

DOCUMENT DE CAPITALISATION DES MUTUELLES SANTÉ

Rapport 2010-2020



emmaüs

INTERNATIONAL

PROVOCATEURS DE CHANGEMENT

Sommaire

I. HISTOIRE DES PROGRAMMES MUTUALISTES SANTE D'EMMAÛS INTERNATIONAL : DE L'INDIGNATION A LA CONCRETISATION (2000-2010)	6
a. La genèse de l'initiative : réagir face à l'injustice (2000)	6
b. Les défis des mutuelles santé	8
c. L'implication des plus exclu-e-s dès le début des mutuelles (2000-2002)	10
d. La concrétisation des systèmes mutualistes en Afrique (2002)	10
e. Les premières expérimentations et difficultés (2003-2007)	11
f. L'Assemblée mondiale de 2007	13
g. L'accompagnement du Mouvement	15
h. Les acteurs en présence	16
 II. ANALYSE ET EVOLUTION DE L'ACCES AUX SOINS ENTRE 2010 ET 2020	19
a. La typologie des adhésions au sein des quatre mutuelles entre 2010 et 2020	20
<i>Les mutuelles santé Afrique</i>	<i>20</i>
<i>Les mutuelles santé Asie</i>	<i>24</i>
b. La typologie des cotisations, prestations et remboursements des soins au sein des quatre mutuelles entre 2010 et 2020	29
<i>Les mutuelles santé Afrique</i>	<i>29</i>
<i>Les mutuelles santé Asie</i>	<i>41</i>
 III. ANALYSE ET EVOLUTION DU FONCTIONNEMENT DES MUTUELLES	56
a. La gouvernance	56
b. L'animation des mutuelles (rôle des acteurs)	61
c. Les outils de gestion et de suivi	68
d. Les états financiers et l'autosuffisance des mutuelles	71
e. Le travail en réseau	80
 IV. VUE D'ENSEMBLE ET EVALUATION DES PROGRAMMES MUTUALISTES D'ACCES A LA SANTE EN 2020	82
a. Une photographie des mutuelles à la fin de 2020	82
b. Le rôle des mutuelles santé durant la pandémie de Covid-19 (2020)	85
c. Les points forts et les faiblesses de l'approche d'Emmaüs International	86
d. Les points forts et les faiblesses des modèles mutualistes	88
e. Les points forts et les faiblesses de l'accompagnement du Mouvement	93

V. PERSPECTIVES	99
a. Améliorer l'accès aux soins et le fonctionnement des mutuelles	99
b. Améliorer l'accompagnement du Mouvement	101
c. Engager de nouvelles expériences.....	102
<i>Le lancement de nouvelles expériences mutualistes Emmaüs.....</i>	<i>102</i>
<i>La mise en place d'un outil Emmaüs d'accès à la santé pour les membres d'Emmaüs</i>	<i>104</i>
d. Mettre l'expérience des mutuelles au service d'une interpellation en faveur de l'effectivité du droit à la santé	104
<i>Les mutuelles Emmaüs : la participation des plus exclu·e·s, moteur de changement social.....</i>	<i>105</i>
<i>La consolidation de la parole politique sur le droit à la santé</i>	<i>108</i>
GLOSSAIRE	111
ANNEXES.....	112

L'expérience des mutuelles santé d'Emmaüs International : favoriser l'accès au droit à la santé en impliquant les plus exclu·e·s

Il y a maintenant une vingtaine d'années, Emmaüs International a décidé de mettre en œuvre des programmes mutualistes d'accès à la santé (à partir de 2002 au Burkina Faso et au Bénin, et de 2011 en Inde et au Bangladesh). En effet, pour beaucoup d'elu·e·s du Mouvement des années 2000, mais aussi pour son fondateur, il n'était plus tolérable de constater qu'au sein même du Mouvement, en fonction des pays où évoluaient les groupes membres, des inégalités criantes existaient en termes d'accès à la santé.

« Si la santé est universellement et depuis longtemps reconnue comme un bien précieux, il en va autrement des mécanismes collectifs qui garantissent à chacun un minimum de prévention et de protection en matière de santé. L'accès aux soins pour tous reste une idée neuve et encore bien mal partagée. »

Le Mouvement Emmaüs sait d'expérience que la maladie et la mortalité précoce constituent des facteurs aggravant la vulnérabilité des plus pauvres, les maintenant dans l'exclusion. C'est pourquoi là où existent des systèmes de protection santé, Emmaüs milite pour le droit commun pour tous ; et là où les politiques publiques sont absentes et où règne l'inégalité des systèmes privés lucratifs, Emmaüs promeut la tradition mutualiste, proche de ses idéaux et de son savoir-faire. La construction de systèmes de protection sociale communautaires maîtrisés par les individus est un moyen puissant pour s'affranchir durablement de la pauvreté. C'est de surcroît une réponse appropriée à la demande de justice sociale. En appuyant les avancées des mutuelles lancées par Emmaüs en Inde, au Bangladesh, au Burkina Faso et au Bénin, Emmaüs agit comme avocat et initiateur de la protection universelle de santé, mais surtout comme acteur de la transformation sociale ¹. »

Pour garantir l'accès de tous aux soins, les mutuelles, il convient de le rappeler, s'appuient sur trois valeurs fondamentales :

- > La « liberté », dans le sens où les mutuelles constituent des groupements de personnes indépendantes de tout pouvoir politique, financier ou syndical. Les adhérent·e·s sont à la fois bénéficiaires et propriétaires de leur mutuelle ;
- > La « démocratie » : une personne, une voix. Les conseils d'administration des mutuelles sont composés d'adhérent·e·s élu·e·s en assemblée générale, qui exercent leurs fonctions à titre bénévole. Les décisions sont prises lors de l'assemblée générale, où chaque adhérent·e ou représentant·e désigné·e par l'adhérent·e peut voter ;
- > La « solidarité », pour faciliter l'accès de tous aux soins. Cette solidarité s'exprime dans le dispositif des mutuelles sous une double forme : solidarité entre les membres mutualistes dans le fonctionnement des mécanismes, pour partager le risque santé, et solidarité entre les groupes Emmaüs dans le monde pour lancer, construire, soutenir et accompagner la mise en œuvre de ces systèmes.

¹ Tam-Tam, n° 52, novembre 2012.

Mais surtout, avec ces mutuelles, le Mouvement Emmaüs a cherché à prouver qu’il était possible pour des personnes vivant dans des conditions de grande ou d’extrême pauvreté d’accéder à un droit fondamental, voire de se le réapproprier, mais aussi qu’en accompagnant les plus exclu·e·s et en renforçant leurs capacités, ils et elles pouvaient devenir acteur·rices·s de la mutuelle, et ne pas se contenter d’en être les bénéficiaires.

Le défi était évidemment immense et les contraintes nombreuses. Force est de constater en effet que l’état des politiques sanitaires et sociales dans les territoires où les expériences pilotes ont été réalisées était très souvent déplorable. Les notions de « bien commun » et de « droits fondamentaux », quand elles étaient évoquées, n’étaient que théoriques ou reliées à un objectif électoral. Les territoires concernés, en Afrique et en Asie, avaient des taux d’alphabétisation ne dépassant pas 20 %. La population, dans sa grande majorité, travaillait dans des économies informelles. Le niveau de pauvreté était parfois tel qu’un accès à la santé, même vital, ne constituait pas la priorité au quotidien (il passait après l’accès à la nourriture, à un logement, à l’eau potable...).

En d’autres termes, la notion de « mutuelle » développée par Emmaüs International allait se rapprocher davantage, dans la pratique, d’une sécurité sociale de base plutôt que d’une mutuelle d’assurance santé comme qu’il en existe en Europe.

Afin de permettre une réelle évaluation du travail collectif initié par le Mouvement, nous attacherons tout d’abord, dans ce document, à décrire le déroulement historique de la mise en œuvre des mutuelles jusqu’en 2010, ainsi que les défis à relever et les acteurs en présence (partie I). Puis, dans un second temps, seront successivement présentées une analyse et une étude de l’évolution de l’accès aux soins (partie II) et du fonctionnement des mutuelles (partie III) entre 2010 et 2020. Enfin, après avoir proposé une photographie des mutuelles à la fin de 2020, exposé leur rôle durant la pandémie de Covid-19, mais aussi souligné les points forts et les faiblesses de l’ensemble du dispositif (partie IV), nous nous efforcerons de dégager des perspectives de travail (partie V) en vue de la prochaine Assemblée mondiale.



Consultation au sein du centre médical de la mutuelle à Tara Projects (Inde) ©Digital Rangrez (2021)

I. Histoire des programmes mutualistes santé d'Emmaüs International : de l'indignation à la concrétisation (2000-2010)

La santé est un droit fondamental reconnu par de nombreux traités internationaux : la Déclaration universelle des droits de l'Homme, le Pacte des droits économiques, sociaux et culturels, les conventions de l'Organisation internationale du travail (OIT) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Si ce droit est reconnu par tous les États, l'accès à des services de santé de qualité représente toutefois un défi permanent pour les acteurs des systèmes sanitaires. Dans la plupart des pays développés, l'existence de la sécurité sociale et de dispositifs mutualistes permet à la population de bénéficier d'une couverture sanitaire plus ou moins étendue. Dans les pays en développement, à l'inverse, la faiblesse des revenus, le poids du système informel et la rareté des ressources publiques restreignent la couverture sanitaire et l'accès des populations à des soins de santé de qualité.

Après les ravages des programmes d'ajustement structurel – qui ont contribué à réduire les dépenses publiques affectées aux secteurs sociaux –, la situation s'est aggravée au cours des vingt dernières années en raison d'une libéralisation accrue des économies. Celle-ci a transformé le secteur de la santé en un bien marchand et accentué l'inégalité existant en matière d'accès aux soins entre les personnes les plus pauvres et les populations plus aisées.

Il en est résulté une véritable dégradation des infrastructures publiques et une détérioration manifeste de la couverture sanitaire. Si, parallèlement, on a pu enregistrer l'éclosion grandissante de structures de soins privées, parfois d'excellente qualité, ces dernières ne sont toutefois accessibles qu'à une partie ultra-minoritaire de la population et laissent à l'écart les plus démunis.

On peut remarquer, en outre, que cette dynamique n'est pas propre aux pays dits « pauvres » ou « en développement » : l'inégalité d'accès aux soins de qualité s'accroît aussi aujourd'hui, pour les mêmes raisons, dans les pays les plus riches.

Face à ce contexte, qui entraînait parfois des situations dramatiques au sein même de notre Mouvement, les élu·e·s et le fondateur ont décidé de tenter une action collective et solidaire.

a. La genèse de l'initiative : réagir face à l'injustice (2000)

Pour mémoire, le Mouvement avait, dès 1999, créé une commission « santé » destinée à étudier comment il pouvait accompagner, soutenir et financer des personnes qui appartenaient au Mouvement, tombaient gravement malades et ne disposaient pas d'une couverture santé.

Mais surtout plusieurs événements – le décès de personnalités du Mouvement dans la région Afrique, l'interpellation du Mouvement par cette région Afrique sur le fait que les membres de ses associations n'avaient aucun accès à la santé – ont suscité l'indignation du Mouvement, abbé Pierre en tête, et du conseil d'administration d'Emmaüs International, et les ont incités à œuvrer en faveur d'initiatives plus collectives.

Emmaüs International a alors proposé à Emmaüs Afrique de créer un groupe de travail international pour accompagner la réflexion des membres des groupes Emmaüs africains et mobiliser des fonds de

solidarité afin de répondre à des urgences en attendant qu'une solution plus adaptée soit mise en place.

Le CNAE² a été mandaté par l'abbé Pierre pour créer et animer en France, avec Emmaüs International et la région Afrique, un groupe de travail (Atelier santé Afrique). Puis, en septembre 2000, l'abbé a octroyé 150 000 francs (23 000 € environ) au Fonds d'assurance maladie Afrique » (FAMA), qui allait devenir dès 2001 la mutuelle santé Afrique (MSA).

Témoignage de Laurent Desmard, acteur historique de la création de la mutuelle aux côtés de l'abbé Pierre (janvier 2021)

« Cette année, j'ai relevé – et j'en ai été très ému – que l'association "Les femmes de Zabré" devait, le 22 janvier, date anniversaire de la mort de l'abbé, déposer sur sa tombe les clefs des maisons qu'elle a attribuées à des familles en difficulté. Or il y a entre Monique Kaboré, fondatrice de l'association, et l'abbé Pierre, une histoire dramatique en partie à l'origine de la mutuelle santé Afrique. C'est pourquoi cette cérémonie me touche beaucoup.

J'étais alors à Limoges pour une rencontre des responsables de la fédération UCC. J'y assistais sans grand enthousiasme et j'écoutais placidement les débats sur la pratique des 35 heures pour les responsables de communauté. J'ai été sorti de ma torpeur par un appel téléphonique de Monique Kaboré : « Je suis atteinte d'un cancer du sein. Ici, au Burkina Faso, on ne m'opèrera pas. De toute façon, je n'en ai pas les moyens. Peux-tu me faire venir en France et me trouver une place dans un hôpital pour que je sois opérée au plus vite ? »

Reposant le téléphone, je me suis retrouvé dans cette salle, avec ce débat stérile sur la pratique des 35 heures qui, à l'évidence, était totalement irréalisable pour les responsables. Cette préoccupation de bourgeois face à l'impossibilité de soins vitaux pour Monique, simplement parce qu'elle se trouvait dans une autre région du monde que l'Europe, alors que tous, nous faisons le même travail, que tous, nous étions des responsables d'Emmaüs, elle là-bas et nous ici, me plaçait devant une injustice que je trouvais totalement inacceptable. Après avoir téléphoné au médecin de Monique, qui m'a annoncé que je pouvais la faire venir en France, mais qu'elle était déjà condamnée, j'ai lamentablement laissé traîner les choses et elle est décédée deux semaines plus tard.

Ce drame m'a beaucoup perturbé. J'en ai parlé au comité exécutif (CE). Avec Franco Bettoli et Jean-Marie Viennet, nous avons beaucoup échangé sur cette question sans savoir comment faire. Puis Véronique, qui appartenait aussi au CE, est également tombée malade. Cette fois, les choses étaient plus simples. Comme elle venait tous les mois, elle a pu être diagnostiquée plus tôt et nous a tout de suite informés de ses problèmes. Très vite, à Alfortville, nous avons obtenu l'aide de la clinique qui, pour Emmaüs, a fait un prix et permis que Véronique soit bien soignée.

Mais le problème restait entier pour tous nos collègues africains sans protection sociale. Nous avons alors pensé, avec Véronique, qu'il fallait créer une réserve d'argent pour ceux qui pourraient un jour être malades et en avoir besoin. Nous avons donc ouvert un magasin de vêtements au centre d'Alfortville grâce aux habits que les gens déposaient à notre porte et avec l'aide de communautés, notamment celles d'Orléans, Longjumeau et Charenton. Ce magasin dégageait quelques bénéfices. Ils étaient destinés, au début, aux problèmes de santé des membres des groupes du Sud. C'est devenu une friperie solidaire.

² Le CNAE (Comité national d'amis d'Emmaüs) est une fédération qui regroupe à l'époque une trentaine d'associations en France.

Mais on voyait bien que ce n'était pas suffisant et que ça ne durerait qu'un temps. Nous avons donc imaginé le système de la mutuelle. Ce n'était pas gagné d'avance, car ce système n'entraînait pas du tout dans les coutumes africaines : "Pourquoi mettre de l'argent dans une caisse qui ne me servira peut-être jamais et qui en plus servira à d'autres que moi ?

Mais nous avons persévéré et un jour, alors que j'étais avec l'abbé Pierre, je lui parlé des soucis que j'avais rencontrés avec Monique et avec Véronique, de la future création d'une mutuelle santé pour les Africains et des hésitations manifestées par ces derniers. Sans aucune demande de ma part, il m'a déclaré : "Regarde combien j'ai sur mon compte en banque et s'il y a de l'argent, tu mets la totalité sur cette mutuelle, je veux être le premier à cotiser." C'est ainsi qu'avec les 150 000 francs que l'abbé nous a donnés, nous avons créé la mutuelle et entraîné le Comité national d'amis à verser un complément très substantiel.

On a mis tout ça en place avec nos amis africains et la mutuelle a commencé au Bénin et au Burkina Faso.

Pour moi, à l'origine, il devait y avoir une participation des Européens à cette mutuelle. En France, toutes les entreprises doivent verser au moins la moitié des cotisations de leurs salariés et il était normal qu'il y ait une participation effective d'Emmaüs International. Mais ce dernier n'en a pas les moyens. Je pensais donc en appeler aux dons de nos militants. Personnellement, je suis volontaire aujourd'hui. Si Emmaüs International demandait le versement d'une cotisation mensuelle de 30 euros à la mutuelle santé, je suis certain que beaucoup d'amis de la communauté seraient prêts à faire de même. Que ce soit au profit des Africains ou des Asiatiques, il me semble que nous devrions être solidaires. C'est le principe du Mouvement. Je n'ai pas le courage de l'abbé, mais il m'a montré l'exemple à suivre. »

b. Les défis des mutuelles santé

Avec la création des mutuelles santé – un projet fidèle à l'esprit que les groupes Emmaüs défendent chaque jour –, le Mouvement s'est lancé dans un combat malheureusement très fréquent dans toutes les sociétés contemporaines des pays d'Afrique, d'Amérique et d'Asie : la lutte contre les inégalités dans le domaine de l'accès à la santé.

Mais, au fur et à mesure de l'avancée des projets, il a fallu relever plusieurs défis, dont il faut reconnaître qu'ils restent d'actualité.

Le contexte socio-économique de la pauvreté

Un des fondements des systèmes mutualistes est la contribution financière régulière et obligatoire des bénéficiaires. Or les populations avec lesquelles les groupes Emmaüs travaillent sont pauvres, voire extrêmement pauvres.

Au Bénin et au Burkina Faso, les milieux socio-économiques sont variés. Quelques mutualistes salariés, ainsi que quelques cadres, bénéficient d'un salaire moyen ou élevé, mais pour la majorité des personnes, la rémunération mensuelle reste faible (entre 30 000 et 50 000 francs CFA, soit entre 45 euros et 76 euros), voire très faible, alors que les charges familiales peuvent être élevées avec parfois jusqu'à six personnes à assumer. Cette situation ne permet pas de subvenir à tous les besoins primaires, encore moins de faire face à un problème de santé, quelle que soit sa gravité.

Au Bangladesh, dans le groupe de Thanapara, la situation est similaire, avec un revenu moyen nettement inférieur.

Enfin, en Inde, dans le quartier où la mutuelle a été développée, la population survit dans une extrême pauvreté et elle tire son maigre revenu quotidien d'une économie informelle très précaire.

Obtenir la mise en commun des moyens financiers de chacun pour partager le risque santé grâce à un outil collectif qui ne servira pas tout de suite, voire qui ne sera peut-être jamais utilisé, alors que d'autres besoins vitaux quotidiens (comme l'alimentation) ne sont pas toujours assurés, a été – et demeure – un réel défi.

L'autosuffisance, l'autonomie financière, la prise de responsabilités, le renforcement des capacités et la gouvernance

Dans un tel contexte, on conçoit sans peine que si l'autonomie financière des systèmes mutualistes reste un objectif primordial, elle se heurte à de nombreux obstacles, dont la capacité financière contributive des mutualistes, qui varie selon les territoires et le dynamisme des acteurs locaux. Depuis plusieurs années, des expériences ont été menées à cet égard. Elles ont permis des évolutions importantes, mais des marges de progrès persistent.

L'autonomisation des acteurs mutualistes est un autre aspect essentiel de ces programmes : comment mettre en œuvre un système mutualiste sous la forme d'un outil collectif permettant la gestion et la pérennisation de l'accès au droit à la santé par les mutualistes eux-mêmes ? A dire vrai, ce défi à long terme est d'autant plus difficile à relever que les populations concernées ont un accès très restreint à l'éducation et que leur taux d'alphabétisation est très bas.

La confiance et l'engagement

Si le Mouvement a lancé ces programmes mutualistes d'accès à la santé sans savoir exactement où cela le mènerait et sans stratégie précise, l'accompagnement déployé et la confiance accordée à des acteurs issus d'horizons différents et à des acteurs de terrain ont sans conteste permis à ces programmes de s'organiser, de grandir et d'évoluer.

On le sait, les acteurs locaux engagés dans la gestion et le développement des mutuelles occupent une place essentielle dans la réalisation des actions. Ils sont sur le terrain, auprès de la population et du dispositif. Leur engagement reste fondamental. En effet, c'est bien parce que les groupes sont ancrés dans les territoires depuis de nombreuses années, parce qu'ils travaillent chaque jour avec des populations en grande difficulté qu'il a été possible de mener à bien ces projets. La population, elle aussi, leur a fait confiance.

L'influence sur les politiques publiques

Grâce à ces alternatives qui fonctionnent, les mutualistes ont aussi pour objectif d'influencer les politiques publiques. Cet aspect peut encore progresser, mais les actions engagées dans le domaine de l'accès des plus exclu·e·s à la santé et de la mécanique mutualiste peuvent être valorisées. Certains ont déjà décidé de se rapprocher d'autres organisations existant sur leur territoire pour instaurer une mutualisation des pratiques. Au Burkina Faso, les autorités publiques, qui travaillent depuis plusieurs années à la mise en place d'une assurance-maladie universelle, invitent régulièrement les acteurs mutualistes de la société civile, dont Emmaüs, à des concertations.

c. L'implication des plus exclu-e-s dès le début des mutuelles (2000-2002)

Dès la fin de l'année 2000, les représentants d'Emmaüs Afrique ont mobilisé les membres de leur association au Bénin et au Burkina Faso (des pays mieux organisés et disposant de plus de capacités d'accompagnement sur le plan local) et suscité des rencontres régulières pour expliquer, sensibiliser et déterminer le mode de fonctionnement, les taux de contribution, les critères d'attribution, les besoins en termes d'accès à la santé, etc.

Près d'une dizaine de réunions ont eu lieu au sein de chaque groupe durant cette période. Douze réunions du groupe de travail international se sont également déroulées parallèlement pour échanger, définir et étudier les propositions et les choix des membres des groupes africains, futurs mutualistes, à partir des informations de terrain sur le contexte sanitaire.

Le système de la mutuelle a été naturellement choisi.

Durant deux ans, les membres des groupes Emmaüs de Tohoué et Pahou au Bénin, de la SEMUS, ESO, Benebnooma et Pag-la-Yiri au Burkina Faso ont travaillé sur les éléments suivants : les besoins en santé, l'aptitude à mobiliser des fonds, la capacité à travailler ensemble et à mettre en place un mode de fonctionnement, la proximité des offres de santé autour de leur association, la question du droit à la santé.

Le fonds pour la mutuelle santé devant permettre de rembourser les frais de santé devait être alimenté par le versement d'une cotisation mensuelle des adhérents et la participation financière solidaire d'Emmaüs International (abondée en partie par les Comités d'amis français et quelques communautés).

d. La concrétisation des systèmes mutualistes en Afrique (2002)

Dès le 1^{er} juillet 2002, les premières adhésions et cotisations sont lancées et les principales caractéristiques de ces mutuelles sont fixées :

- > **Les bénéficiaires** sont les compagnes et compagnons, les salarié-e-s et leur famille des groupes Emmaüs du Bénin (2 groupes) et du Burkina Faso (4 groupes). La souscription est volontaire ;
- > **Le montant des cotisations** est fixé à 1 000 francs CFA (1,52 euro) par mois pour les adultes, 500 francs CFA (0,76 euro) par mois pour les enfants ;
- > **Les prestations de santé** alors définies sont : les consultations médicales, les dépenses de médicaments et de vaccins à hauteur de 75 % (plafonné par ordonnance à 20 000 francs CFA, soit 30,49 euro), prescrits sur ordonnance par un médecin assermenté ;
- > **Un délai de carence** est fixé à six mois : les remboursements ne commencent donc qu'après six mois de cotisation.

