davantage de ressources financières dans la MAS avant qu'elle n'ait constaté sa rentabilité. En outre, le personnel de la NSIA est arrivé, avec plus d'une heure de retard, à une réunion de restitution avec les représentants du gouvernement, les prestataires de soins de santé, le personnel de Caritas, CRS et l'Agence Nationale de Soins de Santé Second. Même si la NSIA ne peut pas admettre le niveau de risque associé aux phases initiales du programme, il serait bon qu'ils fassent davantage d'investissements symboliques en temps et davantage d'engagements verbaux pour créer la confiance essentielle à la réussite du programme.

Troisièmement, la NSIA ne dispose actuellement pas de bureau à Natitingou. A la place, elle a engagé une personne pour travailler dans une antenne. Ceci implique que tout le travail officiel doit être fait au siège à Cotonou, notamment l'enregistrement des nouveaux abonnés, le traitement des reçus et des factures et l'émission des remboursements. Même si ceci est faisable, cela faciliterait grandement le processus si la NSIA avait une présence plus marquée à Natitingou.¹⁵

Quatrièmement, la dépendance actuelle de la NSIA sur la participation et la direction de CRS, aussi bien du point de vue financier que dans la préparation logistique des visites sur le terrain pour entretenir la relation avec les clients n'est pas viable. Ceci va très probablement poser un gros problème lors du transfert des responsabilités de CRS à la NSIA. Ainsi que mentionné plus tôt, il est essentiel que la NSIA fournisse non seulement le capital financier et humain nécessaires pour assurer le fonctionnement logistique du programme, mais développe également une relation avec sa clientèle. Ceci pourra exiger de la NSIA qu'elle traite la population rurale avec le même respect et leur fournisse la même qualité de service que ses clients urbains nantis.

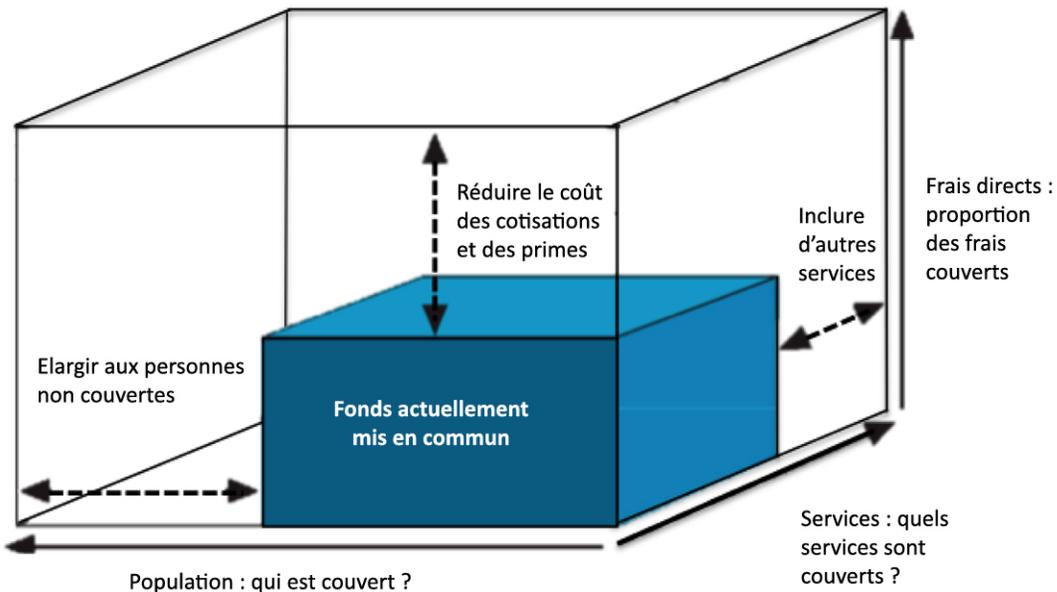
4.4. Stratégies pour mettre la MAS en relation avec le RAMU du Bénin

Le Gouvernement du Bénin élabore actuellement le programme de RAMU afin d'élargir la couverture médicale au-delà des employés du gouvernement, groupes d'artisans spécifiques, particuliers munis d'une assurance privée et mutuelles de santé. Le RAMU va regrouper les régimes d'assurance médicale existants, notamment les mutuelles de santé, dans une structure faîtière. Pour contribuer à la rationalisation du processus, le Gouvernement du Bénin entend travailler avec les mutuelles de santé qui se sont déjà fédérées et encourager celles qui ne le sont pas encore à le faire, avec pour motivation l'inclusion au RAMU. Toutefois, ce système ne va pas atteindre toute la population du Bénin. Il faut donc une stratégie complémentaire pour atteindre le reste de la population et offrir une couverture universelle aux populations rurales et pauvres. Le produit MAS de la NSIA pourrait répondre à ce besoin.