Un mode de fonctionnement est établi :

- > **Les mutualistes** (bénéficiaires) sont adhérents et préfinancent les soins ;
- > **Un référent local** collecte et tient le registre des adhésions. Il remplit tous les mois la fiche de collecte des informations mise en place par la région et récupère les demandes de remboursement sur présentation des ordonnances et des factures, qu'il remet au comité national de gestion une fois par mois ;

- > **Un comité national de gestion (CNG)**, composé de trois à quatre personnes, gère l'enregistrement des adhésions locales, la collecte et la gestion des cotisations locales, l'autorisation des remboursements locaux, le compte rendu mensuel, la gestion d'un compte santé dans chaque pays et le suivi général ;
- > **Un référent régional (Afrique)** réalise les rapports d'étape et les bilans annuels, et participe au comité de pilotage international. Il anime et suit les rencontres entre les organisations nationales (Bénin et Burkina Faso) ;
- > **Les conseillers d'Emmaüs International** ont, quant à eux, la responsabilité de la gestion des fonds reçus, de l'autorisation des transferts de fonds vers les organisations nationales. Ils doivent également coordonner et orienter les politiques de santé d'Emmaüs Afrique et rendre compte dans les conseils régionaux et assemblées régionales ;
- > **Enfin, un comité de suivi et d'évaluation** est chargé d'accompagner et d'apprécier le fonctionnement de la mutuelle santé Afrique. Il est composé de représentants régionaux d'Emmaüs Afrique, de représentants d'Emmaüs International et d'administrateurs du CNAE.

e. Les premières expérimentations et difficultés (2003-2007)

Les premiers remboursements de soins commencent en janvier 2003 (soit après les six mois de carence suivant l'adhésion).

Même si le nombre d'adhérents croît peu à peu entre 2003 et 2007 (notamment avec l'intégration de deux nouveaux groupes Emmaüs au Bénin au début de 2006 – l'AFA [Association des femmes amies] et Metokan), le déploiement de la mutuelle se heurte à un obstacle déjà évoqué : le pouvoir d'achat de la population. Au regard des exigences imposées par la survie quotidienne, il est en effet difficile – et très long – de convaincre ces personnes de consacrer, chaque mois, de l'argent à un dispositif dont elles-mêmes n'auront peut-être pas besoin et qui servira à un autre membre de la mutuelle.

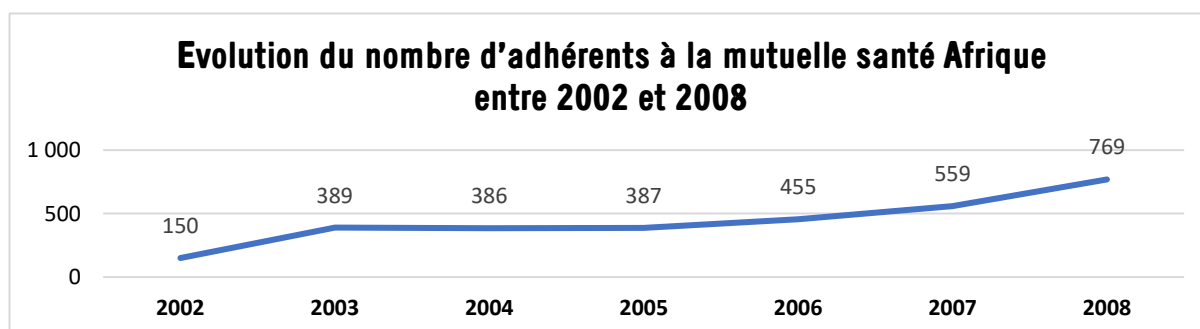
A la fin de 2006, il paraît désormais essentiel d'effectuer un travail continu d'information sur la mutuelle, sur sa mécanique et ses principes de solidarité et de partage (partage du risque santé).

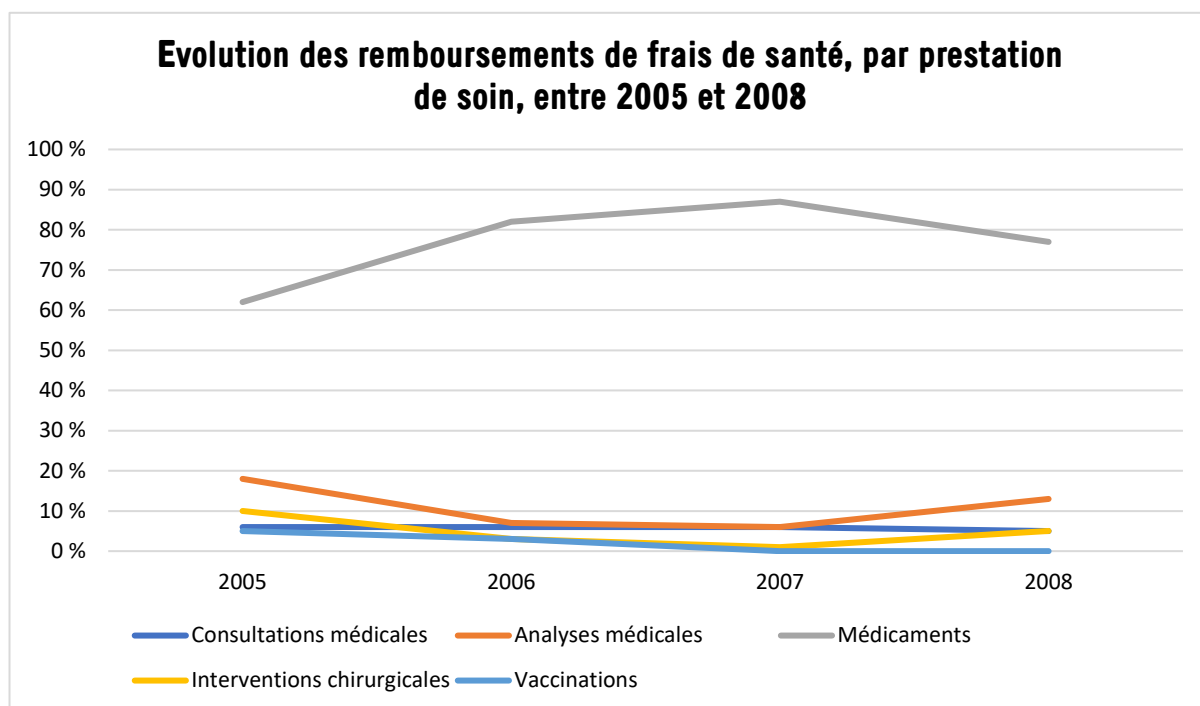
Cette sensibilisation accrue est réalisée par les référents locaux à partir de 2007. Associée à l'augmentation des prestations de soins au sein de la mutuelle dès 2005 (évolution des prestations vers une prise en charge à 75 % des médicaments, des consultations, des analyses médicales, des interventions chirurgicales et des vaccinations), elle se traduit par une augmentation du nombre d'adhérents (559 à la fin de 2007 et 769 en 2008, Bénin et Burkina Faso confondus).

Les témoignages des adhérents auprès des non-adhérents au sein des groupes participent également à cette croissance des adhésions.

De son côté, durant cette période, le groupe santé international se réunit deux fois par an pour évaluer l'état des cotisations et des dépenses, les besoins des mutualistes, l'évolution du nombre d'adhérents, la hauteur des fonds à prévoir pour le bon fonctionnement du programme...

Un rapport complet est réalisé chaque année par Emmaüs Afrique.



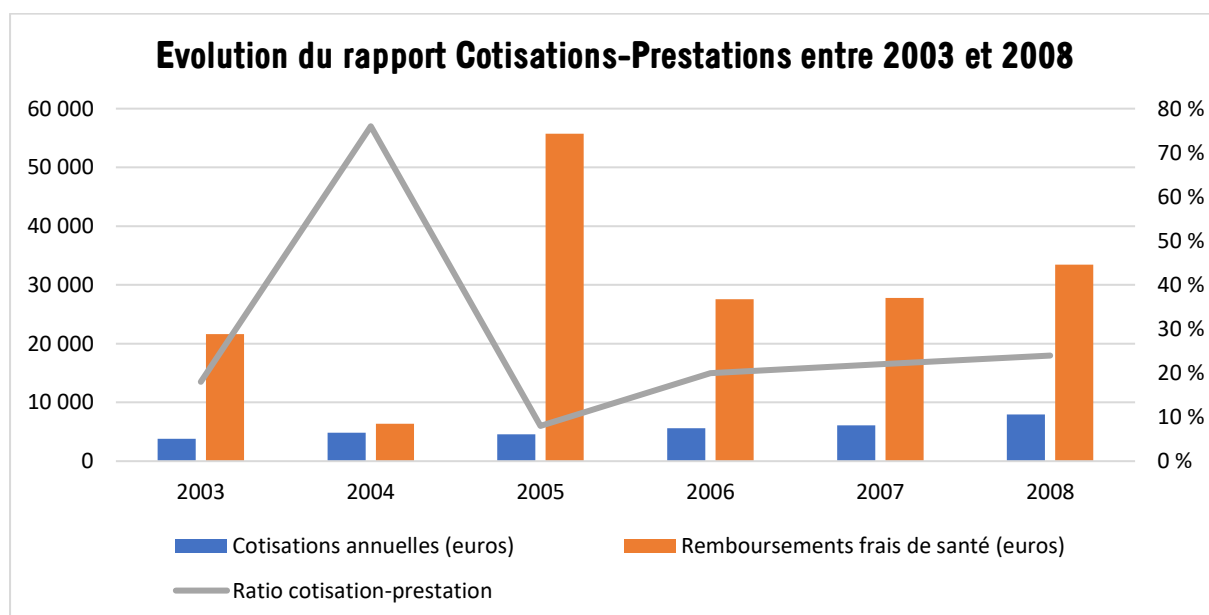


NB : Les chiffres pour 2003 et 2004 ne sont pas disponibles.

Globalement, en termes de prestations, les remboursements les plus élevés concernent les médicaments et les analyses médicales, puis viennent les interventions chirurgicales, les consultations médicales et les vaccinations.

Pour ce qui est de l'équilibre financier, entre 2003 et 2008, les cotisations couvrent chaque année davantage les frais de santé. Si les remboursements de santé ont pu être inégaux selon les membres des groupes Emmaüs avant 2006, le rapport « cotisations-prestations » se stabilise à partir de cette date.

Toutefois, l'autonomie des mutuelles est loin d'être atteinte, et ce d'autant plus que les coûts de gestion (frais de fonctionnement), même faibles, ne sont pas encore intégrés à ce stade.



Après cinq ans de fonctionnement, un premier bilan est fait.

Plusieurs points positifs sont relevés :

- > L'enregistrement croissant du nombre d'adhérents, qui témoigne que l'action se renforce et qu'elle suscite plus de confiance qu'au départ ;
- > Une amélioration de l'état de santé des membres, du fait d'un accès réel à des soins de qualité ;
- > L'habitude prise par les adhérents de se faire soigner dans les structures sanitaires et de délaisser les pratiques d'automédication et de recours à des tradipraticiens ;
- > La mise en place et le fonctionnement de tous les organes de la mutuelle (comités de gestion, référent·e·s des groupes...) ;
- > Le soutien financier et l'engagement dans la durée, en 2007, de plus d'une quarantaine de groupes Emmaüs (principalement les Comités d'amis en France, mais aussi des communautés françaises et italiennes).

Mais on constate aussi la persistance de certaines difficultés :

- > La transmission souvent trop tardive des demandes de remboursement provoque des perturbations dans leur gestion ;
- > L'absence de tiers payant reste un frein à l'accès aux soins, car certains bénéficiaires ne peuvent pas avancer les frais ou sont obligés de s'endetter ;
- > L'achat toujours trop coûteux de médicaments de spécialité à la place des médicaments génériques.

f. L'Assemblée mondiale de 2007

L'Assemblée mondiale (AM) à Sarajevo marque un tournant décisif dans l'évolution des mutuelles. Elle définit en effet le droit et l'accès à la santé comme l'un des axes de travail prioritaires d'Emmaüs International, tout comme le droit et l'accès à l'eau et à l'éducation, et le droit des migrants.

Un processus de travail est alors enclenché, orienté vers la **structuration des mutuelles en Afrique et le lancement de nouvelles expériences dans la région Asie**.

Il s'agit, bien sûr, avec ces actions pilotes que sont les mutuelles de montrer la capacité des plus exclu·e·s à se réapproprier le droit à la santé et celle du Mouvement à mettre en œuvre des alternatives à la privatisation de l'accès à la santé.

Emmaüs International formalise ainsi un partenariat avec la Mutualité française, qui accepte d'appuyer techniquement le Mouvement pour les mutuelles en Afrique et d'étudier les possibilités d'évolution. Une salariée experte va accompagner le Mouvement pendant plus de deux ans (2008-2010).

Dans la même optique, une salariée experte indépendante (salariée de l'ONG Inter Aide, qui développe des programmes de santé dans le monde) seconde également le Mouvement pour la mise en place et le démarrage des actions pilotes en Asie pendant près de quatre ans (2009-2014).

La structuration des mutuelles santé en Afrique

Le travail exécuté entre 2008 et 2010 permet au Bénin et au Burkina Faso **de transformer une action d'appui à la santé via un fonds solidaire en de véritables programmes mutualistes de santé**. Cette évolution est passée par plusieurs étapes :

- > Deux missions ont été effectuées dans chacun des pays pour procéder à un état des lieux de la mutuelle santé Afrique (2008) ;
- > Des enquêtes sanitaires et sociales ont été assurées par des médecins-conseils au Bénin et au Burkina Faso (au début de 2010) ;
- > Enfin, de nouvelles missions sur le terrain et un rapport final intégrant un bilan des actions mutualistes, mais aussi de l'état sanitaire et social des deux Etats, ont été réalisés, et des recommandations ont été formulées (à la fin de 2010).

Ces recommandations ont fixé deux objectifs principaux portant sur l'autonomie financière et la gouvernance. Dans une très large mesure, elles ont constitué un nouveau point de départ pour les programmes mutualistes en Afrique (c'est ce que nous appelons la « réforme » dans ce document).

Si certaines des recommandations ont été mises en œuvre dès 2011-2012, il n'en demeure pas moins que c'est le déroulement des assemblées générales constitutives au Bénin et au Burkina Faso, en novembre 2013, qui a acté un nouveau fonctionnement, d'autres objectifs et la création réelle des mutuelles de santé.

Le lancement des expériences pilotes en Asie

L'introduction d'expériences pilotes en Asie est, quant à elle, passée par deux grandes phases de travail à partir de 2007 :

- > La première a été celle du choix de deux groupes d'Asie capables d'assumer ces expériences pilotes pour le Mouvement (2008-2009) ;
- > La seconde phase a été consacrée à l'information, à la sensibilisation, mais aussi à un accompagnement des membres des groupes potentiellement concernés par la mise en place d'une mutuelle santé dans leur réflexion et leur participation.

Pour débiter, le Mouvement a en effet considéré qu'il était plus prudent de ne mettre en place des expériences qu'avec deux entités, car si les groupes étaient nombreux à souhaiter accueillir cette initiative, tous ne disposaient pas des capacités locales et de la disponibilité nécessaire pour assumer le processus au démarrage et dans le temps.

Une enquête-étude a donc été conduite par le Secrétariat international d'Emmaüs et une élue de la région Asie pour vérifier tous les paramètres indispensables. Cette enquête, ponctuée d'entretiens, de questionnaires, puis d'une visite, a duré plus d'un an et entériné le choix de deux groupes : Tara Projects Association en Inde et Thanapara Swallows Development Society³ au Bangladesh. Emmaüs International a alors signé un contrat avec une experte santé pour accompagner le processus de création de ces deux nouvelles mutuelles santé.

³ Dans la suite de ce document, nous utiliserons généralement les noms abrégés de ces groupes Emmaüs, c'est-à-dire Tara et Thanapara.

Celui-ci a débuté par une préparation des acteurs sur place en présence d'une délégation d'Emmaüs International. Des réunions de travail ont été organisées et des groupes de travail élaborés au sein des deux groupes avec les futurs mutualistes.

Puis, à la fin du mois de novembre 2009, une rencontre a eu lieu au siège d'Emmaüs International avec les responsables des groupes d'Afrique et d'Asie pour que les représentants de l'Afrique puissent partager l'expérience qui avait été la leur durant les années précédentes.

Quelques mois plus tard (au cours du premier semestre 2010), deux cycles ont été organisés à Tara et Thanapara pour former les membres des groupes qui devaient être chargés du suivi, créer les outils nécessaires et planifier le travail jusqu'au lancement de la mutuelle. Comme en Afrique, l'accent a été mis sur l'implication des mutualistes dès le départ. Un long travail d'information et de sensibilisation a donc été réalisé auprès des membres des groupes et futurs mutualistes sur les principes d'une mutuelle et sur le système de solidarité qu'elle représente.

Enfin, les droits à la mutuelle ont été officiellement ouverts le 1^{er} juillet 2011 à Thanapara et le 1^{er} septembre 2011 à Tara, soit après plus de trois ans d'enquête, d'étude, d'accompagnement, de consultation, d'information et de sensibilisation des acteurs locaux. En cela, ces programmes diffèrent clairement des programmes mutualistes d'Afrique.

Depuis lors, des outils de reporting précis ont été créés, permettant de suivre très régulièrement l'évolution des mutuelles, auxquels s'ajoutent des évaluations régulières de terrain, ainsi que des temps de réflexion et de concertation avec les différents acteurs locaux.

g. L'accompagnement du Mouvement

Il n'est pas sans intérêt de rappeler ici qu'outre les groupes Emmaüs sur le terrain, d'autres acteurs du Mouvement ont permis à Emmaüs International d'atteindre ses objectifs. Il s'agit des élu·e·s du Mouvement (conseil d'administration et comité exécutif), des groupes Emmaüs existant dans le monde, notamment en Europe, et du Secrétariat international d'Emmaüs (SIE).

Le lancement et l'organisation

Entre 2000 et 2007, la phase de lancement et d'organisation des programmes en Afrique a mobilisé fortement ces acteurs, fédérés autour de l'abbé Pierre et des membres élus d'Emmaüs International.

Dès le début des années 2000, trois à quatre rencontres se sont déroulées chaque année au siège d'Emmaüs International à Alfortville pour réfléchir et organiser les actions de terrain (information, sensibilisation, accès à la santé...). Elles ont réuni les élu·e·s du Mouvement, les représentant·e·s des groupes Emmaüs d'Afrique concernés, les représentant·e·s de la fédération du CNAE (Comité national d'amis d'Emmaüs) et le SIE.

Les premières actions mises en place par les groupes au Bénin et au Burkina Faso ont été accompagnées par une coordination, qui a encouragé les groupes du Mouvement à soutenir les programmes engagés. De fait, des groupes (majoritairement des Comités d'amis) ont encouragé les mutuelles dès le début : Saumur, Saint-Claude, Lillebonne, Saint-Laurent-Nouan, Marvejol, Eu, Carmaux, Pontarlier, Roanne, Ruffec, Armentières...

Puis, en 2003, les ateliers « santé » de l'Assemblée mondiale de Ouagadougou ont conduit à une évolution majeure : d'actions solidaires, les mutuelles sont devenues l'expérience pilote d'un des six axes de travail prioritaires d'Emmaüs International : le droit à la santé. Les élu·e·s, le Secrétariat international d'Emmaüs et les groupes acteurs ont continué à se mobiliser, à se rencontrer, à

communiquer, à suivre l'activité sur place avec les groupes locaux. Un état des lieux des avancées a été présenté lors l'Assemblée mondiale de 2007. Quelque quarante groupes soutenaient alors les actions.

Les décisions adoptées par cette Assemblée – considérer l'accès à la santé comme un axe prioritaire, développer deux nouvelles mutuelles en Asie, structurer les mutuelles d'Afrique pour qu'elles deviennent de véritables entités juridiques mutualistes autonomes, se faire accompagner par des appuis techniques extérieurs – ont conduit les élu·e·s et le SIE à organiser également l'accompagnement.

La montée en puissance

La nouvelle dynamique s'est traduite par la nécessité de suivre mieux et d'accompagner davantage : état des lieux, rapport avec recommandations réalisé par la Mutualité française sur les programmes en Afrique, pilotage et suivi de la « réforme » avec les groupes africains, préparation et lancement des mutuelles en Asie avec le soutien d'une expertise externe.

En 2009, le Mouvement a mis en place une coordination internationale, avec :

- > Un comité de pilotage international, qui devait se réunir deux fois par an et travailler à la mise en œuvre des objectifs fixés par le conseil d'administration et le comité exécutif, et composé des représentant·e·s des programmes mutualistes au Bénin, au Burkina Faso, à Tara et Thanapara, de représentant·e·s de groupes Emmaüs qui mobilisent le Mouvement en Europe, d'élue·s du conseil d'administration, des experts extérieurs (pour mémoire, un membre du comité exécutif deviendra référent pour les élu·e·s au sein du comité de pilotage à partir de 2011) ;
- > Le Secrétariat international d'Emmaüs, dont le rôle est d'accompagner les programmes mutualistes de manière régulière (points réguliers de travail, construction et suivi des outils de reporting, mobilisation des acteurs du Mouvement – communication et animation dans les groupes –, lien avec les élu·e·s pour des points d'étape en réunion de conseil d'administration et de comité exécutif...) ;
- > Un référent technique, issu du Mouvement, chargé de seconder le SIE dans le suivi régulier avec les groupes locaux et les experts extérieurs ;
- > Des missions de terrain sur les quatre territoires une fois par an au minimum pour faire le point, rencontrer les acteurs locaux, décider des objectifs...

En dépit de l'immensité de la tâche, le Mouvement s'est ainsi efforcé d'apporter son soutien en s'adaptant tout au long du processus.

h. Les acteurs en présence

Comme pour d'autres programmes d'accès aux droits fondamentaux, le Mouvement n'a pas travaillé seul, et ce d'autant plus qu'il n'était pas un spécialiste de la santé. Dès le début du projet et jusqu'à aujourd'hui, il a su rassembler des acteurs d'horizons variés sur un objectif commun.

C'est ainsi qu'il a, au sein du Mouvement, réuni des acteurs à différents niveaux :

- > Tout d'abord, à l'échelon local, les premiers d'entre eux étant bien sûr les mutualistes eux-mêmes, membres des groupes Emmaüs localement ou membres extérieurs aux groupes, engagés, pour certains d'entre eux, dans la gestion quotidienne et l'exécution du travail (référents locaux, travailleurs sociaux, salariés, responsables au sein des groupes) ;

- > Ensuite, à l'échelon national : au Bénin et au Burkina Faso, l'organisation nationale (qui rassemble les groupes présents dans le même pays) a été impliquée de manière croissante en termes de suivi, d'accompagnement, d'information, de réflexion et de mise à disposition de salariés ;
- > Enfin, à l'échelon international : les élu·e·s du Mouvement (CE et CA) ont suivi ces programmes collectifs internationaux. Ils ont échangé, orienté, fait progresser les problématiques et tenté de résoudre les difficultés. Le Secrétariat international d'Emmaüs a également accompagné les quatre programmes. S'ajoutent à ces acteurs les groupes du Mouvement ayant soutenu le projet : Comités d'amis Emmaüs en France, communautés en Europe (France et Italie essentiellement), en Afrique, en Asie, collectifs de groupes.