A la suite de discussions avec des représentants du Ministère de la Santé, de l'ANAM et de l'ONG AfricMutualité, il a été déterminé deux moyens potentiels d'intégrer le client MAS CECI au RAMU. Premièrement, si les résultats du programme pilote sont concluants et que la MAS peut être transposée à plus grande échelle, le Gouvernement du Bénin pourra entrer en partenariat direct avec la NSIA pour offrir la MAS en tant que composante du RAMU (option 1). Le Gouvernement du Bénin pourrait également octroyer une subvention à la NSIA, en échange d'un produit dont la couverture est élargie aux hôpitaux régionaux et nationaux. Dans le cadre d'un partenariat correctement structuré, la NSIA pourra continuer à offrir la MAS à un prix comparable ou meilleur, tout en proposant d'autres services. Cette proposition sera élargie au produit suivant l'axe défini à la Figure 10. Sinon, les clients de la MAS pourraient rejoindre les organismes centraux de mutuelles de santé : en quittant la NSIA ils deviendront éligibles à participer au RAMU (option 2).

¹⁵ Au minimum, la secrétaire du groupe CECI sait lire et écrire. A part cela, les agents de terrain de CECI de Caritas Natitingou savent lire et écrire et se tiennent disposés à assister les groupes CECI.

Figure 10 : Trois dimensions à considérer lors du passage à une couverture universelle



Source: Présentation de *Providing for Health (P4H)* sur le lancement du RAMU au Bénin (février 2012)

La première option qui consiste à mettre à contribution la NSIA et élargir son rôle est préférable à celle de la mutuelle de santé pour quelques raisons. Tout d'abord, la NSIA externalise le risque hors du groupe, ce qui offre une option d'assurance plus pérenne et plus sûre. Deuxièmement, il serait plus aisé et plus rapide de transposer à plus grande échelle le produit de la NSIA que de créer un nombre élevé de mutuelles de santé, parce que l'expertise sera au niveau de la compagnie d'assurance, diminuant ainsi la nécessité de former et de sensibiliser au niveau communautaire. Troisièmement, contrairement aux mutuelles de santé, la MAS de la NSIA n'exige pas la présence d'une masse critique de personnes en un lieu donné. En sa qualité d'acteur national, la NSIA serait plutôt dotée de la capacité de mettre en commun les risques des clients à travers l'ensemble des différentes régions du Bénin.

La deuxième option, bien que moins préférable, tirerait parti des progrès effectués par CRS et la NSIA dans le cadre de ce programme pilote, à savoir que les clients de la MAS de la NSIA se familiariseront de plus en plus au concept d'assurance et à son fonctionnement et seront de la sorte mieux préparés à rejoindre et à gérer les mutuelles de santé.

5. Conclusions et recommandations

La recherche et l'analyse montrent que la MAS avec une compagnie d'assurance privée constitue une opportunité exceptionnelle qui peut présenter des avantages pour toutes les parties concernées. La clientèle, la compagnie d'assurance, les prestataires de soins de santé, et le Gouvernement du Bénin peuvent chacun tirer des avantages importants de la réussite de la MAS. Les facteurs fondamentaux pour la réussite du programme sont là. En ce qui concerne les CECl, la demande existe et les membres ont la capacité de payer les primes. En ce qui concerne les prestataires de soins de santé, ils se sont engagés vis-à-vis du programme pilote et si le programme réussit, ils auront plus de clients et plus de recettes et pourront adopter une approche proactive de soins préventifs pour les clients avec le temps.

En ce qui concerne la NSIA, elle pourrait faire des profits substantiels tout en offrant un précieux service en élargissant sa clientèle à tout le Bénin et éventuellement à l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest. Le Gouvernement du Bénin a aussi à gagner : si le RAMU veut parvenir à l'universalité, il lui faudra trouver un programme qui peut atteindre les populations rurales pauvres et leur offrir une couverture en soins de santé. Les recommandations suivantes sont données pour la réussite à long terme de ce programme pilote et accordent une attention particulière au renforcement de la confiance entre toutes les parties prenantes.

5.1. Recommandations générales

- (1) Accorder la priorité à l'expérience des premiers clients parce que les autres les observent avant de se joindre au programme ;
- (2) Promouvoir la confiance en faisant preuve de transparence, de prévoyance, et de proactivité dans toutes les décisions ;
 - Partager les constats et les connaissances avec tous les partenaires le plus vite possible ;
 - Offrir un forum formel pour le feedback, tel que des réunions trimestrielles des parties prenantes.

5.2. Recommandations pour CRS et Caritas

- (3) Mener une réflexion qui dépasse le cadre habituel du projet pour trouver des moyens pour renforcer la capacité et l'intérêt de NSIA, des prestataires de soins de santé ;
- (4) Travailler avec la NSIA dans l'élaboration d'une stratégie pour améliorer sa capacité à servir les populations rurales :
 - Mettre à profit les relations existantes pour convaincre les responsables de haut niveau de la NSIA de prioriser la MAS ;
 - Rester impliqué dans le programme pilote jusqu'à ce qu'il soit autonome mais à commencer le transfert de responsabilités vers la NSIA immédiatement ;
 - Promouvoir les relations entre la NSIA et les communautés cibles en identifiant un employé de la NSIA qui sera le visage de la NSIA auprès des communautés rurales et au siège de la NSIA
- (5) Motiver les prestataires de soins de santé à offrir des services de meilleure qualité :
 - Envisager de créer une reconnaissance officielle pour honorer le centre de santé qui reçoit et traite le plus de patients bénéficiant de la MAS ;
 - Envisager de travailler avec le Gouvernement du Bénin pour l'adoption de la MAS de la NSIA dans le RAMU;
 - Envisager d'ajouter une composante de renforcement de capacité pour les prestataires de soins de santé impliqués dans le programme.
- (6) Renforcer les sensibilisations et les discussions d'apprentissage en vue de :
 - Mieux établir l'idée qu'une assurance santé ne réduit pas nécessairement les coûts de santé mais améliore la capacité des assurés à gérer les coûts associés aux soins de santé ;
 - Encourager les clients à utiliser les formations sanitaires pour divers services ;
 - Mettre en place des séances supplémentaires de discussion d'apprentissage pour faire aux défis à mesure qu'ils surgissent.

5.3. Recommandations pour la NSIA

- (7) Investir suffisamment de ressources financières et humaines pour une bonne gestion du projet ;
- (8) Renforcer les relations entre la NSIA et la clientèle pour développer la confiance :
 - Mettre en place une méthode pour permettre des contacts directs entre la NSIA et la clientèle ;
 - Envisager une campagne d'information sur la NSIA auprès des populations locales.
- (9) Renforcer les relations entre la NSIA et les prestataires de soins de santé pour développer la confiance :
 - Contacter régulièrement les prestataires de soins de santé et leur désigner une personne en particulier pour être leur contact afin de répondre à leurs questions et leurs préoccupations ;
 - Envisager de réviser et de simplifier les documents administratifs ;
 - Consulter les prestataires de soins de santé lors de l'élaboration des nouveaux documents.
- (10) Etablir et publier un calendrier pour le renouvellement des primes bien à l'avance :
 - Rendre les dates publiques ;
 - Respecter strictement les dates et les heures prévues.
- (11) Publier les modalités d'assurance dans la mesure du possible :
 - Inclure les coûts, les services disponibles, les médicaments acceptés, et les prestations de l'assurance vie, etc. ;
 - Distribuer des jeux de documents d'information sur la MAS aux formations sanitaires et aux CECI ;
 - Plastifier un exemplaire des documents d'information pour chaque formation sanitaire et leur demander de le placer dans un endroit où les visiteurs et les prestataires de soins de santé peuvent facilement le consulter.