Des acteurs extérieurs ont également pris part à ce travail :

- > Les acteurs de la santé dans les territoires où les programmes ont été développés, autrement dit les structures de santé partenaires des mutuelles (hôpitaux, cliniques, laboratoires d'analyse, centres de santé, pharmacies...) ;
- > Les médecins-conseils, qui ont accompagné l'évolution et les changements de ces programmes, en appuyant, conseillant et, parfois, en formant les acteurs locaux... ;
- > Les expertises internationales qui, lorsqu'elles sont intervenues en Afrique comme en Asie, ont aidé le Mouvement à analyser, réorienter et consolider certains fondamentaux des systèmes mutualistes lorsque c'était nécessaire.

Au total, c'est donc toute une variété d'acteurs qui a contribué aux programmes santé d'Emmaüs International depuis de nombreuses années, permettant de croiser les points de vue pour un meilleur développement, une plus grande pérennité des actions instaurées, et surtout pour le bénéfice des mutualistes.

**THANAPARA SWALLOWS DEVELOPMENT SOCIETY**

থানাপাড়া সোয়ালোজ ডেভেলপমেন্ট সোসাইটি

**মিউচুয়াল হেল্থ
কর্মসূচীর সেবাসমূহ**

- ⇒ ব্লাড প্রেসার চেক
- ⇒ ডায়াবেটিস পরীক্ষা
- ⇒ নেবুলাইজার ব্যবহার
- ⇒ ব্লাড গ্রুপিং
- ⇒ ফিজিওথেরাপি চিকিৎসা
- ⇒ প্রাথমিক চিকিৎসা
- ⇒ ৩০% কম মূল্যে ঔষধ সরবরাহ
- ⇒ জরুরী হাসপাতালে নেওয়া
- ⇒ বছরে ৬টি বিনামূল্যে হেল্থ ক্যাম্পের আয়োজন :
 - ✦ স্ত্রীরোগ এর চিকিৎসা
 - ✦ চক্ষু রোগের চিকিৎসা
 - ✦ স্নায়ু ও বাত, ব্যথা, প্যারালাইসিস রোগের চিকিৎসা
 - ✦ শিশু ও কিশোর রোগের চিকিৎসা
- ⇒ সদস্যদের বিনামূল্যে এ্যাম্বুলেন্স সেবা
- ⇒ রোগ প্রতিরোধ সম্পর্কে আলোচনা ও পরামর্শ
- ⇒ ছোট দলে আলোচনা

Services of Mutual Health Programme

- ⇒ Every day blood pressure check up
- ⇒ Diabetes Test
- ⇒ Nebulizer Machine
- ⇒ Blood Grouping
- ⇒ Physiotherapy Treatment
- ⇒ First Aid
- ⇒ Medicine Distribution with 30 % reduce price
- ⇒ Emergency Hospitalization
- ⇒ Yearly Free Six Health Camp:
 - ✦ Gynae Disease
 - ✦ Eye Disease
 - ✦ Neurology & physical Medicine
 - ✦ Child & Adolescent Disease
- ⇒ Free Ambulance support for members
- ⇒ Discussion on preventive health care
- ⇒ Focus Group discussion

বাণী এ্যড

Soins prodigués par la Mutuelle santé du groupe Thanapara (Bangladesh) ©Didier Gentilhomme (2015)

II. Analyse et évolution de l'accès aux soins entre 2010 et 2020

Il n'était pas question, bien sûr, pour le Mouvement Emmaüs de reproduire un même modèle sur les différents territoires. Cela n'aurait eu aucun sens au regard de ses valeurs et de sa philosophie, car la diversité reste à ses yeux une source d'enrichissement pour une mutualisation des pratiques. Le Mouvement a simplement veillé au respect des points communs fondamentaux dans les programmes mutualistes :

- > Des **systèmes de solidarité et d'entraide**, accompagnés par le Mouvement, pour permettre à des populations vivant dans un contexte de pauvreté, voire d'extrême pauvreté, d'accéder à des soins de qualité, de se réapproprier et de gérer leur droit à la santé ;
- > Des **mécanismes financiers solidaires** à l'échelle du Mouvement, car c'est la solidarité du Mouvement et des groupes du monde qui permet ces expériences et leur accompagnement sur le long terme, une solidarité également effective à l'échelon local ou national, car ce sont bien les mutualistes qui, sur la base de cotisations régulières, partagent le risque santé ;
- > **L'implication des plus vulnérables**, car le Mouvement met un point d'honneur à ce que tous les acteurs soient associés à l'initiative. Certes, tous les mutualistes ne peuvent pas être impliqués avec la même régularité et au même niveau, mais tous participent à la réflexion et aux débats dans des espaces dédiés qui permettent de faire évoluer leur outil. A titre d'exemple, les choix en matière de fonctionnement, de prestations de santé, de niveaux de cotisation, etc. ont été définis et mis en place en concertation avec les futurs bénéficiaires. Et à chaque étape de la construction ou de l'évolution des mutuelles, les acteurs – et les mutualistes en premier – sont consultés, donnent leur avis, font des propositions. Pour Emmaüs, c'est la condition *sine qua non* de la réussite collective.

Ceci étant établi, chaque mutuelle a sa propre histoire, ses difficultés, ses périodes d'avancée, ses moments de doute ou ses « accidents », liés à l'adaptation aux territoires, aux pratiques et aux modes de travail, aux cultures, aux niveaux de gestion (local ou national), à l'état du domaine public et privé de la santé ou encore à la population concernée.

Nous allons donc, dans cette deuxième partie, analyser les adhésions et les cotisations, ainsi que les prestations et soins pris en charge, afin d'être en mesure de répondre à plusieurs questions :

- > Qui sont les mutualistes et combien sont-ils ?
- > Quel est le tarif d'une cotisation et comment les mutualistes la règlent-ils ?
- > Existe-t-il différents types d'adhésion possibles ?
- > Quels sont les critères pour adhérer ?
- > Quels sont les services et prestations de santé auxquels les mutualistes ont droit ?
- > Quel coût cela représente-t-il ?
- > Comment les remboursements de soins fonctionnent-ils (modalités et processus) ?
- > Quelles ont été les évolutions entre 2010 et 2020 sur chacun de ces points ?

a. La typologie des adhésions au sein des quatre mutuelles entre 2010 et 2020

LES MUTUELLES SANTE AFRIQUE

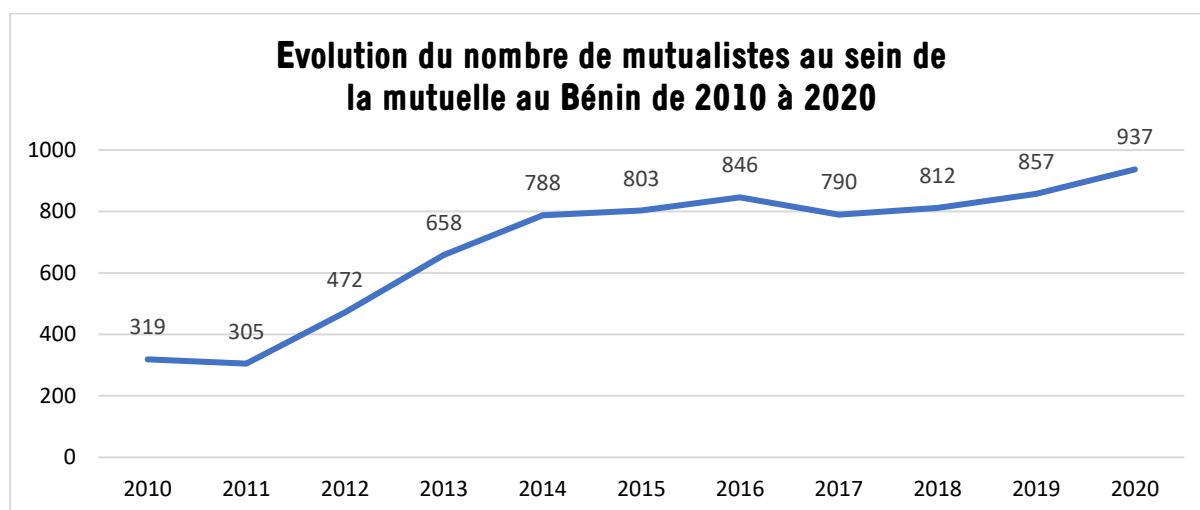
Jusqu'à la mise en place des assemblées générales constitutives fin 2013-début 2014 dans chacun des pays, l'évolution des mutuelles au Bénin et au Burkina Faso est similaire.

Les mutualistes sont les travailleur·euse·s-salarié·e·s des groupes Emmaüs et leur famille. Les adhésions sont individuelles et volontaires, et les cotisations identiques dans les deux pays : 1 000 francs CFA pour les adultes et 500 francs CFA pour les enfants et bas salaires. La prise en charge des soins de santé est la même (remboursement des consultations médicales, des médicaments, des analyses médicales, des interventions chirurgicales et des vaccinations à hauteur de 75 %). Les adhérents avancent les frais de santé et sont remboursés sur présentation des factures et ordonnances, lesquelles sont validées ou refusées via les procédures instaurées (réfèrent local d'abord, puis comité national de gestion).

Entre 2010 et 2013, les recommandations de 2010 sont largement partagées au cours de rencontres entre Emmaüs International, les groupes Emmaüs, les réfèrent·e·s, les mutualistes... Certaines d'entre elles vont être mises en œuvre avant les assemblées générales constitutives, d'autres après.

Une des recommandations de 2010 est **l'élargissement du nombre de mutualistes**. Cela se traduit par **la décision de rendre l'adhésion des membres des groupes Emmaüs obligatoire, familiale et automatique** (notamment pour le conjoint et les enfants directs de l'adhérent·e), avec des cotisations familiales par tranche de revenu

BENIN : MEMBRES MUTUALISTES ET ADHESIONS



Explication des évolutions

Une légère baisse entre 2010 et 2011

L'annonce du changement, certaines concrétisations des orientations préconisées et les premières difficultés de mise en œuvre freinent une partie des mutualistes ou bloquent l'enregistrement de nouveaux adhérents, en hausse jusque-là (mise en place du tiers payant compliquée, changement du

niveau des cotisations, modification de l'offre de soins de la mutuelle...). Les adhérents réels et potentiels s'interrogent sur le devenir de leur mutuelle et le passage de l'ancien système au nouveau s'accompagne d'une période d'indécision. Toutefois, les principaux acteurs poursuivent leurs efforts d'explication et de sensibilisation sur les principes essentiels de la mutuelle, sur la restructuration nécessaire pour pérenniser l'outil et sur l'appropriation de la mutuelle par les mutualistes. Pour une très large part, les adhérents et leur famille restent satisfaits de l'outil.

Une forte augmentation à partir de la fin de 2012 jusqu'en 2014

Le passage d'une adhésion individuelle volontaire à des adhésions familiales obligatoires, avec différentes tranches de cotisation, s'avère bénéfique. Cette mesure, instaurée dans le courant du mois de septembre 2012, permet la couverture d'un plus grand nombre de personnes et de tous les membres d'une même famille en matière de santé, mais aussi l'augmentation des cotisations et un meilleur partage du risque santé (un plus grand nombre de personnes ayant moins de risques liés à la santé). L'augmentation de 64 % de mutualistes au cours du dernier trimestre de 2012, essentiellement des enfants ou des adultes d'une même famille, en témoigne.

Une diminution en 2016

On constate une nouvelle baisse en 2016. Celle-ci est directement liée à l'exclusion du groupe Metokan d'Emmaüs International. L'association est écartée de toute activité en lien avec le Mouvement, participation à la MSA Bénin incluse. Initialement composée de quatre groupes, la MSA n'en compte désormais plus que trois.

Une courbe qui repart et continue à croître jusqu'en 2020

Réalisées à la fin de 2016 et à la mi-2017, les missions de terrain d'Emmaüs International redéfinissent des grands axes de travail et d'amélioration, et renforcent la dynamique initiale. La stratégie d'élargissement, prioritaire, cible particulièrement les personnes qui ne sont pas encore mutualistes au sein des groupes, avec un renforcement de la sensibilisation au système de solidarité représenté par la mutuelle, des prestations d'éducation à la santé plus fréquentes, une « réintégration » à leur demande et à des conditions spécifiques d'une partie des anciens adhérents de l'ex-groupe de Metokan, identifiés au cas par cas et n'ayant aucun lien avec la gouvernance de cette association.

En 2020, les mutualistes de la MSA Bénin sont les travailleur·euse·s-salarié·e-s et leur famille des trois groupes Emmaüs membres d'Emmaüs International au Bénin : Emmaüs AFA, Emmaüs Pahou, Emmaüs Tohoué.

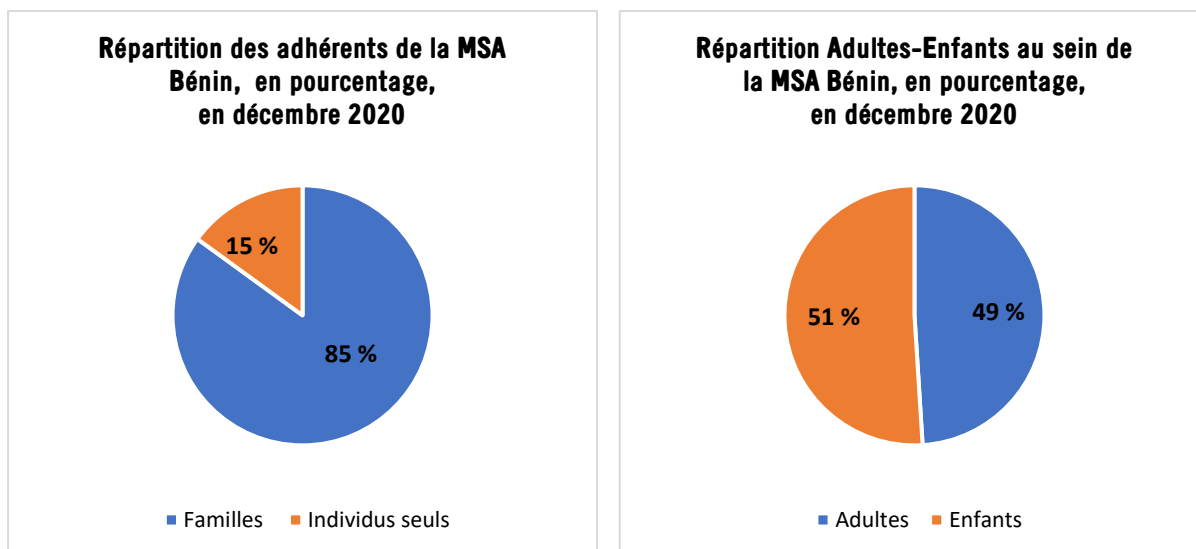
Typologie des adhérents au mois de décembre 2020 (174 adhérents/904 mutualistes)

174 adhérents principaux dont :

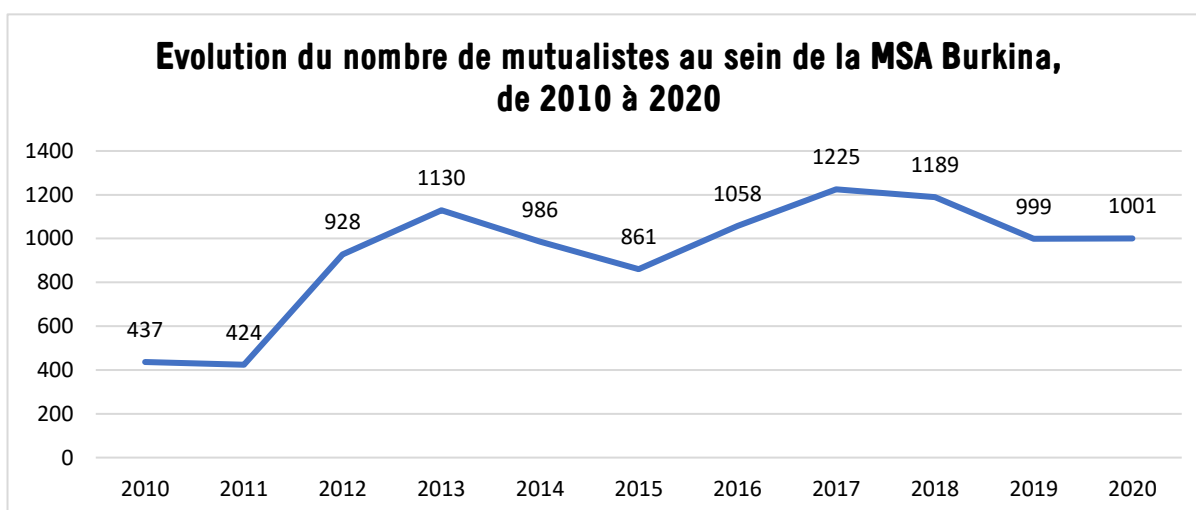
Des familles	147
Des individus seuls	27

904 mutualistes dont :

Adultes	445
Enfants	459



BURKINA FASO : MEMBRES MUTUALISTES ET ADHESIONS



Explication des évolutions

La courbe des adhésions du Burkina Faso diffère de celle du Bénin, même si des raisons similaires expliquent parfois les phases d'évolution.

Une forte augmentation en 2012

Cette très nette croissance (+ 120 %) est liée au passage de l'adhésion individuelle volontaire à des adhésions familiales obligatoires, ainsi qu'à l'effort constant déployé par les groupes pour accueillir de nouveaux membres mutualistes. Cette progression dure jusqu'en 2013.

Une baisse entre 2014 et 2015

Elle s'explique par la difficile mise en œuvre des orientations actées en 2010 : instauration tardive du tiers payant, non-élargissement de la gamme de services de santé proposée, non-respect par le personnel soignant des conventions signées avec des centres de santé (un grand turn-over du personnel conduit à une méconnaissance des conventions). Qui plus est, les groupes enregistrent à

cette époque de nombreux départs pour divers motifs (mutation, retraite, démission, décès) : plus de 100 départs de Pag-la-Yiri en 2014 et 77 départs de Benebnooma en 2015.

Une courbe qui remonte entre 2016 et 2018

Comme au Bénin, les missions de terrain d'Emmaüs International de la fin de 2016 et de la mi-2017 redynamisent les acteurs et une réflexion sur la stratégie d'élargissement conduit à proposer l'adhésion à :

- > Des amis et parents de mutualistes-adhérent·e·s, des bénéficiaires de microcrédit, des enfants parrainés dans les associations, des personnels de santé souhaitant intégrer la mutuelle ;
- > Des groupes en probation à Emmaüs International ou en partenariat avec Emmaüs Burkina Faso (Zod Neere, Boyaba, Boblemeng Ne Wendé, Wend Yaam), dont on étudie les possibilités d'intégration (Boblemeng Ne Wendé et Wend Yaam intègrent la mutuelle dès la fin de 2016).

Ceci étant, l'augmentation, réelle, du nombre de mutualistes durant cette période ne se fait pas sans rencontrer bon nombre d'obstacles.

Force est de constater que pour les groupes Emmaüs désireux de faire partie de la mutuelle, l'implication et les capacités locales pour suivre, animer et accompagner le travail sont insuffisantes, notamment pour Boblemeng Ne Wendé.

Pour les autres publics, la mutuelle prévoyait que tout nouvel adhérent soit parrainé par un salarié du groupe, la cotisation étant prélevée automatiquement sur le salaire du parrain, et pour ce qui est des groupes parrainant des enfants, que chaque groupe retienne le montant de la cotisation pour le reverser à la mutuelle. Or, de fait, le recouvrement des cotisations est compliqué et les parrains mutualistes souvent mis en difficulté, car les cotisations avancées pour les personnes parrainées ne sont pas toujours remboursées.

Une baisse stabilisée à partir de 2019

Ces problèmes vont conduire Boblemeng Ne Wendé à abandonner l'aventure de la mutuelle en 2018, tout comme une partie des nouveaux membres adhérents.

Par ailleurs, il faut rappeler que 2019 reste une année particulièrement compliquée au Burkina Faso, en raison d'une dégradation sans précédent de la situation sécuritaire. Celle-ci conduit à l'annulation de la majorité des rencontres de l'association, des réunions mensuelles du CNG, des activités de sensibilisation... Le contexte sanitaire de l'année 2020 empêchera également de travailler convenablement.

En 2020, les mutualistes de la MSA Burkina Faso sont majoritairement les travailleur·euse·s-salarié·e·s des groupes Emmaüs (quatre groupes membres d'Emmaüs International : Emmaüs ESO, Benebnooma, SEMUS, Pag-la-Yiri ; un groupe Emmaüs en probation : Wend Yaam), auxquels s'ajoutent quelques personnes extérieures.

Typologie des adhérents au mois de décembre 2020 (282 adhérents/1 000 mutualistes)

282 adhérents principaux dont :

Des familles

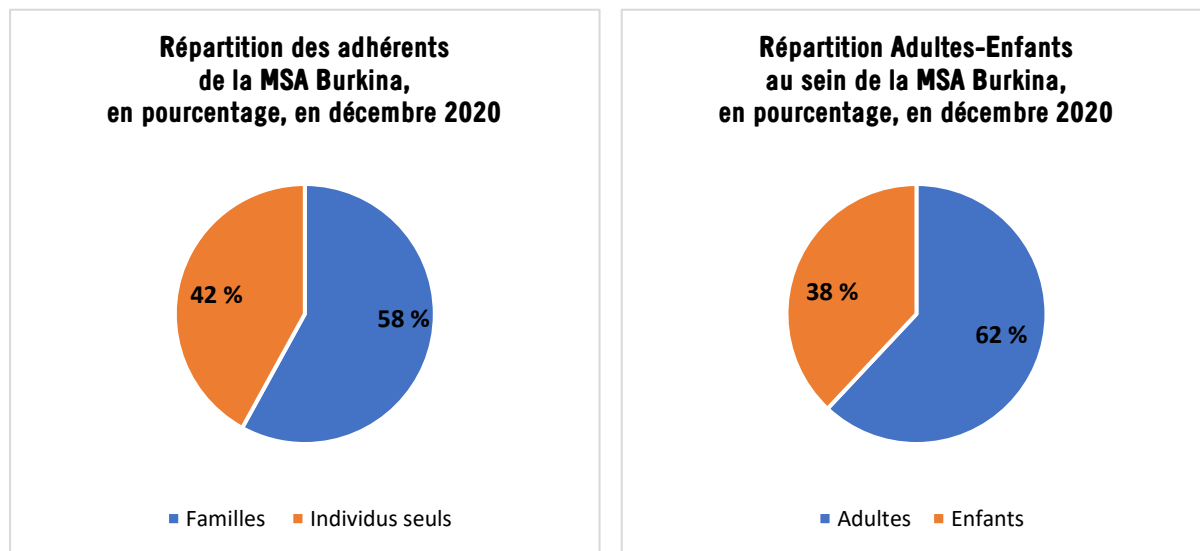
161

Des individus seuls 121

1 000 mutualistes dont :

Adultes 623

Enfants 377



LES MUTUELLES SANTE ASIE

En Asie, pour mettre en œuvre la construction, la gestion et le mode de fonctionnement des deux mutuelles, et permettre l'accès de la population à la santé, il a fallu s'adapter à un autre contexte que celui qui prévalait en Afrique.

Les adhérents sont donc différents et leur lien financier avec les groupes n'est pas aussi étroit qu'il peut l'être ailleurs.

Pour qui observe le niveau de vie des mutualistes en Inde et au Bangladesh, une constatation s'impose d'emblée : il est très inférieur à celui des mutualistes d'Afrique.