5.4. Recommandations pour la recherche à l'avenir

- (12) Voir comment la technologie de téléphonie mobile peut aider à résoudre les défis d'ordre logistique :
 - Plateforme SMS pour permettre aux prestataires de soins de santé d'envoyer les reçus à la NSIA par voie électronique ;
 - Transfert de fonds par téléphonie mobile pour envoyer les remboursements aux prestataires de soins de santé ;
 - Permettre aux clients de s'inscrire directement à partir de Natitingou via les téléphones mobiles.
- (13) Examiner comment le produit peut être intégré dans le RAMU.
 - Soit par un arrangement avec la NSIA pour le fournir à l'échelle nationale ;
 - Soit en convertissant les CECI en mutuelles de santé.
- (14) Lancer le dialogue avec le Gouvernement du Bénin sur cette question pour voir comment cela pourrait se faire et quel serait le calendrier.

Annexe A Modalités de la microassurance santé de NSIA

BENIN	
A- MALADIE/ACCIDENT	Plafond de remboursement global: 40.000 F CFA/assuré /an (≈ USD 75)
Coût de consultation : Consultation curative, prénatale et postnatale	- Couvert à 100% - Limité à 300 F CFA (≈ USD 0,56) par consultation, et - 3 consultations par an
Coût des soins :	- Couvert à 70% - Quote-part de 30%
Coût des produits pharmaceutiques et des médicaments qui sont vendus dans les centres de santé affiliés	- Couvert à 70% - Maximum de 4.000 F CFA (≈ USD 7,50) à chaque fois - Maximum 3 fois par an
Coûts médicaux pour "hospitalisation" locale	- Couverts à 70%, avec un maximum de 5.000 F CFA (≈ USD 9,37) par an
Accouchement simple	- Couvert à 70 % - Maximum de 6.000 F CFA (≈ USD 11,24) par an
Petite chirurgies	- Couvertes à 70 % - Maximum de 3.000 F CFA (≈ USD 5,62) et limitées à deux fois par an
B- VIE	
Décès ou invalidité de l'assuré	Capital: assuré à 100.000 F CFA (≈ USD 187,37)

Critères d'éligibilité:

- Le titulaire primaire de la police d'assurance doit un membre de CECI.
- Les personnes à charge couvertes sont l'époux/se et jusqu'à six enfants.

Annexe B Liste des services et coûts moyen dans les centres de santé locaux

Service de santé	Niveau de risque	Coût moyen
Consultation au centre de santé	71%	100 F CFA (≈ USD 0,19)
Consultation au centre confessionnel	29%	300 F CFA (≈ USD 0,56)
Médication au centre de santé	110%	900 F CFA (≈ USD 1,69)
Mise sous observation	10%	300 F CFA (≈ USD 0,56)
Soins infirmiers	40%	200 F CFA (≈ USD 0,37)
Petite chirurgie	20%	200 F CFA (≈ USD 0,37)
Consultation prénatale	12%	950 F CFA (≈ USD 1,78)
Accouchement simple	3%	2.000 F CFA (≈ USD 3,75)

Source: basé sur les données collectées sur le terrain pendant l'étude des besoins sanitaires de CRS (2010).

Annexe C Etat des réclamations au 17 juillet 2012

Déclarations de sinistre	Mois	Total	Equivalent en USD
Bodarima	Mars	9.695 F CFA	18,67
	Avril – Juin	43.725 F CFA	81,93
St. Joseph	Mars	28.505 F CFA	53,41
	Avril	48.625 F CFA	91,12
	Mai	51.580 F CFA	96,65
	Juin	90.115 F CFA	168,85
Yarikou	Mars-Juin	22.830 F CFA	42,78
Quatre décès	Mars-Juin	400.000 F CFA	749,48
TOTAL DECLARATIONS DE RECLAMATIONS		695.075 F CFA	1.302,37
TOTAL PRIMES COLLECTEES		1.921.250 F CFA	3.599,87