En ce qui concerne Tara (Inde), les membres mutualistes sont les habitants d'un bidonville du sud-est de New Delhi (communauté de Tajpur Pahadi, Badarpur). Au moment du lancement de la mutuelle en 2011, le quartier de Badarpur est majoritairement peuplé de migrants venus de régions agricoles de l'Inde à la recherche de moyens de subsistance et d'une vie meilleure. Le quartier survit grâce à l'économie informelle et ne dispose d'aucun service public d'accès à l'eau potable, à l'énergie ou à la santé.

Les membres mutualistes ont été identifiés par le groupe au sein duquel ils mènent plusieurs activités génératrices de revenus (atelier d'artisanat, activités financées par du microcrédit, groupes d'épargne) et de développement communautaire (classes de soutien, formations couture et informatique...) depuis plus de vingt ans.

Thanapara est, pour sa part, implantée dans une zone rurale isolée, au nord-ouest du Bangladesh, dans le district de Rajshahi. La faiblesse des infrastructures sanitaires y est criante et les conditions de vie particulièrement difficiles. A cet égard, Thanapara constitue une exception en tant que pourvoyeuse d'emplois locaux grâce à sa production textile. Ce travail, même s'il dépend de l'activité et de la demande du marché, offre des opportunités à des dizaines de personnes, essentiellement des femmes. On le verra plus loin, les membres mutualistes de Thanapara sont également variés.

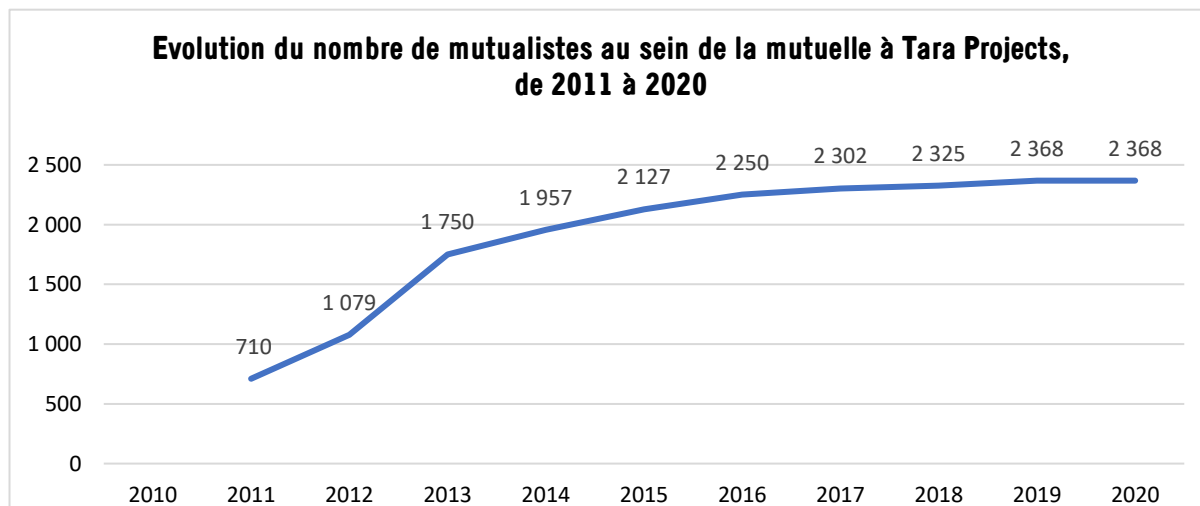
INDE : MEMBRES MUTUALISTES ET ADHESIONS AU SEIN DE LA MUTUELLE A TARA

Quelque 5 000 familles vivent dans le quartier de Badarpur (soit 25 000 à 30 000 personnes). Le contexte sanitaire et social, le lien de Tara avec la population, et les réflexions et choix des mutualistes ont conduit à bâtir le projet sur les éléments suivants :

- > La construction d'un centre de santé au sein du quartier ;
- > L'embauche d'un médecin salarié dans le cadre du projet, pour assurer des consultations généralistes, la délivrance de médicaments de base pour les habitants du quartier et la recherche de partenariats avec les structures de santé existantes, considérées comme prioritaires par les mutualistes en termes de soins (analyses, hospitalisation, par exemple) ;
- > Une équipe de représentant·e-s des mutualistes chargée d'étudier les demandes de remboursement d'hospitalisation au sein d'un comité ;
- > Des adhésions individuelles d'une durée d'un an (du 1^{er} septembre au 31 août), pour un montant de 250 roupies indiennes (INR) – soit 4 € en 2011 et 2,8 € en 2020 – par personne (ce tarif évoluera vers des tarifs préférentiels pour les familles dès 2012).

Pour pouvoir s'inscrire, il est indispensable que l'adhérent·e principal·e et les membres de sa famille habitent dans le quartier de Tajpur Pahadi, Badarpur. Une fiche de demande d'adhésion doit être remplie et validée. L'épouse, le mari, les enfants, les parents et beaux-parents à charge, les frères et sœurs à charge, peuvent intégrer le programme et avoir droit aux diverses prestations de santé couvertes par la mutuelle.

Durant la période de promotion et de renouvellement des adhésions annuelles, chaque année de juillet à septembre, les représentants de la communauté, l'équipe de Tara et les bénévoles effectuent un important travail de sensibilisation (discussions de groupe, réunions de quartier, mise en place de « camps » d'adhésion, visites à domicile [porte-à-porte], théâtre de rue, communication sur la mutuelle avec du matériel « Information-Education-Communication »...).



Explication des évolutions

Un grand nombre de mutualistes dès le départ

Dès le début, la mutuelle santé rassemble 710 adhérents individuels, essentiellement les personnes ayant un lien d'activité ou de travail avec Tara, implantée depuis longtemps dans ce quartier très dense.

Une très nette augmentation entre 2012 et 2013

Cette croissance de 150 % du nombre d'adhérents en deux ans et de 200 % en quatre ans s'explique par :

- > Le travail de sensibilisation accru de l'équipe de Tara et l'écho rapide des avantages procurés par la mutuelle en termes d'accès à la santé ;
- > L'obligation d'adhérer à la mutuelle pour tous les emprunteurs de microcrédit auprès de Tara habitant dans le quartier, *a minima* le temps de la période de remboursement du crédit ;
- > L'amorce d'une modification du tarif des adhésions, car en 2011, un problème a rapidement été identifié : le fait que les adhésions ne soient pas réalisées sur la base de quatre membres minimum par famille met à mal le principe de la solidarité entre les mutualistes. En effet, si l'adhésion est individuelle et volontaire, ce sont les adultes, qui présentent plus de risques d'être malades (« anti-sélection ») qui adhèrent en priorité, ce qui entraîne un nombre de sinistres plus important et impacte l'autosuffisance et la pérennité de l'outil. Pour tendre vers des cotisations familiales, une première étape a donc été conçue et validée lors de l'assemblée générale de 2013. Deux tarifications sont entrées en vigueur : l'adhésion annuelle à 200 INR (2,2 €) par personne et par an pour les membres des familles d'au moins quatre personnes, l'adhésion annuelle à 250 INR (2,8 €) par personne pour les membres des familles de deux ou trois personnes, et pour les individus seuls.

Une expansion continue

Si le nombre d'adhérents et de mutualistes continue à augmenter au cours des années suivantes, il est difficile d'en analyser l'évolution de manière détaillée, faute d'outils de reporting suffisamment précis (nombre de départs ou d'arrivées de mutualistes, notamment). On enregistre néanmoins une évolution positive du nombre moyen de membres par famille ayant adhéré, qui est passé de 2,6 en 2011 à 3,8 en 2020. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que Tara consacre beaucoup d'énergie à la réussite des campagnes annuelles de renouvellement...

Typologie des adhérents au mois de décembre 2020 (616 adhérents/2 368 mutualistes)

616 adhérents principaux dont :

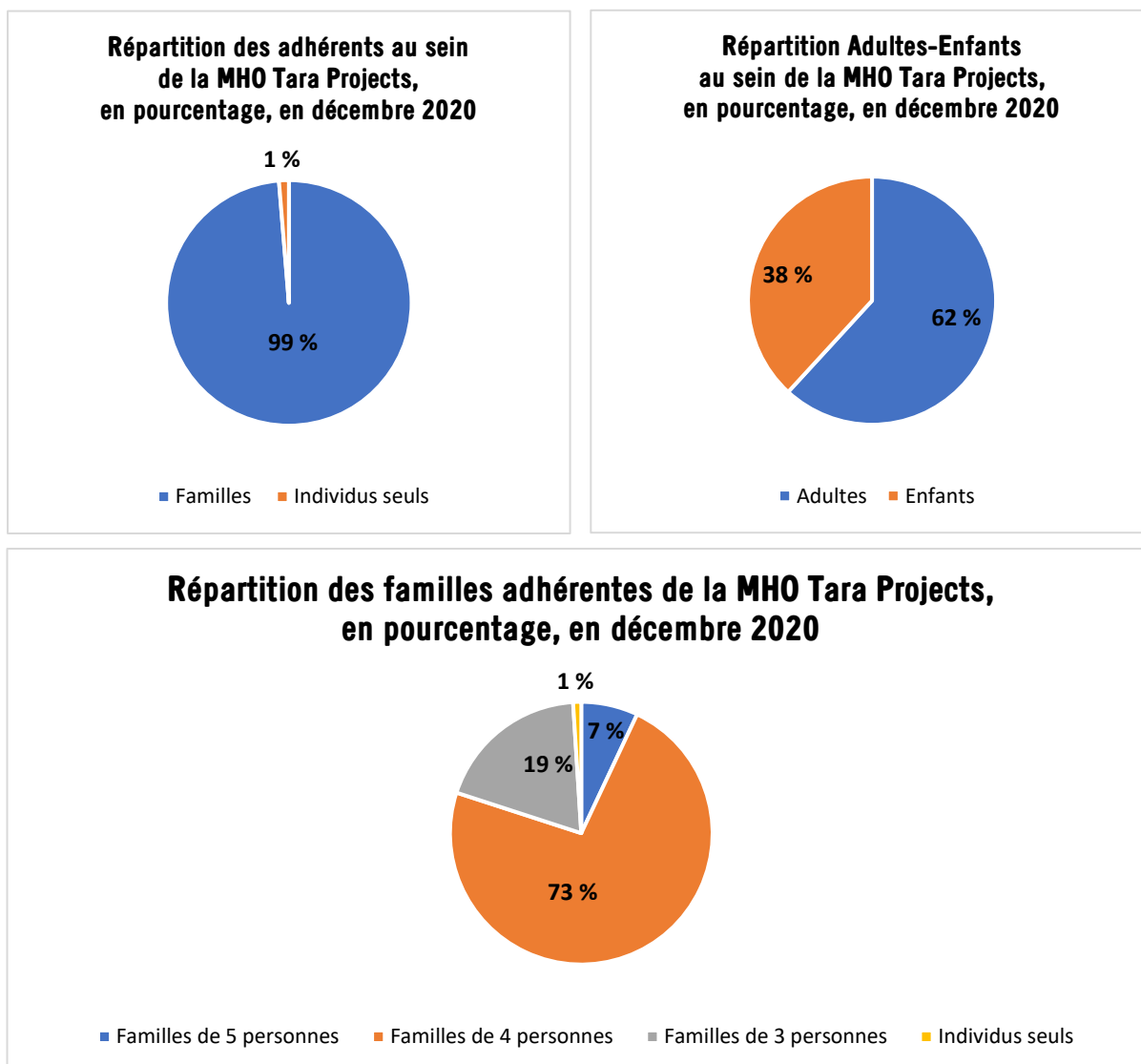
Des familles	608
Des individus seuls	8

2 368 mutualistes dont :

Adultes	1 464
Enfants	904

Composition des familles :

Familles de 5 personnes	43
Familles de 4 personnes	450
Familles de 3 personnes	115
Individus seuls	8



BANGLADESH : MEMBRES MUTUALISTES ET ADHESIONS AU SEIN DE LA MUTUELLE A THANAPARA

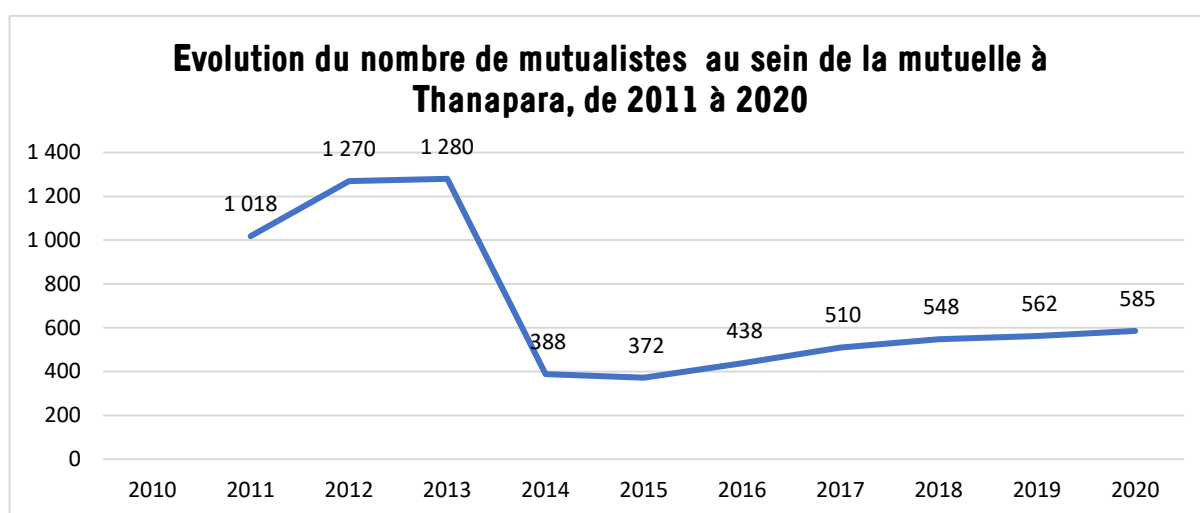
A partir du contexte du groupe, de la population avec laquelle il travaille, du rôle de l'association de Thanapara dans la zone et de la préexistence d'un accès aux médicaments de base, le programme débute en se basant sur :

- > Le centre de santé déjà existant, qui doit être amélioré dans le cadre de la mutuelle ;
- > La présence d'un infirmier salarié dans le cadre du programme, qui réalise des consultations, délivre des médicaments de base et oriente les mutualistes vers les structures sanitaires alentour ;

- > Une équipe de représentant·e-s des mutualistes chargée d'étudier les demandes de remboursement d'hospitalisation au sein d'un comité ;
- > Une adhésion d'entrée individuelle de 50 takas (0,5 €) par personne et par an ;
- > Des cotisations individuelles mensuelles d'un montant de 10 takas (0,10 €) par personne (ce tarif passera à 15 takas – 0,15 € – en 2016).

Lors de l'étude réalisée en 2010, différentes « cibles » mutualistes ont été identifiées : les artisan·e-s-producteur·rice-s travaillant au sein de l'unité de production textile de Thanapara (principalement des femmes), les membres de l'école du groupe (élèves et familles d'élèves), les salarié·e-s de l'équipe permanente de l'association, les emprunteur·euse-s de microcrédit, les membres des différents programmes d'action sociale développés par Thanapara.

Thanapara décide, dans un premier temps, de progresser étape par étape en privilégiant les personnes ayant un lien fort avec le groupe (lien financier, géographique, de travail ou d'activité) : artisan·e-s-producteur·rice-s, membres de l'école, salarié·e-s du groupe.



Explication des évolutions

Un enthousiasme dès le départ

En 2011, lorsque la mutuelle démarre, les mutualistes entrants sont au nombre de 1 018.

Une chute du nombre de mutualistes en 2013-2014

A la fin de 2011, le directeur de Thanapara est victime d'un grave accident de santé. La dynamique qu'il a mise en place résiste jusqu'en 2013, puis s'effondre durant plusieurs années : l'animation s'arrête, il n'y a plus de coordination et les membres du groupe s'efforcent tant bien que mal d'assurer un fonctionnement minimum.

Une très lente remontée

Entre 2014 et 2020, les problèmes s'enchaînent : animation toujours à l'arrêt, fermeture de l'école formelle durant deux ans et demi, difficultés économiques du secteur textile en 2018 et 2019, crise sanitaire en 2020. Au-delà du seul programme de santé, tous les projets économiques et sociaux sont impactés.

Dans ce contexte, il est particulièrement difficile pour Thanapara de mener à bien les objectifs définis collectivement en termes d'animation, d'implication des mutualistes, d'évolution de la politique d'adhésion, de tarification des prestations...

Ceci étant, le nombre de mutualistes enregistre tout de même au cours des dernières années une progression modérée, grâce à l'intégration de mutualistes micro-emprunteurs notamment.

b. La typologie des cotisations, prestations et remboursements des soins au sein des quatre mutuelles entre 2010 et 2020

Pour être viable, une mutuelle doit avoir un couple « cotisations-prestations » équilibré.

En Afrique, c'est l'un des principaux points de vigilance depuis la réforme. Pour améliorer ce ratio, de nombreuses initiatives ont été instaurées en ce qui concerne les adhésions, les cotisations, les prestations, les conventionnements, les modalités de contrôle... Les résultats à la fin de 2020 sont probants et l'on constate une nette amélioration des ratios « cotisations-prestations » au Bénin comme au Burkina Faso.

En Asie, la spécificité des contextes et des populations adhérant aux mutuelles, la forme même de ces mutuelles et de l'organisation de l'accès aux soins, compliquent la réalisation d'un équilibre et l'obtention d'une plus grande autosuffisance financière globale. Les coûts de fonctionnement des centres de santé étant très importants, des solutions sont étudiées pour les minimiser et trouver de nouvelles ressources.

Il faut toutefois garder à l'esprit qu'aucun système mutualiste de protection sociale n'est équilibré, encore moins excédentaire, à l'exception des assurances privées dont les coûts très élevés ne sont accessibles qu'à une minorité. A titre d'exemple, on peut se référer à la Sécurité sociale française : elle offre une large couverture santé de base à la population, mais reste déficitaire depuis de très nombreuses années et, régulièrement, de nouveaux mécanismes financiers (taxes, impôts) sont expérimentés pour « renflouer » les caisses. La population française dispose pourtant d'une capacité financière supérieure à celle des mutualistes ciblés par le Mouvement en Afrique et en Asie...

LES MUTUELLES SANTE AFRIQUE

Les cotisations

Pour mémoire, le montant des cotisations doit tenir compte à la fois de la déclaration des adhérents en matière de capacités financières, de la couverture santé souhaitée, mais aussi de la réalité du coût des prestations.

L'évolution des modalités d'adhésion (passage d'une adhésion individuelle volontaire à une adhésion familiale obligatoire), mais aussi la transformation des cotisations, désormais calculées par tranche pour faire jouer la solidarité entre les familles, vont s'accompagner d'une hausse globale immédiate du volume des cotisations.

Le système d'adhésion acté comporte trois tranches de cotisation pour les deux mutuelles africaines. Son application entre en vigueur à partir du dernier trimestre de 2012.

Depuis 2002
Cotisations individuelles volontaires
1 000 FCFA/mois (adultes)
500 FCFA/mois (enfants et bas salaires)



A partir de septembre 2012

<i>Tranches</i>	<i>Tarif cotisation familiale</i>	<i>Tarif cotisation individu seul</i>
Revenu inférieur à 30 000 FCFA/mois	2 000 FCFA/mois	400 FCFA/mois
Revenu entre 30 000 et 90 000 FCFA/mois	2 500 FCFA/mois	480 FCFA/mois
Revenu supérieur à 90 000 FCFA/mois	3 000 FCFA/mois	560 FCFA/mois

Les prestations de santé

Le niveau des prestations dépend de la **fréquence** du recours aux soins et du **coût** de ces actes. Depuis 2002, le coût des prestations de santé a toujours été très supérieur au volume des cotisations collectées et aux capacités contributives des adhérents membres des groupes.

En 2010, un calcul avait été effectué, qui montrait la nécessité d'une contribution par personne et par mois de 7 250 francs CFA pour couvrir le volume des prestations de santé dépensées à l'époque. Il était donc indispensable de trouver le moyen de réduire le montant des coûts globaux des prestations et d'ajuster la capacité contributive des mutualistes.

Là encore, des recommandations du rapport de 2010 ont été mises en œuvre au fur et à mesure, après des échanges et une validation par l'ensemble des mutualistes, afin de diminuer le nombre de prestations et d'agir à la fois sur la fréquence et sur les coûts :

- > Exclusion des prestations les moins utilisées : consultations médicales et vaccinations (hors celles prises en charge par les campagnes de vaccination nationales) ;
- > Exclusion des bilans de santé ;
- > Information et sensibilisation sur le parcours de soins imposé aux mutualistes (respect de la pyramide sanitaire, des différents niveaux de recours, utilisation des médicaments génériques, rôle du médecin généraliste...) ;
- > Négociation et conventionnement avec des structures sanitaires (prioritairement publiques, disposant d'une qualité de soins acceptable, privées sociales ou confessionnelles), suivi annuel des contrats.

Dès 2013, les prestations de santé au Bénin et au Burkina Faso comportent ainsi :

- > Une prise en charge à 70 % des analyses médicales, médicaments et interventions chirurgicales ;
- > Des séances d'éducation à la santé développées régulièrement dans tous les groupes (chaque trimestre au minimum) sur les thématiques sanitaires les plus courantes (pathologies diarrhéiques, paludisme, fièvre typhoïde, hygiène alimentaire...).

Les modes de remboursement

Aujourd'hui, deux modes de remboursement existent.

Depuis 2002, le **remboursement direct** aux mutualistes est réalisé – via les référents locaux de la mutuelle – après la présentation des factures et ordonnances des frais de santé à ces référents, ainsi que leur vérification et leur validation chaque mois par le comité national de gestion (CNG).

Un **remboursement auprès des structures sanitaires conventionnées** est également possible. Ces conventionnements (dont la recherche a démarré dès 2013) permettent **une meilleure maîtrise des dépenses de santé** (facturation des seules prestations incluses dans le panier de soins de la mutuelle, garantie du respect du parcours de soins, structures pour lesquelles la qualité des soins et les tarifs sont vérifiés) et **le développement du tiers payant**, les mutualistes ne devant régler que le ticket modérateur, soit 30 % du coût de la prestation.

Nouvelles règles et contrôles indispensables

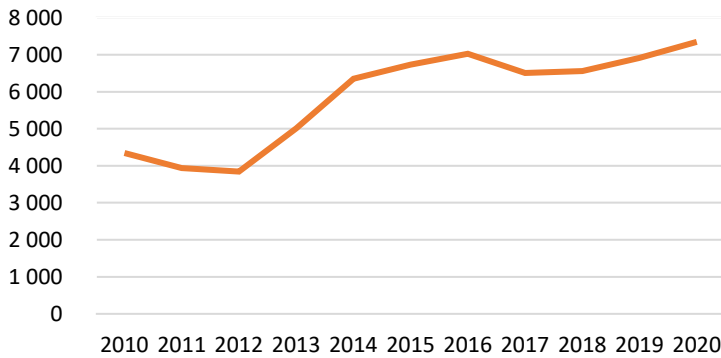
Pour parvenir à l'autonomie financière, l'organisation de **contrôles rigoureux** et une bonne tenue des comptes sont essentielles. Aussi, afin de réduire sensiblement le niveau global du coût des prestations et endiguer, voire stopper, les rares abus susceptibles de peser financièrement sur les mutuelles, plusieurs mesures ont été décidées après des réunions d'information et de sensibilisation des mutualistes (réalisées par les référents locaux, les médecins-conseils, et les élus du bureau au Burkina Faso) :

- > La fabrication de cartes de mutualiste, avec mise à jour du paiement de la cotisation, photos de l'adhérent principal et des bénéficiaires de la même famille ;
- > Un contrôle plus strict à l'échelon du comité national de gestion, la facture de soins présentée devant obligatoirement porter le cachet du médecin traitant et le tampon de la structure sanitaire ;
- > Le non-remboursement des factures présentées trois mois après les soins ;
- > La diffusion, à toutes les structures sanitaires conventionnées, d'une liste régulièrement mise à jour des mutualistes adhérents ;
- > L'embauche d'un médecin-conseil pour réaliser le travail de conventionnement avec les structures sanitaires, développer des séances d'éducation à la santé, appuyer le CNG chaque mois dans son contrôle des factures de soins à rembourser et rendre compte à Emmaüs International ;
- > L'exclusion des mutualistes en cas de non-paiement des cotisations durant trois mois ;
- > La mise en place d'un comité de contrôle composé de membres mutualistes ayant des compétences en comptabilité pour vérifier chaque année les comptes de l'association, les versements effectués, ainsi que l'archivage documentaire de la mutuelle.