Annexe D Bibliographie

- Klein, T. (2007). Selecting Therapies in Benin: Making Choices between Informal, Formal, Private and Public Health Services. *Africa Spectrum, Informal Institutions and Development in Africa*, 42(3), 461–481.
- Ridde, V., Haddad, S., Yacoubou, M., & Yacoubou, I. (2010). Exploratory study of the impacts of Mutual Health Organizations on social dynamics in Benin. *Social Science & Medicine*, 71, 467–474.
- Savings-Led Microfinance Profile: CRS Benin. (n.d.). Catholic Relief Services.
- Sawyer, M. (2011). *Sticky Little Institutions: A Study of Older Savings Groups in Benin* (Unpublished/Internal Report). Medford, MA: Catholic Relief Services/Fletcher.
- Vanmeenen, G. (2010). *Savings and Internal Lending Communities - SILC Voices from Africa* (East Africa Regional Office). Nairobi, Kenya: Catholic Relief Services.
- Wiesmann, D., & Jütting, J. P. (2000). The Emerging Movement of Community Based Health Insurance in Sub-Saharan Africa: Experiences and Lessons Learned. *Africa Spectrum*, 35(2), 193–210.

Annexe E CECI interviewées

#	CECI	Lieu	Assurés/ Total Membres	Statut MAS	Centre de santé fréquenté	Nb Participants
1	Wahalabeni	Chabicoouma	11/25	Mixte/Assuré	St. Joseph	6
2	Poulousa	Chabicoouma	16/42	Assuré	St. Joseph	8
	Poulousa			Non assuré		5
3	Nongoutaba	Chabicoouma	6/62	Assuré	St. Joseph	3
	Nongoutaba			Non assuré		5
4	Poudénam	Chabicoouma	1/26	Assuré	St. Joseph	1
	Poudénam			Non assuré		5
5	Essowè	Chabicoouma	17/42	Assuré	St. Joseph	12
6	Tibobénè	Chabicoouma	13/30	Non assuré	St. Joseph	1
	Tibobénè			Assuré		8
7	Lanhessirè	Chabicoouma	22/59	Assuré	St. Joseph	1
	Lanhessirè			Non assuré		3
8	Tchokakpendé	Kotopounga	3/35	Assuré	Kotopounga & Bodarima	6
	Tchokakpendé			Non assuré		1
9	Tétoman	Kotopounga	5/21	Assuré	Kotopounga & Bodarima	4
	Tétoman			Non assuré		3
10	Yimboma Tohou	Kotopounga	2/32	Non assuré	Kotopounga & Bodarima	3
	Yimboma Tohou			Assuré		1
11	Tèkiri	Kotopounga	2/30	Non assuré	Yarikou	4
	Tèkiri			Assuré		2
12	Tissenguiré-tiyo	Kotopounga	4/24	Assuré	Yarikou	4
	Tissenguiré-tiyo			Non assuré		3
13	Tikpehina	Kotopounga	1/37	Non assuré	Kotopounga & Bodarima	4
	Tikpehina			Assuré		1
14	Waréyin	Kotopounga	11/31	Assuré	Kotopounga & Bodarima	3

Annexe F Guides d'interview utilisé pour les discussions thématiques de groupes CECI

Guide pour les discussions thématiques de groupe pour les adhérents à un plan de MAS

A. Expérience en matière de services de santé et perception de la MAS:

A1. Avez-vous déjà eu recours à la MAS auparavant ? Si oui, quand et pourquoi ? Si non, pourquoi ?

A2a. [Demandez des informations sur les coûts indirects, incluant le transport et les médicaments, et aussi sur les moyens pour payer les coûts, exemple : épargnes CECI, provenant du fonds social CECI, provenant d'un autre membre de la famille, d'un voisin etc.]

Demandez: Parlez-moi d'une occasion où vous ou une personne de votre famille étiez/était malade alors que vous n'avez pas encore souscrit à une assurance maladie. Qu'avez-vous fait ? Pouvez-vous m'expliquer chaque étape et être aussi spécifique que possible ?

Maintenant parlez-moi d'une occasion où vous ou une personne de votre famille étiez/était tombée malade depuis que vous avez souscrit à l'assurance maladie. Qu'avez-vous fait ? Pouvez-vous m'expliquer chaque étape et être aussi spécifique que possible ?

Parlez-moi d'une occasion où vous ou une personne de votre famille étiez/était tombée malade d'une maladie non couverte par l'assurance maladie. Qu'avez-vous fait ? Pouvez-vous m'expliquer chaque étape et être aussi spécifique que possible ?

A2b. Quel centre de santé préférez-vous ? Pourquoi ?