BENIN

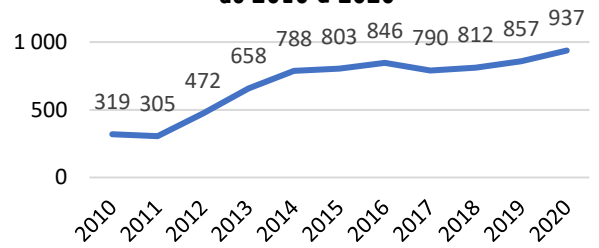
Evolution des cotisations

Evolution des cotisations au sein de la mutuelle au Bénin, en euros, de 2010 à 2020



Rappel :

Evolution du nombre de mutualistes au sein de la mutuelle au Bénin de 2010 à 2020



On le constate, entre 2010 et 2020, la courbe d'évolution des cotisations suit celle des adhésions

Pour le règlement des cotisations, différentes modalités existent :

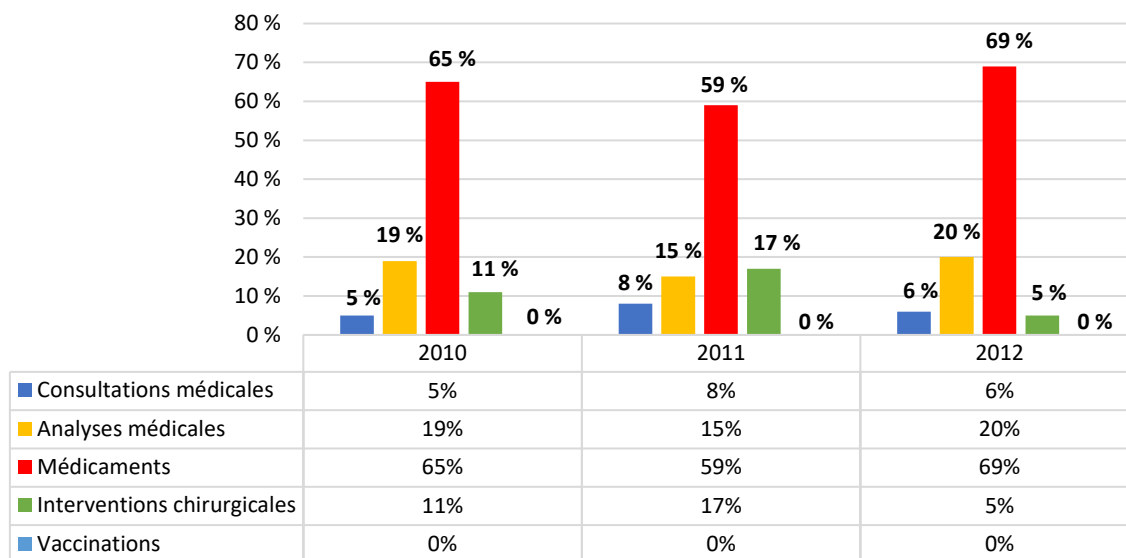
- > Le prélèvement à la source pour les travailleur-euse-s-salarié-e-s des groupes. Le plus souvent mensuel, il peut être trimestriel, semestriel ou annuel, le choix étant laissé aux mutualistes. La majorité d'entre eux opte pour une cotisation mensuelle, une petite minorité pour une cotisation trimestrielle ;
- > Pour les membres extérieurs aux groupes, les adhérents doivent effectuer directement le règlement chaque trimestre ou chaque semestre auprès des référents locaux de chaque groupe Emmaüs local. Les retards sont fréquents dans le paiement des cotisations des membres extérieurs et les référents locaux chargés de les récolter rencontrent beaucoup de difficultés à cet égard.

Evolution des prestations

Avant la réforme

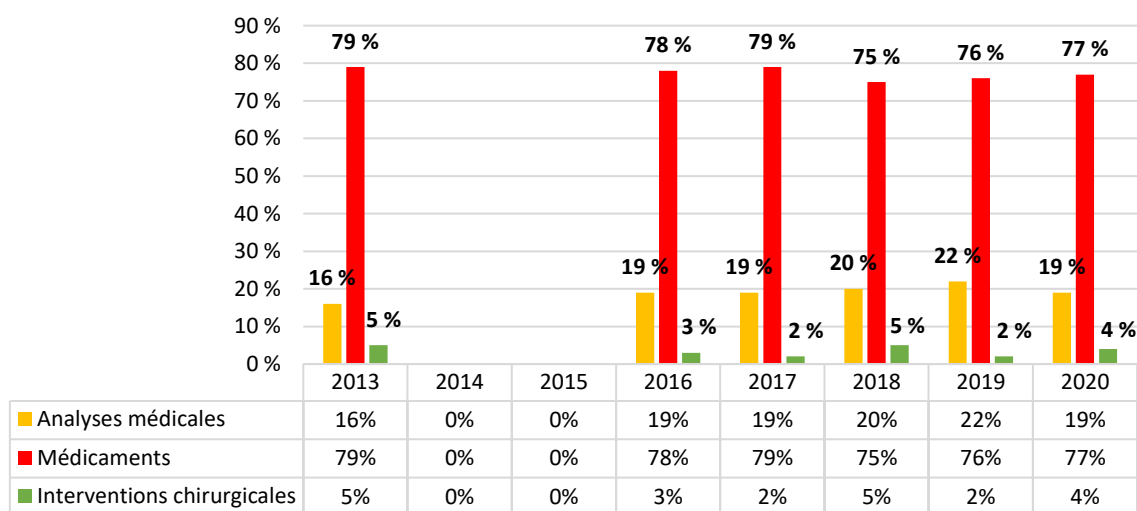
Avant la réforme, les vaccinations et consultations médicales étaient les prestations les moins utilisées. Considérant qu'elles pesaient peu dans le budget des familles, il a été décidé de les retirer. A l'inverse, les interventions chirurgicales, en dépit d'une fréquence de survenue réduite, représentaient un coût conséquent pour une personne ou une famille et le choix de partager ce risque financier entre mutualistes a semblé évident.

Répartition de l'utilisation des prestations santé au sein de la MSA Bénin, en pourcentage, de 2010 à 2012



Après la réforme

Répartition de l'utilisation des prestations santé au sein de la MSA Bénin, en pourcentage, de 2013 à 2020



NB : Données 2014 et 2015 non communiquées.

Le plus gros poste des dépenses de santé, proche de 80 % chaque mois – avec des variations au sein d’une même année selon les périodes (paludisme en juillet et août, rhumes et toux en fin d’année) – est celui des médicaments.

En termes de prescription et de consommation de médicaments génériques, il y a peu de progression de la part des mutualistes et des structures sanitaires. Le recours aux génériques n’est pas automatique et leur accessibilité pas toujours simple, ce qui entraîne des coûts plus élevés, parfois trois fois supérieurs (en fonction des mois).

De ce point de vue, le Bénin est aujourd’hui encore pénalisé par le fait que l’unité d’Etat chargée du contrôle de la qualité des médicaments importés (d’Inde pour nombre d’entre eux) n’a longtemps pas été en mesure de fonctionner, mais aussi que certains de ces génériques – parce que sous-dosés – se sont montrés moins efficaces. Cette réalité a laissé des traces dans les mentalités et suscite encore beaucoup de préjugés chez les consommateurs comme chez les prescripteurs en dépit d’un énorme travail de sensibilisation déployé sur le terrain pour expliquer la correspondance entre génériques et médicaments de spécialité (même principe actif, même dosage, même mode d’administration).

Evolution des modes de remboursement

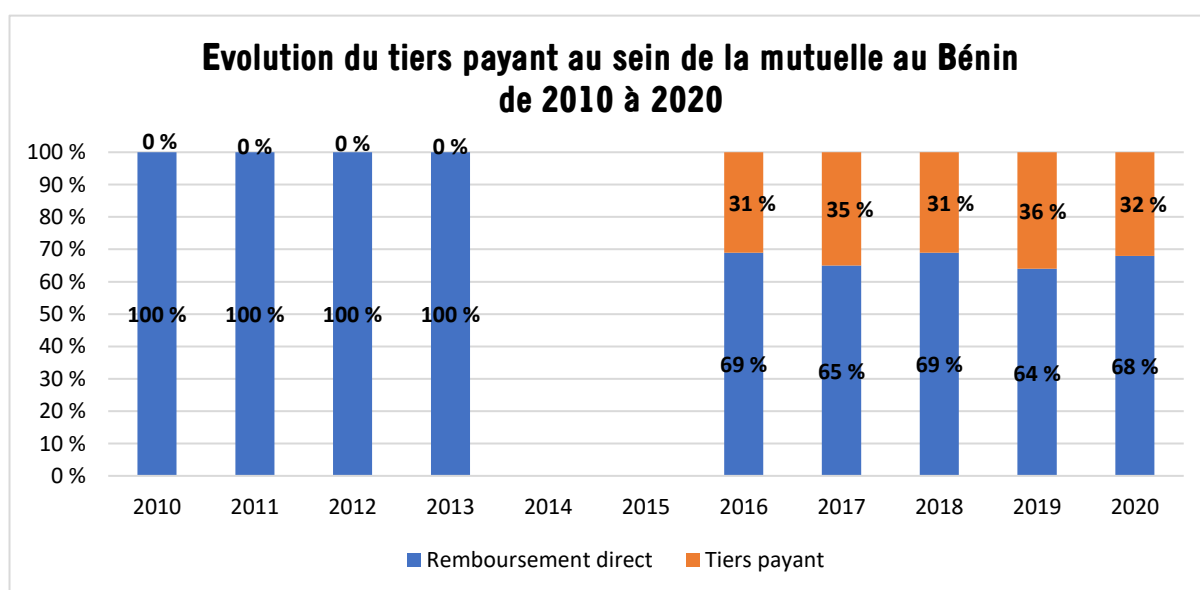
Si le remboursement direct aux mutualistes sur facture existe au Bénin depuis la création de la mutuelle, le remboursement des structures sanitaires conventionnées via un système de tiers payant est plus récent. Ce processus est un élément fondamental de la mutuelle, car il permet aux mutualistes de prendre soin de leur santé sans appréhender le coût des soins. Auparavant, ils étaient nombreux à contracter des dettes auprès d’usuriers peu scrupuleux, ce qui aggravait leur situation financière et les incitait parfois à ne pas se soigner.

Au Bénin, le tiers payant a été mis en place dès les premiers conventionnements, c’est-à-dire en 2012. Il permet aux mutualistes de ne régler que les 30 % de reste à charge, tandis que les 70 % pris en charge par la mutuelle sont directement facturés par la structure sanitaire auprès de la mutuelle.

Au cours des deux premières années (2012-2013), le tiers payant n’était pas du tout utilisé. Les structures sanitaires fréquentées n’utilisaient pas ce mode de fonctionnement (méconnaissance du système au sein des structures, méfiance des professionnels vis-à-vis de la solvabilité de la mutuelle) et les mutualistes n’avaient pas le réflexe de faire valoir leur droit au tiers payant ou se rendaient dans des lieux de soins encore non conventionnés.

Un travail a été réalisé à cet égard depuis la réforme, mais il a mis longtemps à porter ses fruits. Ce n’est qu’à partir de 2016 (on ne dispose pas de données pour 2014 et 2015) qu’on relève une utilisation du tiers payant à peu près équivalente à un tiers des remboursements totaux.

Si des sessions de sensibilisation ont été réalisées par le médecin-conseil, le système pâtit néanmoins d’une animation locale et d’un suivi irréguliers par les référents et responsables de groupe.



NB : Données 2014 et 2015 non communiquées.

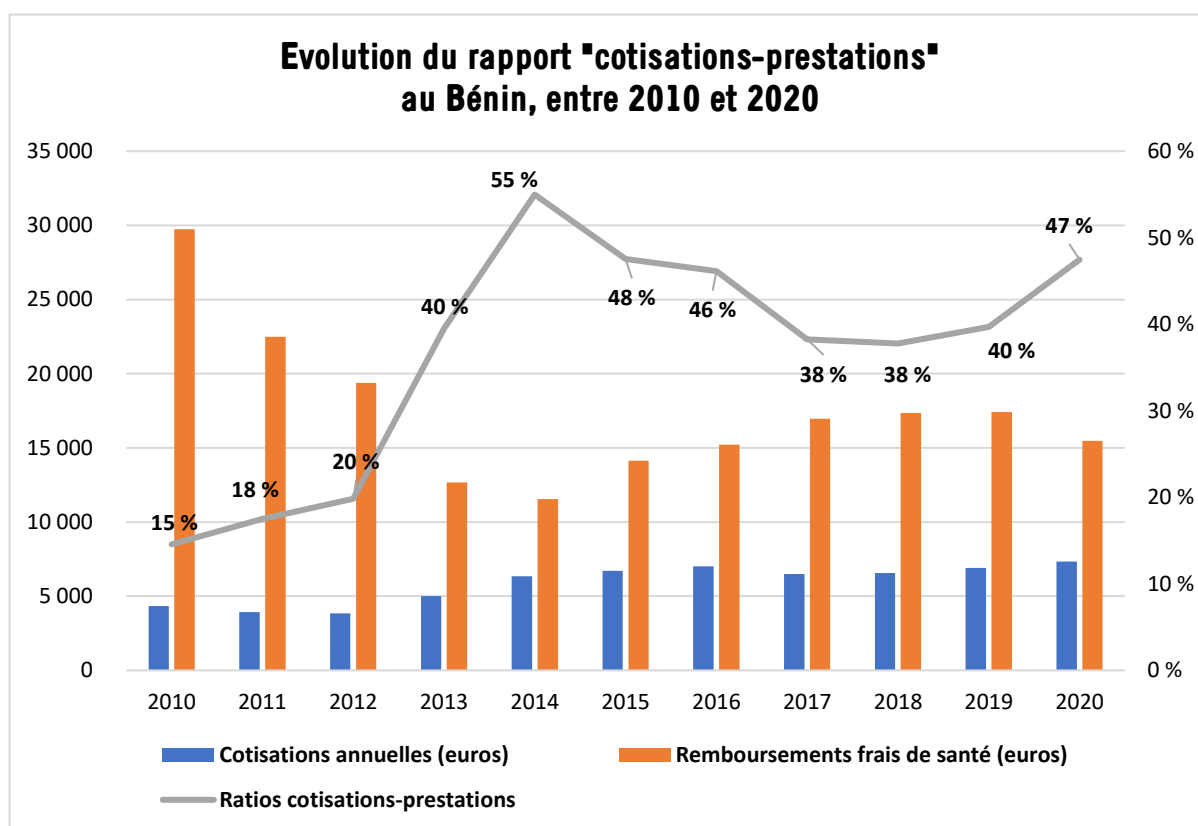
Evolution des conventionnements avec les structures sanitaires

Au Bénin, dix structures sanitaires sont conventionnées. Il s'agit de centres de santé, de cliniques et d'hôpitaux. Il n'y a pas de pharmacies conventionnées, ces dernières n'étant pas intéressées (frais de gestion supplémentaires pour un nombre de mutualistes et un gain financier trop faibles).

Nouvelles règles et contrôles indispensables

Aujourd'hui, l'établissement de contrôles stricts est en place au Bénin. Un seul élément n'a pas été introduit : la création d'un comité de contrôle pour vérifier les comptes de l'association, les versements effectués et l'archivage documentaire de la mutuelle.

Evolution du rapport « cotisations-prestations »

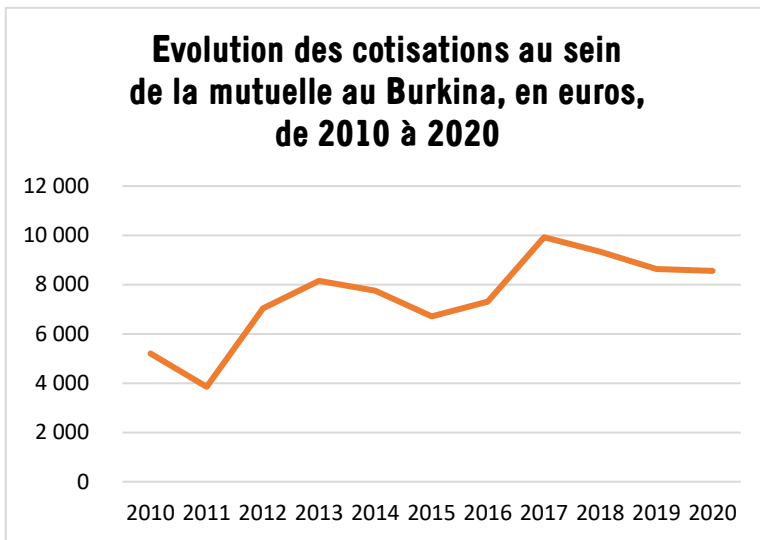


Au regard des éléments fournis, l'évolution positive du ratio « cotisations-prestations » par rapport à la période précédant la réforme est manifeste : lors des dix premières années (2002-2012), ce ratio se situait entre 15 % et 20 % chaque année (pour les groupes du Bénin et du Burkina Faso confondus). Depuis la réforme, il oscille au Bénin entre 38 % et 55 %.

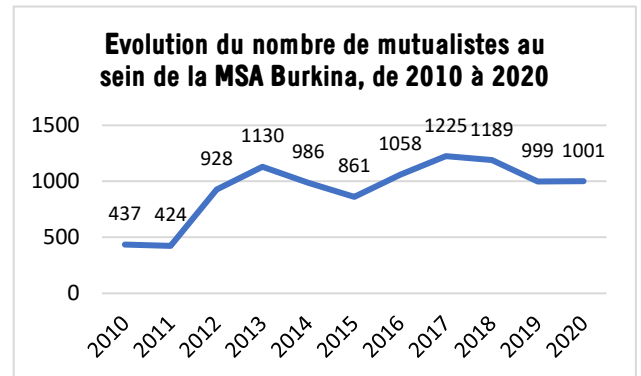
Force est de constater toutefois que le niveau global du coût des prestations reste élevé et qu'il est difficilement couvert par la part des cotisations en dépit de la hausse du nombre d'adhérents, de l'évolution des catégories de cotisation et de l'élaboration de règles et d'outils de contrôle plus rigoureux.

BURKINA FASO

Evolution des cotisations



Rappel :



Au Burkina Faso aussi, entre 2010 et 2020, la courbe d'évolution des cotisations suit celle des adhésions.

Comme au Bénin, deux processus coexistent :

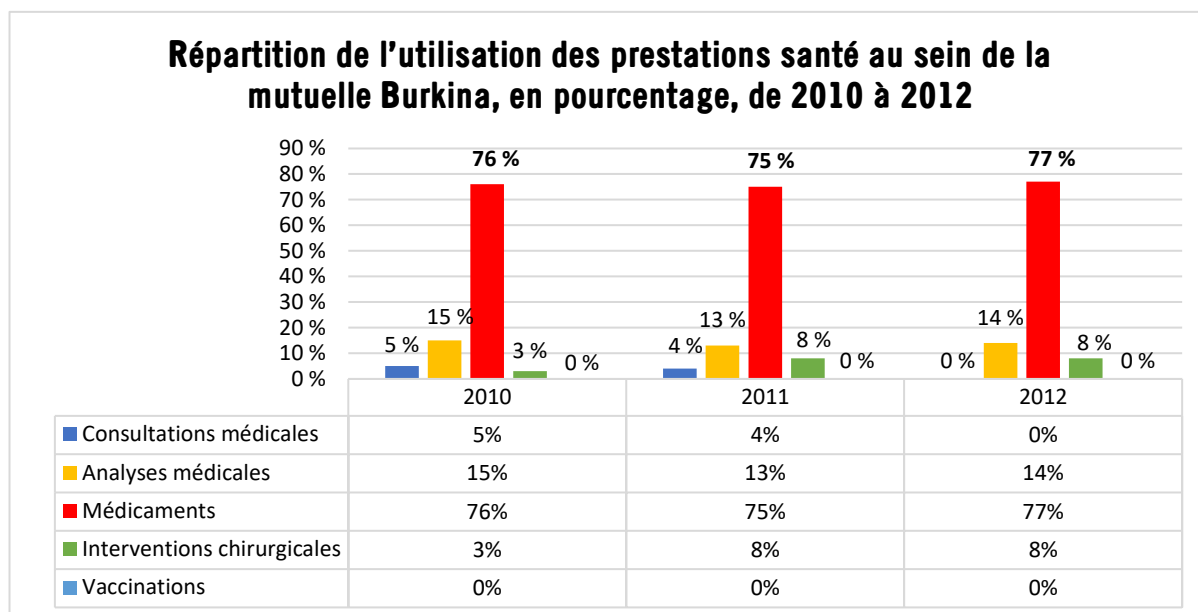
- > Le prélèvement à la source pour les travailleur·euse·s-salarié·e·s des groupes. Dans ce cas, il n'y a théoriquement pas de retard dans le paiement des cotisations mensuelles. Les groupes prélèvent directement le montant de la cotisation définie chaque mois et le reversent à la mutuelle via le référent local, qui participe au comité national de gestion mensuel ;
- > Pour les adhérents extérieurs ou n'ayant pas de lien financier avec les groupes, une procédure de règlement mensuel ou trimestriel a été mise en place (personnes parrainées par des travailleur·euse·s-salarié·e·s ou les familles des enfants scolarisés dans les écoles ou centres de formation).

Deux problèmes ont cependant été identifiés. Comme nous l'avons déjà évoqué, des retards de paiement ou le non-recouvrement des cotisations auprès des adhérents extérieurs sont réguliers, ce qui met en difficulté les parrains d'Emmaüs puisqu'ils avancent ces cotisations sur leur salaire. Par ailleurs, on a noté de fréquents ajournements ou oublis de la part de quelques groupes au Burkina Faso pour ce qui est du reversement des cotisations mensuelles à la mutuelle, ce qui a conduit à changer de système. Désormais, les cotisations sont réglées avec un trimestre d'avance, ce qui permet de ne pas manquer de fonds et de rembourser plus rapidement les mutualistes.

Nonobstant ce nouveau système, des retards de paiement des cotisations sont régulièrement enregistrés chaque trimestre (on peut avoir parfois jusqu'à deux trimestres de décalage).