A3. Perceptions de l'assurance maladie :

- a. D'après vous, quelle est la meilleure caractéristique de ce produit d'assurance maladie ?
- b. Quel est le plus grand problème que vous avez avec le produit d'assurance maladie ?
- c. Avez-vous l'intention de renouveler votre prime d'assurance maladie quand elle sera à renouveler ? Pourquoi ?
- d. Avez-vous déjà recommandé à des personnes membres ou non membres de votre CECI de souscrire à cette assurance maladie ? Pourquoi ?
- e. D'après vous, est-ce que la MAS vaut le coût que vous avez payé ? Pourquoi ?
- f. Si vous pouvez faire en sorte que la MAS couvre un besoin médical supplémentaire, mais que cela rendrait l'assurance plus chère, qu'ajouterez-vous ?
- g. Si vous pouvez faire en sorte que la MAS couvre un besoin médical en moins, mais que cela rendrait l'assurance moins chère, qu'enlèverez-vous ?
- h. D'après vous, pourquoi certains membres de votre CECI ont décidé de ne pas souscrire à la MAS? Que leur faudrait-il pour qu'ils participent à l'avenir ?
- i. D'après vous, que leur faudrait-il pour qu'ils acceptent de souscrire à l'assurance maladie à l'avenir ?

- j. Est-ce que vous vous inquiétez moins de ce que vous avez à faire quand quelqu'un de votre famille tombe malade ?

A4. Qu'est-ce qui vous a convaincu de souscrire à la MAS ?

A5. Qui a pris la décision finale dans votre ménage de souscrire à la MAS? [Demandez : vous ? votre époux(se)?]

B. Compréhension du produit de MAS :

B1. Comment avez-vous entendu parler pour la première fois du produit de MAS ?

B2. Avez-vous suivi une formation sur la MAS? (Si oui, de qui ? Que vous ont-ils dit sur la MAS, et quand/en la qualité de quoi ?)

B3. Quels sont les termes et les conditions du produit de MAS ? [Demandez : Combien ça coûte ? Quand sont les échéances de paiement ? Pour quoi pouvez-vous y avoir recours? Pour quoi ne pouvez-vous pas y avoir recours ?

B4. Veuillez me parler de la composante d'assurance vie de la MAS.

- a. Connaissez-vous quelqu'un qui a reçu un remboursement ?
- b. Pouvez-vous raconter leur expérience?
- c. Est-ce que l'assurance vie est une composante importante du produit de MAS ?
- d. Est-ce que votre connaissance de la prime et de l'expérience de ces gens ont eu un impact sur votre perception du produit ? Si oui, comment ?

B5. Avez-vous déjà eu recours à d'autres types d'assurance (culture/ animal, assurance vie etc.)? Si oui, pouvez-vous raconter votre expérience avec ces produits d'assurance ?

C. Perception de l'impact de la MAS dans la CECI :

C1. Comment avez-vous pu économiser suffisamment d'argent pour le paiement des primes ?

C2. D'après vous, est-ce que quelque chose a changé dans votre CECI depuis que la MAS est disponible ? [Demandez : Utilisation du fonds social ? Montant des épargnes individuelles ou du groupe ? Dynamique interne ?]

C3. Avez-vous établi de nouvelles règles dans votre CECI en relation avec la MAS? [Demandez : Montant d'épargne exigé, dépôts de fonds social, règles d'emprunt et de prêt ?]

- a. A combien se monte votre contribution? Est-ce que ça a augmenté ou diminué depuis que la MAS est disponible ?
- b. Comment utilisez-vous le fonds social ? Est-ce que ça a changé depuis que la MAS est disponible?

D. Bénéficiaires:

D1. Qui avez-vous inscrit comme bénéficiaires ?

D2. Comment avez-vous sélectionné ces bénéficiaires?

D3. Souhaitez-vous ajouter d'autres personnes comme bénéficiaires ? Pourquoi ?

Guide de discussions thématiques de groupe pour les personnes non assurée à un plan MAS de CECI

A. Expérience en matière de services de santé et perception de la MAS:

A1. Quelle expérience avez-vous en matière d'utilisation des services de santé ?

- a. Quel centre de santé fréquentez-vous ?
- b. Quand avez-vous visité pour la dernière fois un centre de santé ? Pour quel motif ?
- c. Combien avez-vous dépensé (estimation)?
- d. Comment avez-vous financé vos coûts ?
- e. Dans quel centre de santé votre mari/vos enfants est/sont-il(s) traité(s) ?
- f. Quel centre de santé préférez-vous ? Pourquoi ?