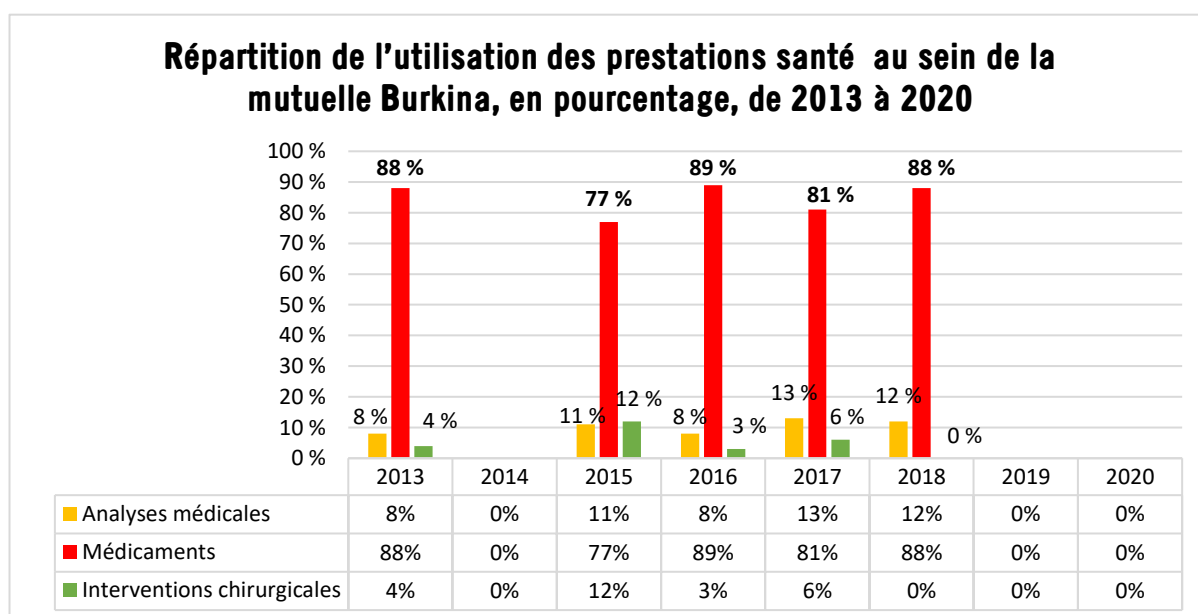
Evolution des prestations

Avant la réforme



La répartition de l'utilisation des prestations de santé au Burkina Faso est globalement équivalente à celle qui prévaut au Bénin. En 2013, les mutualistes ont également fait évoluer ces prestations pour ne cibler que l'accès aux médicaments, les interventions chirurgicales et les analyses médicales.

Après la réforme



NB : Données 2014, 2019 et 2020 non disponibles.

Après la réforme, la répartition des prestations de santé au Burkina Faso est presque identique à celle du Bénin. Il y a 10 % de médicaments en plus au Burkina Faso (88 % contre 78 % au Bénin), 6 % à 7 % de frais d'analyses médicales en moins (12 % au Burkina Faso contre 19 % au Bénin) et une part des interventions chirurgicales à peu près du même ordre.

Comme on le remarque dans le graphique ci-dessus, on ne dispose pas de la répartition générale des prestations de santé pour 2019 et 2020. En effet, depuis 2019, l'association ne récupère plus que les factures des structures sanitaires conventionnées. Cela peut être considéré comme un point positif à certains égards : obligation pour les mutualistes de respecter le parcours de soins, nombre de patients plus conséquent pour les structures sanitaires conventionnées, utilisation pleine du tiers payant.

En ce qui concerne la consommation de médicaments génériques, à l'inverse du Bénin, la mutuelle du Burkina Faso a, dès 2015, répertorié et ventilé les dépenses entre médicaments génériques et médicaments de spécialité lors des comités nationaux de gestion. Un énorme travail de sensibilisation sur l'utilisation des génériques a été réalisé auprès des mutualistes et des structures sanitaires conventionnées à partir de 2016, entraînant une augmentation de la consommation des génériques et une diminution de celle des médicaments de spécialité entre 2015 et 2017.

Mais les informations dans ce domaine font défaut pour la période 2018-2020.

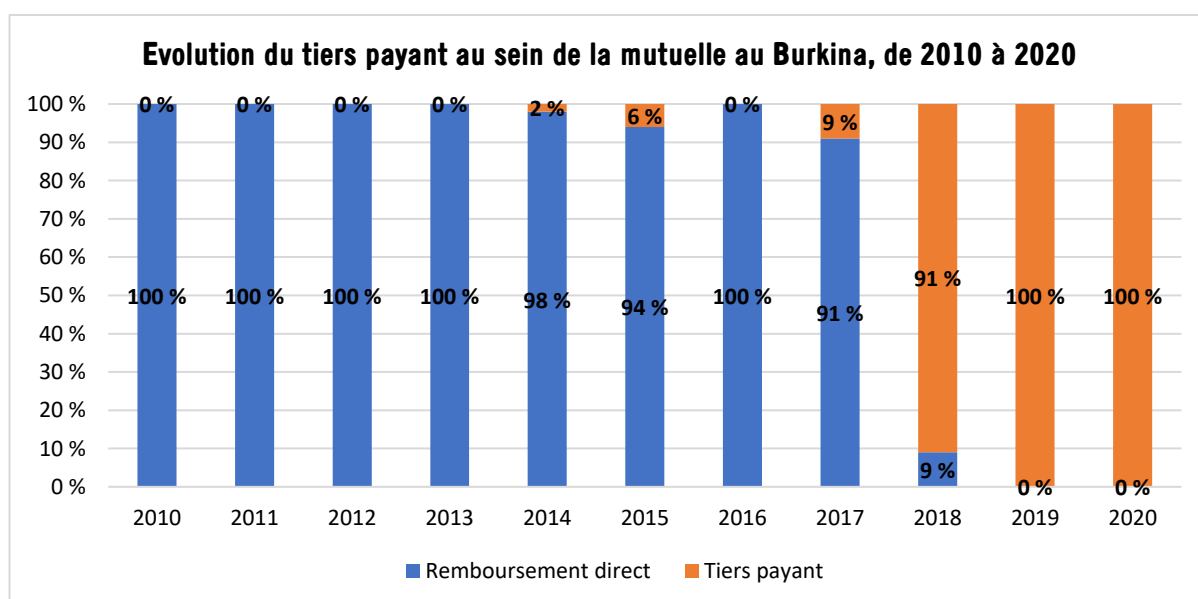
Pour être en mesure de suivre, d'analyser l'évolution de la consommation des soins et de préciser la typologie des prestations et des médicaments fournis, les documents de liaison et de communication entre les structures sanitaires et la mutuelle doivent donc être revus.

Evolution des modes de remboursement

Le remboursement direct aux mutualistes sur facture et celui des structures sanitaires conventionnées constituent également les deux processus existant au Burkina Faso.

Jusqu'en 2017, le tiers payant n'était que rarement utilisé par les mutualistes, en dépit de la sensibilisation réalisée et des recommandations du bureau de la mutuelle et des référents locaux, pour des raisons identiques à celles déjà évoquées pour le Bénin (méfiance des professionnels de la santé à l'égard de la solvabilité de la mutuelle, méconnaissance du mécanisme par une majorité de professionnels, fréquentation de structures sanitaires non conventionnées par les mutualistes).

Une évolution majeure s'est produite à la fin de 2018, qui a permis au tiers payant de devenir la norme : l'association mutualiste a décidé en conseil d'administration de ne rembourser à l'avenir que les factures établies par des établissements conventionnés. Elle a considéré en effet qu'avec tous les outils en place, les mutualistes pouvaient se faire soigner assez aisément au sein des structures sanitaires conventionnées (au demeurant plus sensibilisées à la vente de génériques), ce qui limitait les factures comportant des produits ou soins non pris en charge.



Si les mutualistes présentent des demandes de remboursement comprenant des soins ou produits non pris en charge, le comité national de gestion rembourse à hauteur des prestations dépensées incluses dans la mutuelle. Le refus de rembourser la part des soins et produits non inclus dans la mutuelle (consommables lors des hospitalisations, crèmes de soin, produits esthétiques...) est expliqué aux mutualistes.

Ceci étant, malgré l'évolution très positive du passage à 100 % de tiers payant, certains centres de santé persistent parfois à facturer des soins ou produits non inclus dans les prestations de la mutuelle.

Evolution des conventionnements avec les structures sanitaires

Réalisés au départ par le médecin-conseil embauché en 2011, les conventionnements avec les lieux de soins ont évolué. La mutuelle a cherché à établir des conventions avec un maximum de structures sanitaires correspondant aux critères pour chaque zone géographique. Il va sans dire que l'offre de soins est plus étendue à Ouagadougou, la capitale, que dans des zones rurales comme celle de Pag-la-Yiri (section de Zabré). Mais les mutualistes peuvent se faire soigner dans toutes les structures conventionnées du pays, quel que soit le groupe Emmaüs auxquels ils appartiennent.

Reste que dans la réalité, avoir accès aux structures sanitaires (conventionnées ou non) reste compliqué pour les mutualistes des zones rurales. Cet état de fait est indépendant de la mutuelle, il est lié à la politique publique du Burkina Faso en matière de santé.

C'est pour cette raison qu'en fonction des besoins, les mutualistes peuvent désormais identifier des structures sanitaires non conventionnées dans leur zone d'habitation et soumettre leurs propositions aux membres du bureau de la mutuelle, ces derniers les étudiant alors en vue de l'établissement éventuel d'une nouvelle convention.

Dans la même perspective, mais aussi pour multiplier les centres accessibles aux mutualistes avec des avantages identiques, des conventions ont été établies avec les échelons supérieurs des structures sanitaires publiques, à savoir les districts. C'est le cas pour les districts de Zabré (territoire du groupe de Pag-la-Yiri) et de Koudougou (territoire du groupe de Benebnooma) : les conventions signées permettent aux mutualistes d'accéder à tous les centres de santé et de promotion sociale du district (CSPS), avec les mêmes avantages. Les CSPS sont des centres de santé locaux et la porte d'entrée du système sanitaire burkinabé.

Les centres de santé conventionnés aujourd'hui sont soit des établissements publics, soit des entités privées à caractère social ou confessionnel. Au total, vingt-quatre structures sanitaires (clinique, hôpital, CSPS, dispensaire, centre médical d'arrondissement [CMA]) et dix-huit pharmacies sont conventionnées, ce qui multiplie les possibilités d'accès à des soins de qualité, de prise en charge rapide et d'instauration du tiers payant.

Si le turnover fréquent du personnel de santé s'accompagne parfois d'une ignorance des conventions passées et des droits des mutualistes (pour ce qui est du tiers payant notamment), ce problème est assez vite résolu dès lors que l'animation locale entretient régulièrement un lien sérieux avec les structures sanitaires.

Précisons pour conclure que le bureau de la mutuelle envoie chaque année son rapport annuel complet avec un courrier de remerciement à toutes les structures sanitaires conventionnées.

Nouvelles règles et contrôles indispensables

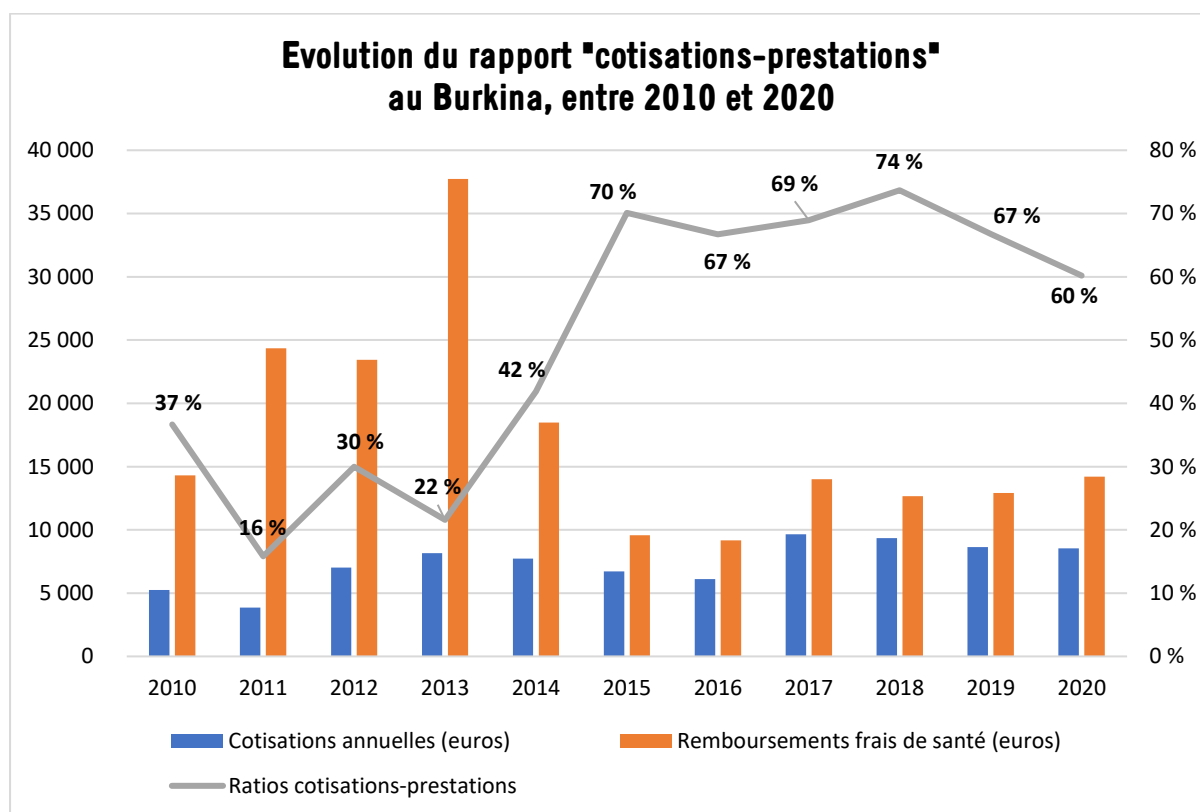
Au Burkina Faso également, la mise en place d'une vérification rigoureuse est effective.

Le comité de contrôle, prévu lors de l'assemblée générale de 2013, n'a cependant effectué qu'une seule vérification. En 2016, l'association est passée par un cabinet externe pour valider ses comptes et demander des préconisations en matière de tenue comptable et de classement des documents d'archivage de la mutuelle.

Par ailleurs, Emmaüs International a cessé la même année (2016) la collaboration engagée avec le médecin-conseil recruté en 2011 (pour travail insatisfaisant et absences trop fréquentes au comité national de gestion).

Le travail a néanmoins continué, notamment grâce à un bureau impliqué qui a comblé les lacunes et assuré les tâches du médecin-conseil : conventionnement avec les structures sanitaires, appui au CNG chaque mois pour le contrôle des factures de soins à rembourser. D'autres alternatives ont également permis un soutien pour certaines tâches : un point focal par zone des groupes Emmaüs appuie ainsi les référents locaux dans le maintien du lien avec les structures sanitaires. Il réalise une sensibilisation sur les médicaments génériques et assure des séances d'éducation à la santé...

Evolution du rapport « cotisations-prestations »



On observe une très nette amélioration du ratio « cotisations-prestations » depuis 2015, soit deux ans après la mise en œuvre officielle de la réforme.

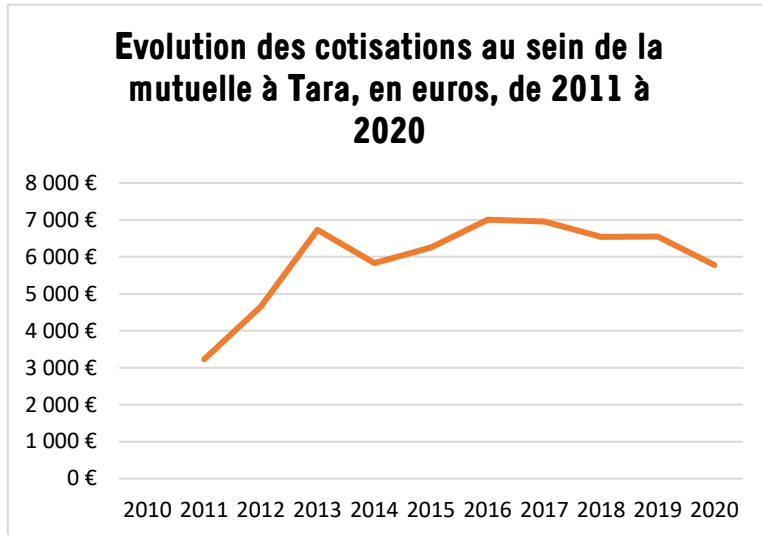
Certaines recommandations ont largement contribué à cette progression, notamment la modification des modes d'adhésion et de cotisation, l'évolution des prestations de santé, la multiplication des conventionnements et une vérification plus stricte des factures et de la consommation des prestations... Ces bons résultats sont également à mettre au compte d'une très bonne gestion de l'association et du bureau actuel, ainsi qu'à sa volonté de dynamiser les acteurs locaux.

Pour ce qui est de 2019 et 2020, le ratio – quoique toujours élevé – a bien sûr été impacté par les différentes crises, sécuritaire tout d'abord, puis sanitaire.

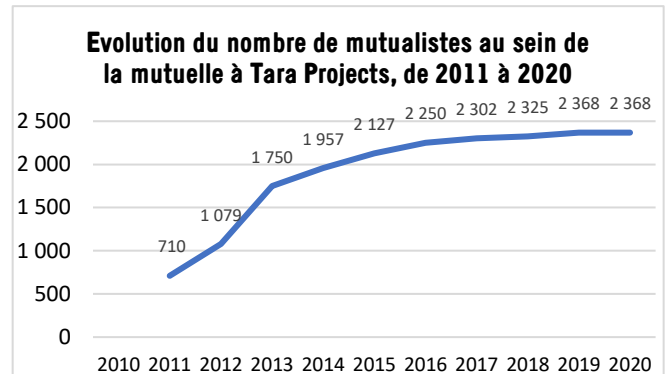
LES MUTUELLES SANTE ASIE

TARA

Evolution des cotisations



Rappel :



Ici encore, la courbe d'évolution des cotisations suit globalement celle des adhésions entre 2011 et 2020, à l'exception des années 2014 et 2015.

A Tara, le changement de tarification validé lors de l'assemblée générale de 2013 devient effectif dès 2014 : les familles d'au moins quatre personnes voient ainsi l'adhésion passer de 250 INR à 200 INR par individu et par an. Cette opération, qui permet pour l'instant de couvrir plus de personnes au sein des familles (notamment les enfants), s'accompagne d'une diminution des recettes liées aux cotisations (stagnation en 2014, légère baisse en 2015, en raison du changement de profil des familles adhérentes). L'« anti-sélection » qui prévalait du fait des cotisations individuelles s'estompe et l'on passe d'une famille moyenne de 2,6 personnes en 2013 à 4,2 personnes en 2015.

En d'autres termes, on se retrouve avec un nombre identique de familles, plus de mutualistes et moins de rentrées en matière de cotisations.

Evolution des prestations

La mutuelle de Tara offre aujourd'hui une gamme variée de prestations de soins, différente de celle des mutuelles africaines.

Dès le départ, Tara a en effet investi des fonds propres pour construire un centre de santé dans le quartier de Badarpur et financer l'achat de matériel médical. Cette initiative transforme, il est vrai, le principe de la mutuelle (mettre des mutualistes en contact avec les structures de soin existantes).

En 2011, lors du démarrage de la mutuelle, les prestations de santé sont les suivantes :

- > Consultation à prix modique auprès d'un médecin généraliste embauché au sein du centre de santé et délivrance de médicaments. Cette offre de soins répond aux besoins des familles, qui ont désormais accès à une structure sanitaire au cœur du quartier. Elles ont confiance dans la qualité des soins et des médicaments distribués par le centre et le médecin ;
- > Orientation possible vers un laboratoire d'analyses où les tarifs sont négociés à 50 % ;

- > Remboursement des hospitalisations à 80 % pour des soins hospitaliers à hauteur de 10 000 INR maximum ;
- > Accès gratuit au « camp de santé » thématique (journée de soins de santé spécialisés organisée dans le centre de Badarpur grâce à la rémunération des professionnels de santé nécessaires : soins ophtalmologiques, gynécologiques, dentaires...).

En 2011, le système donne accès à une consultation et à des médicaments au tarif de 10 INR (0,1 €). Le tarif passera à 20 INR (0,2 €) à partir de mars 2016, une évolution validée lors l'assemblée générale de février 2016 après un processus de réflexion et de débat avec les mutualistes.

Les non-membres de la mutuelle peuvent également bénéficier d'une consultation au centre, mais à un tarif plus élevé (50 INR).

Outre les prestations de soins, la mutuelle développe gratuitement depuis 2013 :

- > Des séances de prévention et d'éducation à la santé : réunions d'information et de sensibilisation, porte-à-porte chez les mutualistes, théâtre de rue. Ces activités sont déployées par les travailleurs sociaux de Tara ;
- > Des discussions sur des thématiques de santé (*health talks*), qui sont régulièrement organisées en petits groupes au sein du centre de Badarpur. Aux aspects liés à la santé et à l'hygiène s'ajoutent des temps d'explication de la mutuelle et des bénéfices qu'elle apporte aux mutualistes...

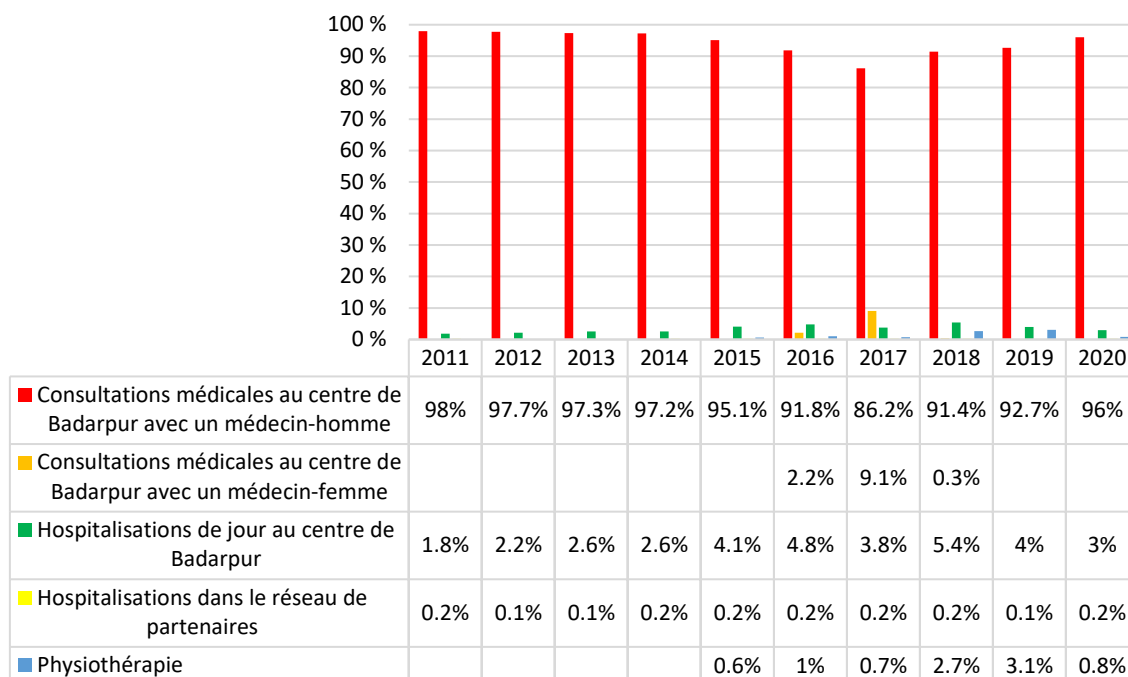
Dans le système mis en œuvre par Tara, les coûts de fonctionnement sont très élevés (notamment en raison de la masse salariale). Aussi la mutuelle a-t-elle développé depuis 2014 de nouveaux services au sein du centre de santé de Badarpur, afin d'obtenir un renouvellement des ressources et d'être en mesure de soigner et surveiller les patients sur place, parfois durant plusieurs jours, avant de les orienter vers des hôpitaux pour des examens approfondis :

- > Hospitalisation de jour : 200 à 300 INR selon les cas (2,25 € à 3,4 €) ;
- > Soins en physiothérapie (depuis 2015) : 30 INR (0,3 €) par séance de trente minutes ;
- > Réalisation d'un dosage de la glycémie : 20 INR (0,2 €) par test ;
- > Embauche d'une femme-médecin. Ce recrutement, désiré par de nombreuses femmes du quartier, a pu être réalisé par Tara grâce à une subvention obtenue à cet effet (d'octobre 2016 à janvier 2018).