A2. [Demandez les coûts indirects, incluant le transport et les médicaments, et aussi comment les coûts ont été payés, exemple : épargne CECI, avec le fonds social CECI, provenant d'un autre membre de la famille, d'un voisin etc.]

Demandez : Parlez-moi d'une occasion où vous ou un autre membre de votre ménage a eu besoin de soins médicaux. Qu'avez-vous fait ? Pouvez-vous m'expliquer chaque étape et être aussi spécifique que possible ?

A3. Souhaiteriez-vous souscrire à une assurance santé à l'avenir ?

- a. Si oui, pourquoi avez-vous décidé de ne pas souscrire à la MAS cette fois-ci ?
- b. Si non, que faudrait-il faire ou changer pour que vous participiez à l'avenir ?

A4. Qui a pris la décision finale de ne pas souscrire à la MAS dans votre ménage ? [Demandez : vous ? votre époux(se) ?]

A5. Connaissez-vous d'autres membres de CECI qui ont souscrit à la MAS? Si oui, par quelle expérience sont-ils passés ?

B. Compréhension du produit de MAS :

B1. Comment avez-vous entendu parler pour la première fois du produit d'assurance ?

B2. Avez-vous suivi une formation sur la MAS? (Si oui, de qui ? Que vous ont-ils dit sur la MAS, et quand/en la qualité de quoi ?)

B3. Quels sont les modalités du produit de MAS ? [Demandez : Combien ça coûte ? Quand sont les échéances de paiement ? Pour quoi pouvez-vous y avoir recours? Pour quoi ne pouvez-vous pas y avoir recours ?

B4. Veuillez me parler de la composante d'assurance vie de la MAS.

- e. Connaissez-vous quelqu'un qui a reçu une prime ?
- f. Pouvez-vous raconter leur expérience?
- g. Est-ce que l'assurance vie est une composante importante du produit de MAS ?
- h. Est-ce que votre connaissance de la prime et de l'expérience de ces gens ont eu un impact sur votre perception du produit ? Si oui, comment ?

B5. Avez-vous déjà eu recours à d'autres types d'assurance (culture/ animal, assurance vie etc.)? Si oui, pouvez-vous raconter votre expérience avec ces produits d'assurance ?

B6. Que pouvez-vous faire pour que tous les membres de votre CECI puissent souscrire à la MAS?

C. Perception de l'impact de la MAS dans le CECI:

C1. D'après vous, est-ce que quelque chose a changé dans votre CECI depuis que la MAS est disponible ? [Demandez : Utilisation du fonds social ? Montant des épargnes individuelles ou du groupe ? Dynamique interne ?]

C2. Avez-vous établi de nouvelles règles dans votre CECI en relation avec la MAS? [Demandez : Montant d'épargne exigé, dépôts de fonds social, règles d'emprunt et de prêt ?]

C3. A combien se monte votre contribution? Est-ce que ça a augmenté ou diminué depuis que la MAS est disponible ?

D. Prestataire de service préféré (formel, informel, auto-traitement):

D1. Au cours de l'année passée, pour quelle raison de santé vous ou une autre personne de votre ménage êtes/est allé(e) :

- a. Au centre de santé local
- b. Chez le guérisseur
- c. Acheter vos propres médicaments au marché
- d. Vous avez attendu/n'avez rien fait
- e. Autre ? Veuillez expliquer

D2. [Si nécessaire, demandez D1: qu'en est-il de votre mari/femme ou fille/fils?]

Annexe G Statistiques de la NSIA sur la MAS pour la période d'inscription du 4-5 juillet 2012

Type	Total assurés 2012	Renouvelés	Expirés	Nouveaux	Total assurés Juillet 2012	PRIMES COLLECTEES		
						Renouvellements	Nouveaux assurés	Total
Assurés primaire	252	133	119	60	193			
Personnes à charge	463	287 ¹⁶	206	105	392			
Total	715	420	325	165	585	609.000 F CFA	239.250 F CFA	848.250 F CFA
Total						609.000 F CFA	239.250 F CFA	848.250 F CFA

¹⁶Trente de ces personnes sont de nouvelles personnes à charge ajoutées aux polices initiales