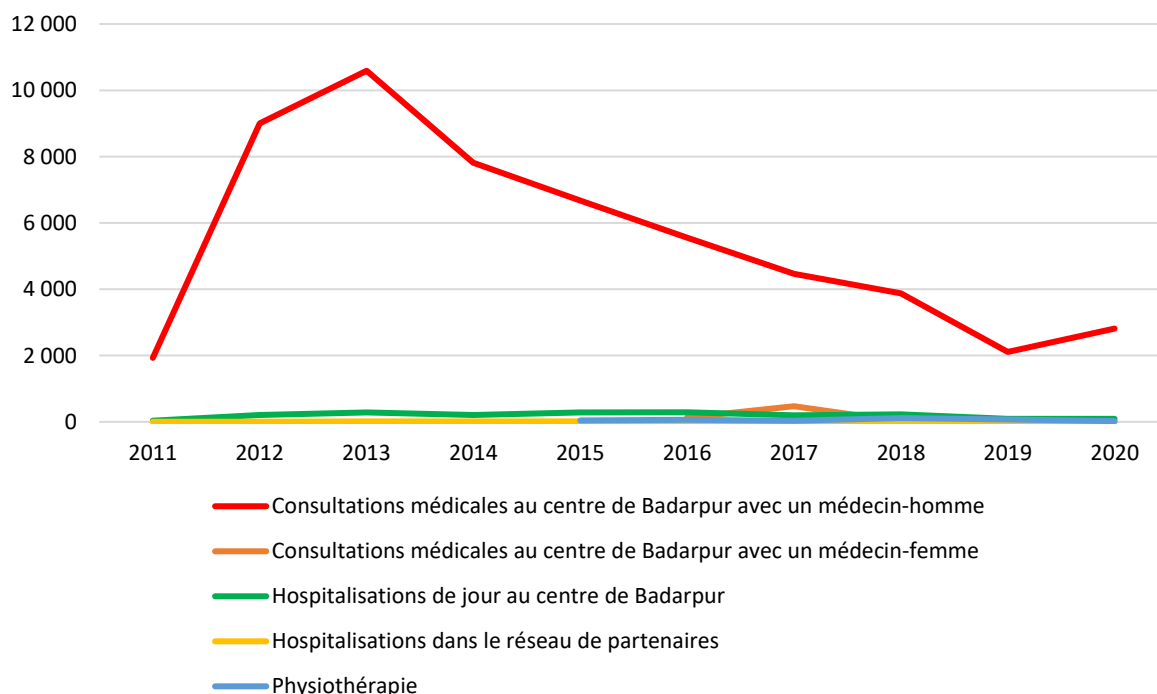
Elle a également élargi la gamme des prestations de santé et noué des partenariats – qui constituent le réseau de la mutuelle – avec des établissements hospitaliers, ainsi que des structures de soins spécifiques (ophtalmologie, soins dentaires, radiographie...) ou à caractère confessionnel. Certains partenariats sont actés verbalement (les hôpitaux publics n'étant pas habilités à conclure des accords formels avec des organismes extérieurs sans l'approbation du gouvernement), les autres formalisés au sein d'un protocole d'accord.

Enfin, certaines prestations avec les partenaires sont négociées, d'autres non. Dans tous les cas, les mutualistes doivent avancer les frais avant remboursement.

Répartition des prestations santé au sein de la mutuelle à Tara, en pourcentage, de 2011 à 2020



Répartition des prestations santé au sein de la mutuelle à Tara, en nombre d'actes, de 2011 à 2020



On peut remarquer, en étudiant ce graphique, la très nette prépondérance des consultations médicales, ainsi que la baisse de leur volume à partir de 2013 (année de la généralisation des séances de sensibilisation et d'éducation à la santé).

Partenariats/Conventionnements

Depuis le début et jusqu'à la fin de 2020, Tara a développé son réseau. Au total, quinze partenariats ont été établis. Cinq d'entre eux concernent des structures publiques : il s'agit d'hôpitaux destinés à accueillir les cas nécessitant une hospitalisation ou un traitement urgent.

Les dix autres structures rassemblent :

- > Six centres de radiographie, de tests et d'analyses ;
- > Un centre de diagnostic médical général ;
- > Un hôpital privé (confessionnel) ;
- > Un centre de soins et traitement dentaire ;
- > Un centre de soins, traitement et chirurgie des yeux (les mutualistes bénéficient gratuitement de l'opération de la cataracte).

Les modes de remboursement des prestations de santé

Il n'existe qu'un seul mode de remboursement au sein de la mutuelle de Tara (remboursement sur facture), dont le processus, construit avec les mutualistes, est indiqué dans le document de politique générale de la mutuelle.

Un parcours de soins à respecter a été défini. Lorsqu'un membre de la mutuelle tombe malade, il consulte le médecin du centre de santé de Badarpur, qui l'oriente si besoin vers un hôpital adapté. Lorsqu'il y est admis, il doit en informer l'équipe médicale de la mutuelle.

Le mutualiste reçoit les soins nécessaires, règle la facture de l'hôpital, puis soumet une demande de remboursement à la mutuelle avec les documents de l'hôpital, factures, etc.

Lors d'une réunion du comité de pilotage local – chargé d'étudier les demandes de remboursement –, le travailleur social de Tara en poste au centre de santé, les représentant·e·s des mutualistes et le médecin vérifient les factures et les documents présentés. La demande est alors approuvée ou rejetée et un taux de remboursement est décidé au regard des règles de politique générale de la mutuelle.

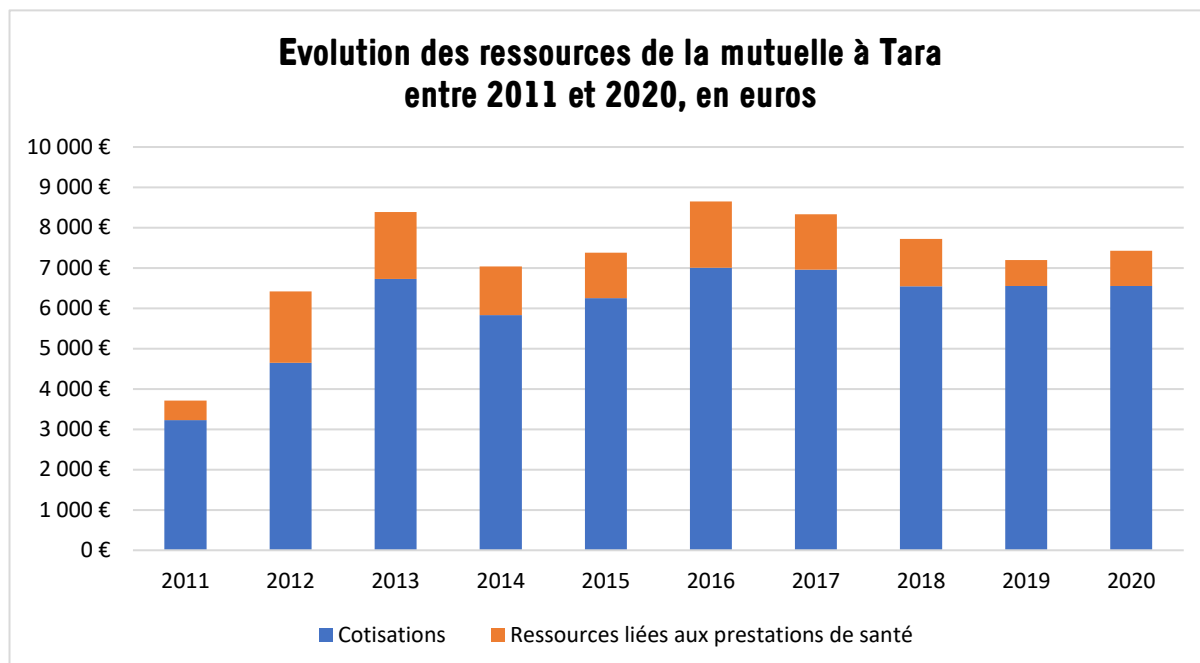
Quelle que soit la part de remboursement validée, le mutualiste est reçu par le comité de pilotage et le taux de remboursement qui lui est appliqué est expliqué. Les décisions sont soigneusement consignées dans l'outil de suivi des hospitalisations.

Evolution du rapport « cotisations-prestations »

Comme nous l'avons indiqué au début de ce chapitre, dans les groupes d'Asie, l'accès à la santé a été construit différemment. Il ne peut donc être uniquement analysé sous l'angle « cotisations-prestations », puisque d'autres paramètres interviennent.

Dans ces systèmes mutualistes, il convient plutôt de prendre en considération les ressources liées à l'accès à la santé (cotisations et ressources générées par les prestations de santé mises en place) et les dépenses globales (frais d'hospitalisation, achats de médicaments pour le centre de Badarpur, coût du transport pour les transferts vers des structures du réseau de partenaires, organisation de « camps de santé » réguliers, masse salariale du personnel au sein du centre...).

En termes de ressources, la mutuelle intègre les cotisations et les sources de revenu des différentes prestations délivrées au centre de santé de Badarpur.

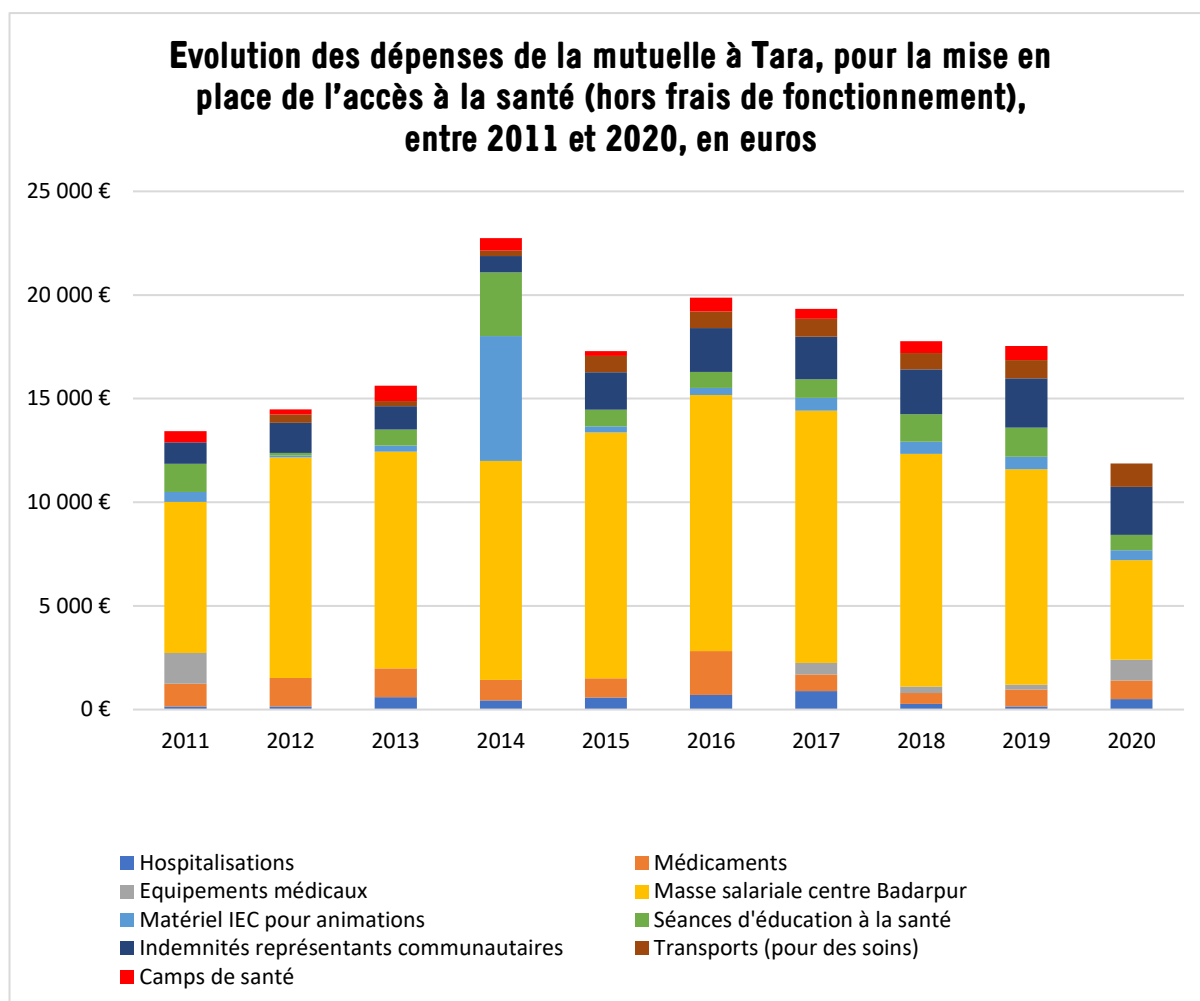


Dans une certaine mesure, la baisse des consultations auprès du médecin du centre de Badarpur dès 2013 est compensée par la multiplication des autres services de santé payants, ces derniers participant au maintien du ratio « cotisations-prestations ».

Il n'est pas sans intérêt de rappeler ici que si les prestations de santé rémunérées, même à prix modique, constituent une source de financement non négligeable pour la mutuelle, elles bénéficient également aux mutualistes qui ne pourraient accéder à ces prestations en dehors de la mutuelle du fait d'un coût trop élevé.

En termes de dépenses de santé, les coûts intègrent :

- > Les hospitalisations, qui représentent 0,2 % maximum du nombre d'actes chaque année depuis 2011 ;
- > L'achat d'un stock de médicaments et de consommables pour le centre de santé de Badarpur ;
- > Les coûts de fonctionnement et d'équipements médicaux du centre de santé et de l'hôpital de jour ;
- > Les frais de transport vers des structures partenaires ;
- > La masse salariale pour le centre de santé et l'hôpital de jour (salaires du médecin généraliste et du travailleur social) ;
- > Les coûts liés à l'organisation de « camps de santé » ;
- > Les coûts correspondant à l'animation des discussions de santé (réunions, matériel « Information-Education-Communication » - IEC) ;
- > Les indemnités versées.



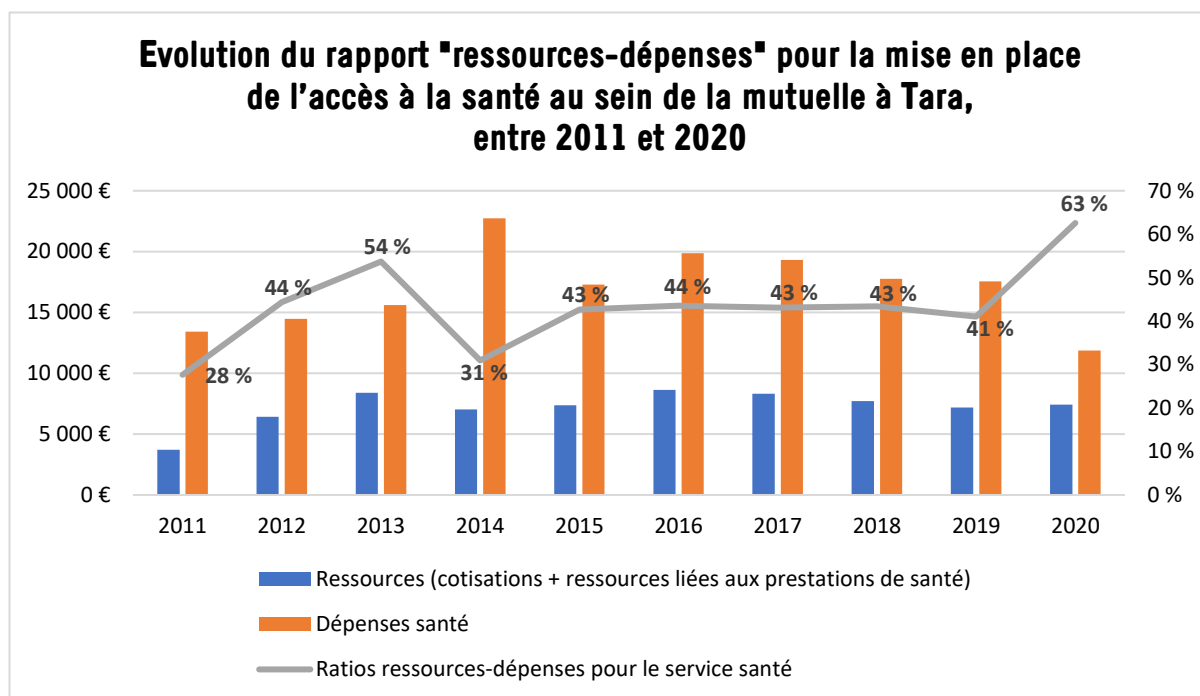
Ce graphique appelle plusieurs remarques.

On observe tout d'abord que l'année 2011 constitue une année particulière : elle ne compte en effet que six mois de fonctionnement et elle est marquée par un investissement substantiel dans l'équipement médical.

On note ensuite que l'année 2014 est celle des investissements dans le domaine de l'éducation à la santé : un plus grand nombre de séances a été organisé, avec les nouveaux membres mutualistes notamment, entraînant des coûts supplémentaires du fait de la réalisation de supports (matériel IEC), mais aussi de cartes d'adhérent-e.

La troisième remarque concerne l'année 2020. Celle-ci a été exceptionnelle, car le centre a subi les conséquences de la pandémie de Covid-19 : fermeture durant plusieurs semaines, matériel médical supplémentaire acheté (deux bouteilles d'oxygène), pas de « camp de santé », séances d'éducation à la santé réalisées seulement entre janvier et mars...

On relève enfin la part prépondérante de la masse salariale. Elle correspond aux salaires du médecin généraliste et du travailleur social (présents chaque jour dans le centre de santé). Ces salaires, comme il est d'usage en Inde, augmentent chaque année.



Pour ce graphique également, quelques commentaires s'imposent.

Comme pour le précédent, l'année 2011 n'est pas représentative. A cela, diverses raisons : seule la masse salariale du médecin est pleinement intégrée ; les achats d'équipements et de matériel médical sont plus importants ; les services de santé du centre de Badarpur autres que la consultation ne sont pas encore mis en place ; les « camps de santé » ne débutent que durant l'année 2012.

L'année 2013 est, quant à elle, marquée par une forte augmentation du nombre de mutualistes – et donc de rentrées financières de cotisations –, tandis que l'année 2014 voit la réalisation d'un plus grand nombre de séances d'éducation à la santé (du fait d'une augmentation du nombre de mutualistes). Cela entraîne des coûts d'élaboration des supports IEC, qui viennent s'ajouter aux coûts habituels de fonctionnement.

Entre 2015 et 2019, le ratio « ressources-dépenses » se stabilise, avant d'augmenter en 2020. Mais compte tenu de la crise sanitaire, qui a conduit à la fermeture du centre durant trois mois, avec le maintien d'une présence partielle des salariés jusqu'en décembre et des charges de fonctionnement à la baisse, il ne correspond pas à l'activité classique de la mutuelle.

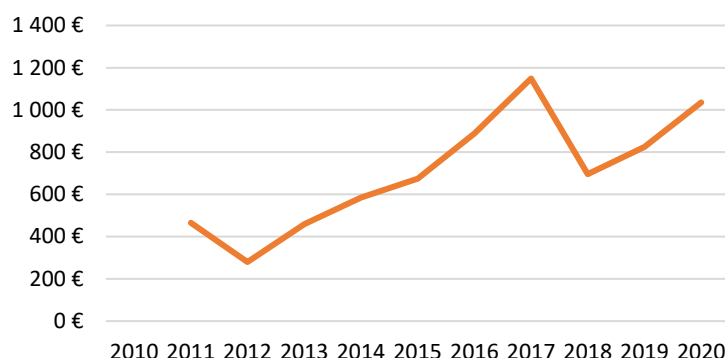
Soulignons enfin l'intérêt accordé à cette mutuelle par Tara, qui en partage les frais par le biais d'une participation financière annuelle de plusieurs milliers d'euros.

THANAPARA

Evolution des cotisations

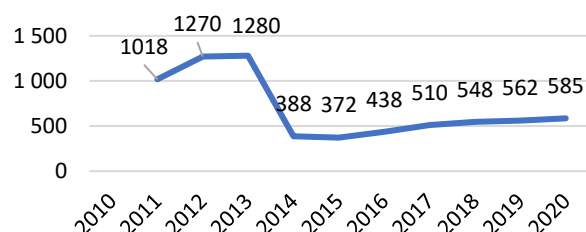
A Thanapara, le mutualiste effectue deux types de versement : une adhésion annuelle de 50 takas (0,5 €) et une cotisation mensuelle de 10 takas par personne (de 2011 à septembre 2016), puis de 15 takas (d'octobre 2016 à 2020).

Evolution des cotisations au sein de la mutuelle à Thanapara, en euros, de 2011 à 2020



Rappel :

Evolution du nombre de mutualistes au sein de la mutuelle à Thanapara, de 2011 à 2020

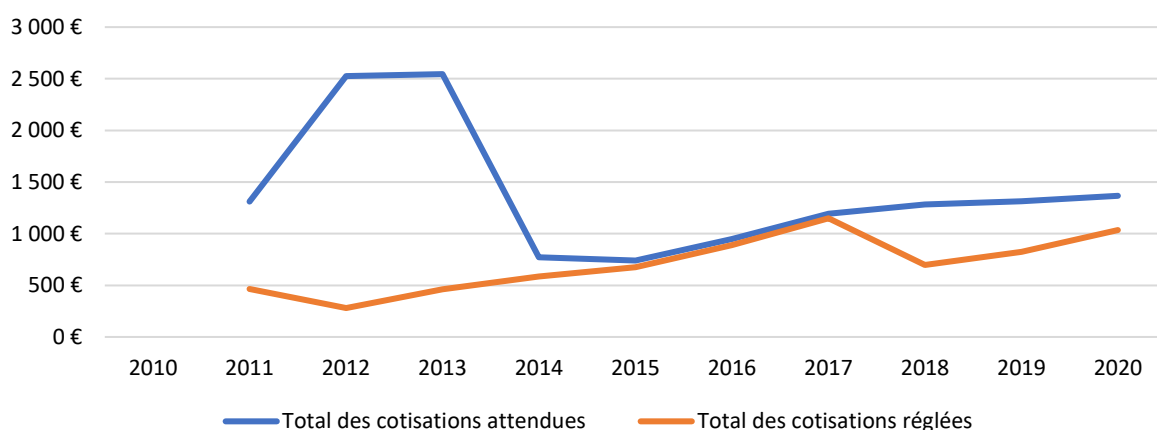


Contrairement à ce qu'on a constaté pour les mutuelles étudiées précédemment, ici, la courbe d'évolution des cotisations ne suit pas celle des adhésions, notamment pour les années 2012, 2013, 2018 et 2019. Ces quatre années témoignent de la difficulté de recouvrement des cotisations, liée aux problèmes financiers des mutualistes en raison de la persistance d'un contexte économique compliqué, mais aussi à une animation déficiente de la mutuelle dans l'explication de son mode de fonctionnement et du principe de solidarité.

Qu'on en juge par le tableau ci-dessous : le taux de recouvrement est particulièrement faible pour les années 2011, 2012, 2013 et très modeste pour les années 2018 et 2019. Il ne franchit le seuil de 90 % qu'en 2015, 2016 et 2017. Le passage de 18 % à 75 % de recouvrement entre 2013 et 2014 s'explique, quant à lui, par la chute du nombre de mutualistes en 2014, les mutualistes restés adhérents étant ceux qui avaient le plus de liens financiers (salarié-e-s), d'activité ou de proximité géographique (artisan-e-s-producteur-ice-s).

Année	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de recouvrement	35 %	11 %	18 %	75 %	91 %	93 %	96 %	54 %	62 %	75 %

Comparaison des cotisations attendues et des cotisations réglées au sein de la mutuelle à Thanapara, en euros, de 2011 à 2020



Même si l'on comprend aisément que le groupe ne souhaite pas pénaliser les membres mutualistes en les privant d'un accès à la santé, un travail sur le recouvrement des cotisations doit être rapidement mis en place.

Cela étant, il faut également garder en mémoire deux points : d'une part, que le groupe s'est efforcé, lors des années particulièrement difficiles sur le plan économique pour l'activité d'artisanat (2018 et 2019), de recouvrir les cotisations manquantes au cours de l'année suivante (même si une partie des cotisations est restée due) et que les sommes récupérées ont été incluses dans les cotisations réglées. Et d'autre part, que les membres salariés de Thanapara offrent régulièrement une journée de salaire supplémentaire pour participer aux cotisations des autres membres (non incluse dans les cotisations réglées).

Le règlement des cotisations est différent selon les bénéficiaires :

- > Pour les artisan·e·s-producteur·rice·s de Thanapara, les cotisations sont réglées en espèces chaque mois au responsable de projet ;
- > Pour les micro-emprunteur·euse·s, la cotisation est réglée en une seule fois pour l'année lors du versement du prêt ;
- > Pour les membres de l'école, le règlement se fait en deux fois, lors des deux règlements planifiés dans l'année pour le paiement des frais de scolarité ;
- > Pour les salarié·e·s de Thanapara, les montants sont prélevés chaque mois sur le salaire.

Sauf en ce qui concerne les salarié·e·s, les difficultés de recouvrement montrent aussi les limites d'un système où l'adhésion n'est pas systématique.

Evolution des prestations

Thanapara se situe dans un contexte rural très pauvre, avec des structures sanitaires éloignées. L'hôpital public de proximité, à Sardah, est à 5 km. S'il délivre des soins et des prestations de santé de base, le matériel médical (plateau technique, consommables...) fait défaut. L'hôpital de Rajshahi, à 30 km de Thanapara, propose de nombreuses prestations hospitalières de qualité, mais il reste difficile à atteindre, notamment en cas d'urgence.

C'est ce contexte qui a incité le groupe, il y a de nombreuses années, à créer un centre de santé. Celui-ci donnait aux habitants du village de Thanapara la possibilité de bénéficier gratuitement d'une consultation auprès d'un infirmier (à temps partiel) et de médicaments à moindre coût financés par l'association.

Avec l'implantation du programme mutualiste, des avancées ont été enregistrées :

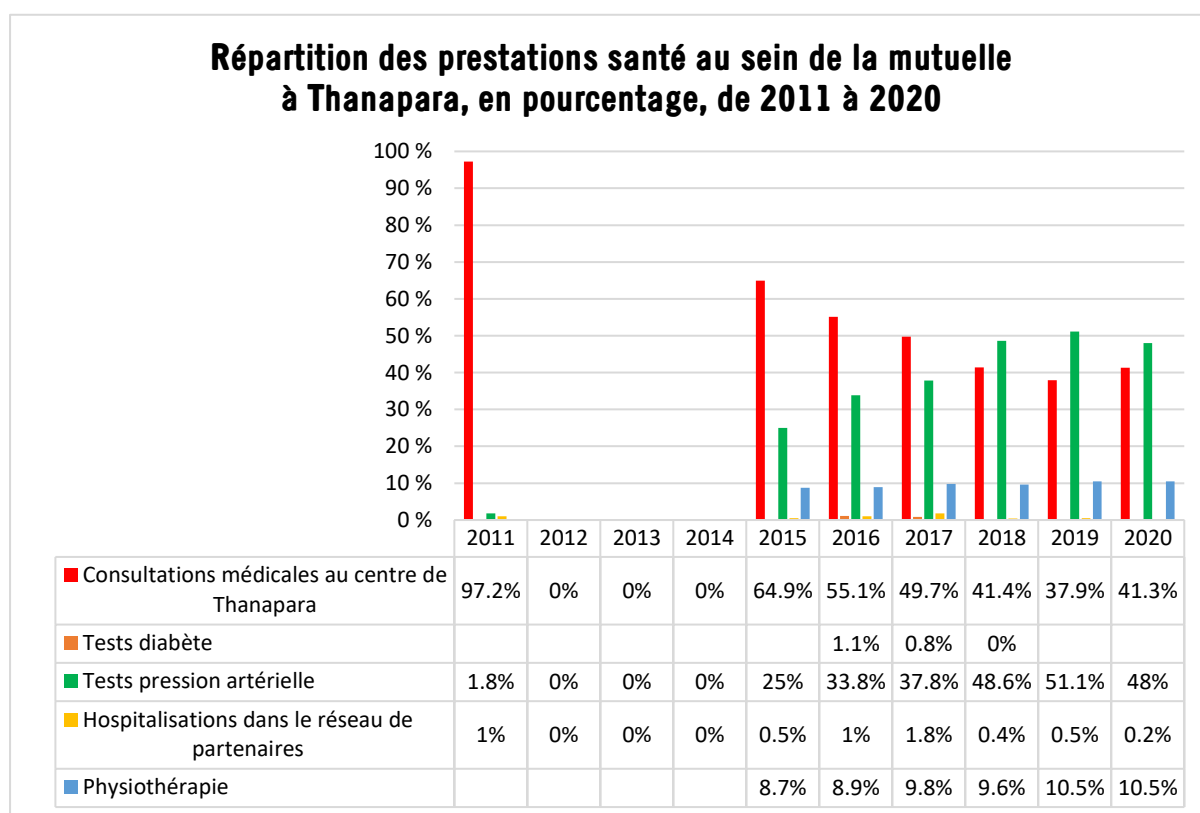
- > Le centre de santé a été déplacé au sein du groupe dans un lieu plus adapté et plus grand, permettant de recevoir davantage de personnes et de matériel. L'infirmier y est salarié à temps complet. Il examine les patients et délivre les médicaments nécessaires à prix modique ou oriente les malades vers les structures sanitaires existantes adaptées (hôpital de Chargat ou de Rajshahi) ;
- > La consultation est gratuite pour les mutualistes. Les médicaments sont vendus à 70 % de leur coût d'achat. Les dosages de la glycémie sont facturés 5 takas et le contrôle de la pression artérielle est gratuit ;
- > Des lits de repos ont été installés et du matériel pour pratiquer des tests et des soins de physiothérapie a été acheté ;

- > Le remboursement des frais d'hospitalisation a été mis en place selon la grille suivante (définie par Thanapara) ;

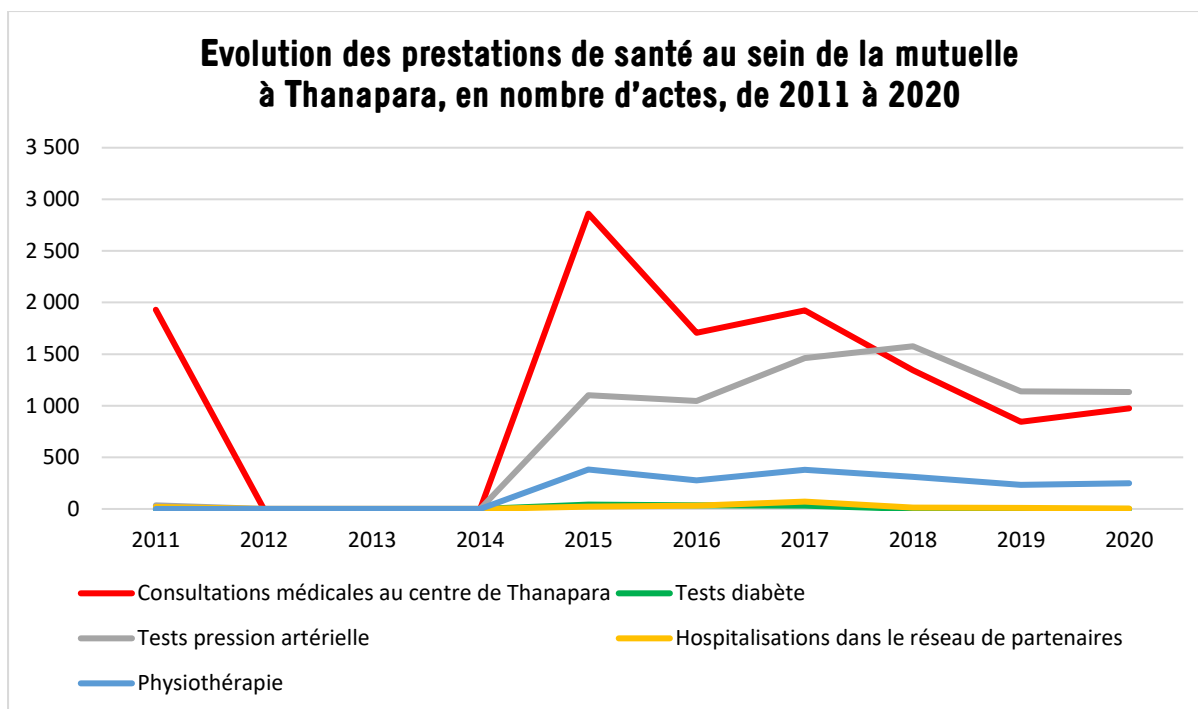
Montant de la dépense du mutualiste	Niveau de remboursement
Jusqu'à 500 takas	80 %
De 501 à 1 000 takas	70 %
De 1 001 à 2 000 takas	60 %
De 2 001 à 3 000 takas	50 %
Au-delà de 3 000 takas	40 %

- > Un service d'ambulance permet de rallier les hôpitaux en cas d'urgence, les mutualistes concernés prenant en charge 50 % des frais d'essence ;
- > L'organisation régulière de « camps de santé » (trois à quatre par an) sur une demi-journée ou une journée complète permet aux mutualistes de bénéficier gratuitement de soins plus spécialisés : soins ophtalmologiques, gynécologiques, etc.

Outre les prestations de soins, la mutuelle développe gratuitement depuis 2013 des séances de prévention et d'éducation à la santé. Des temps d'information et de sensibilisation sont régulièrement organisés et proposés aux mutualistes. Ils sont le plus souvent réalisés gratuitement par des médecins de l'hôpital de Chargat ou de Rajshahi (prise en charge des frais de déplacement), puis repris par l'infirmier du centre de santé lors des séances ultérieures.



NB : Chiffres 2012, 2013 et 2014 non communiqués.



NB : Chiffres 2012, 2013 et 2014 non communiqués.

Même si certains chiffres manquent, on constate, comme en Inde, une prépondérance des consultations médicales au centre, ce qui prouve l'importance de l'existence d'un premier niveau de consultations de base dans ce contexte où les structures sanitaires sont absentes ou inaccessibles.

On remarque également une diminution des consultations médicales depuis 2015 (probablement depuis 2014 en réalité), alors même que le nombre de mutualistes tend à remonter. On pourrait en déduire que cela résulte de la mise en place des nombreuses séances d'éducation à la santé dès 2013, mais cela reste à vérifier.

Partenariats/Conventionnements

En dépit d'un maillage territorial très faible en matière de structures sanitaires dans la région, Thanapara a tout de même réussi à établir quatre partenariats officiels :

- > Avec les deux hôpitaux publics de Chargat et de Rajshahi : pour chacun d'eux, des MOU (*Memorandum Of Understanding*) ont été élaborés, institutionnalisant la fréquence de l'organisation des « camps de santé » (une fois par trimestre) et permettant aux membres mutualistes se présentant dans ces hôpitaux d'y être très facilement reçus et pris en charge (ils évitent la file d'attente) ;
- > Avec deux cliniques privées locales : là aussi, les mutualistes sont accueillis rapidement et des réductions de 40 % leur sont appliquées pour différents tests et diagnostics.

Thanapara assure une réunion de bilan trimestrielle avec chaque partenaire.

Les modes de remboursement des prestations de santé

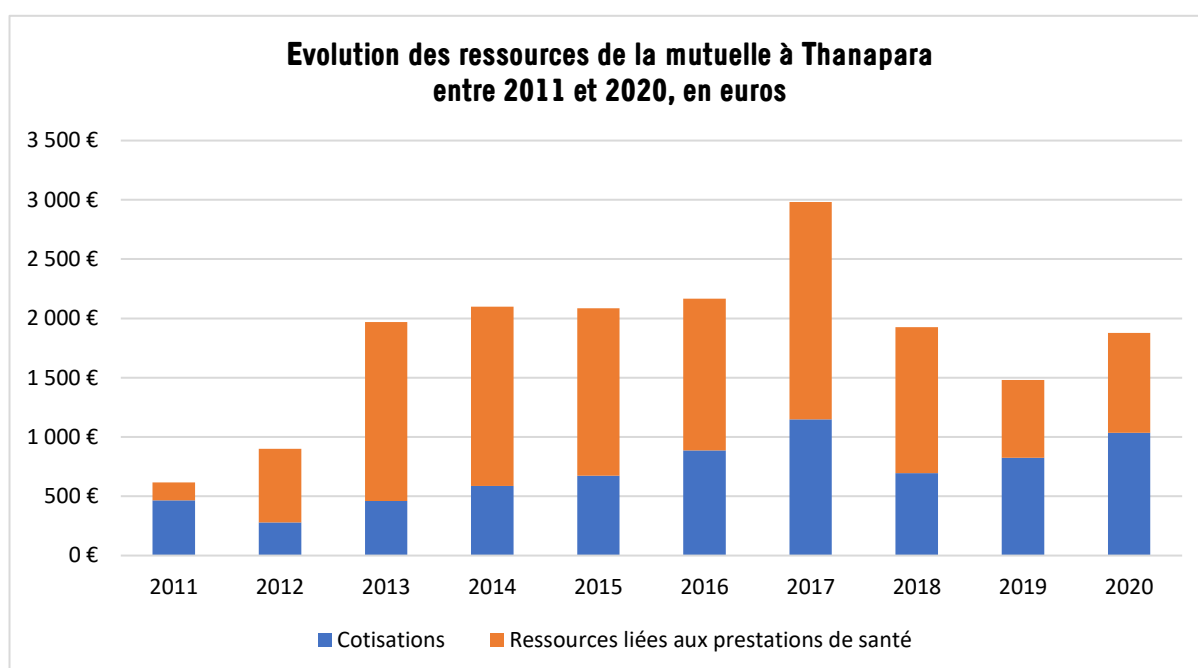
A Thanapara, un seul mode de remboursement existe (remboursement sur facture), dont le processus est inscrit dans les règles de fonctionnement de la mutuelle.

Qu'il s'agisse d'une orientation par l'infirmier de la mutuelle ou d'une urgence, le mutualiste règle la facture de l'hôpital, puis soumet une demande de remboursement en fournissant les documents hospitaliers, les factures, etc. C'est ensuite le comité de pilotage local de la mutuelle qui étudie chaque dossier et statue sur chaque remboursement. Ici aussi, comme pour Tara, tout est soigneusement consigné dans l'outil de suivi des cas d'hospitalisation.

Evolution du rapport « cotisations-prestations »

Au Bangladesh également, la mutuelle intègre des ressources et des coûts différents de ceux des mutuelles en Afrique.

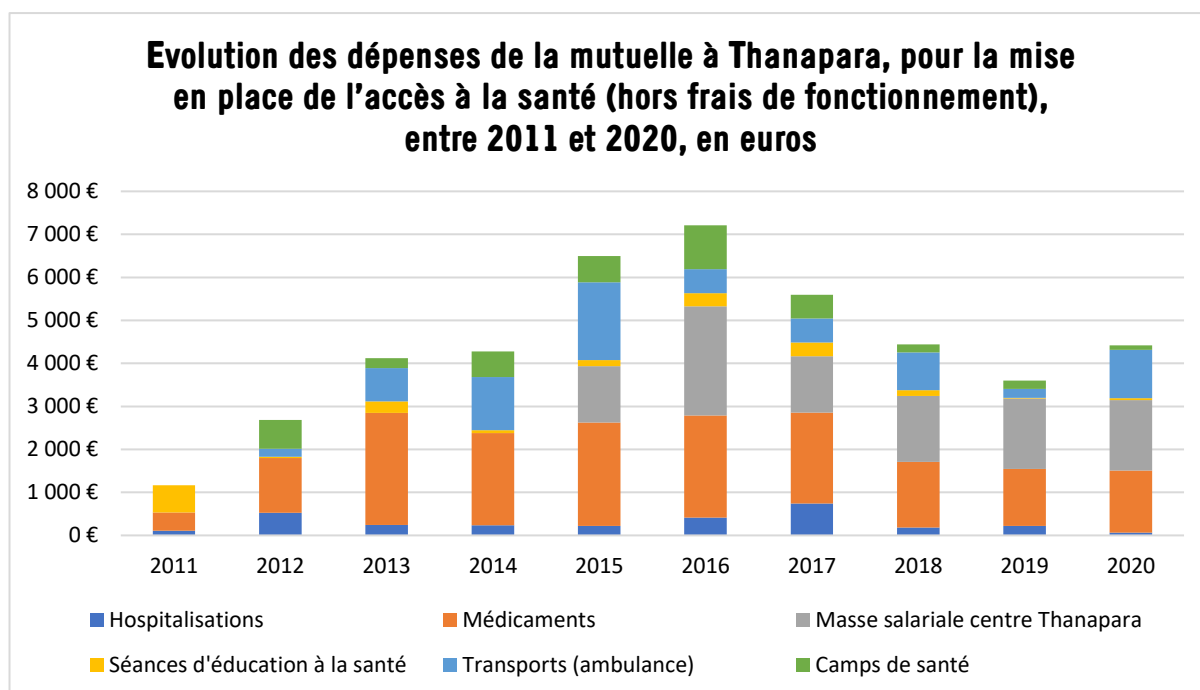
Elle prend en compte les multiples dépenses pour l'accès à la santé, hors frais de fonctionnement. Les ressources intègrent les cotisations, ainsi que les revenus issus des prestations proposées par le centre de santé de Thanapara (essentiellement liées à la vente de médicaments).



Comme en Inde, les prestations de santé rémunérées, même à prix modique, sont une source de financement non négligeable pour la mutuelle. Et pour ce qui est de Thanapara, c'est encore plus manifeste, puisque ces ressources sont aujourd'hui supérieures aux rentrées annuelles des cotisations, ce qui favorise un meilleur ratio « cotisations-prestations ».

Ces dépenses intègrent :

- > L'achat d'un stock de médicaments et de consommables pour le centre de santé ;
- > Les hospitalisations, qui représentent chaque année, depuis 2011, 1,82 % maximum du nombre d'actes ;
- > Les frais de transport pour rallier les hôpitaux et les cliniques, ainsi que les coûts de réparation et d'entretien du véhicule ;
- > La masse salariale pour le centre de santé (salaire de l'infirmier) ;
- > Les coûts liés à l'organisation de « camps de santé » ;
- > Les coûts correspondant à l'animation des séances d'éducation à la santé.

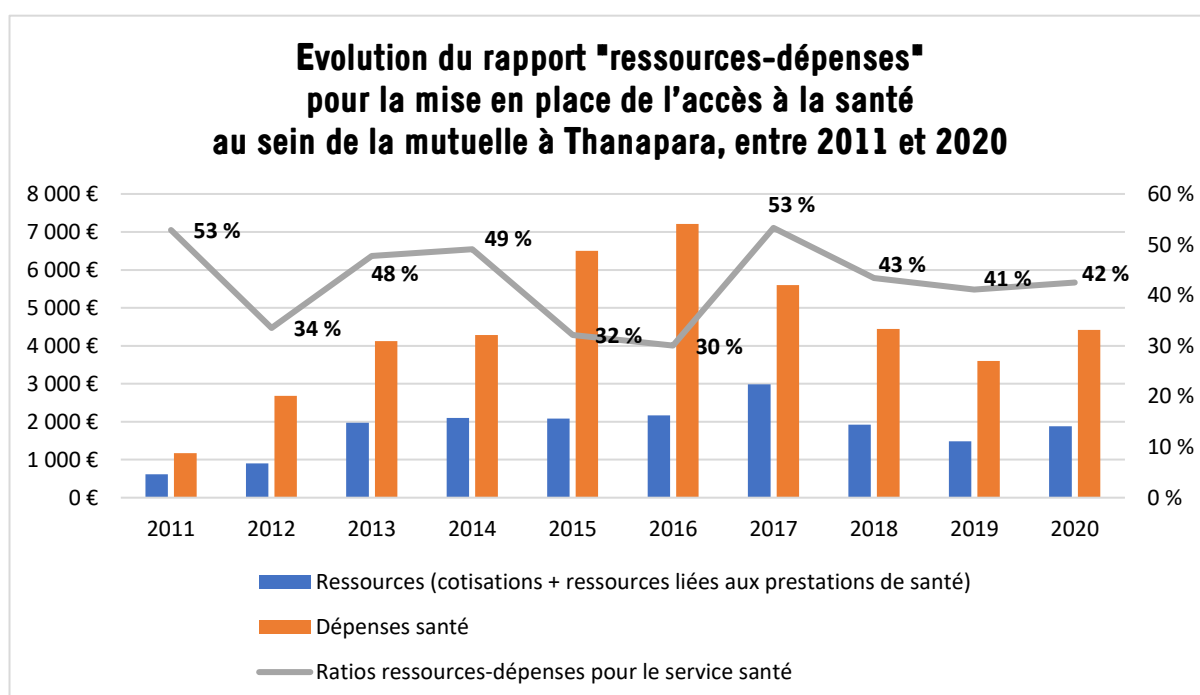


Divers enseignements peuvent être tirés de ce graphique.

Ici encore, 2011 est un cas particulier, car le programme ne compte que six mois de fonctionnement. Les années 2012, 2013 et 2014 sont, pour leur part, indiscutablement marquées par l'accident de santé du directeur de Thanapara et ses conséquences en termes d'animation et de suivi.

Globalement, on remarque aussi la prépondérance, dans les dépenses, de l'achat de médicaments et de la masse salariale. Concernant cette dernière, on peut s'interroger sur sa fluctuation, notamment en 2016.

Enfin, on observe que les activités de la mutuelle et leur suivi ont mieux fonctionné en 2015, 2016 et 2017 et que les années 2018 et 2019 ont été manifestement affectées par la conjoncture économique particulièrement difficile.



Une fois encore, l'année 2011 n'est pas représentative, car le programme ne démarre qu'en juillet. Pour 2012, on observe que le faible taux de recouvrement des cotisations engendre un rapport « ressources-dépenses » très bas.

A partir de 2014, les ressources liées aux cotisations augmentent légèrement, alors que le nombre de mutualistes chute (avec un meilleur taux de recouvrement des cotisations). On note également, à partir de 2014-2015, une forte hausse des dépenses liées à l'ambulance (réparation, entretien, taxes...). Par ailleurs, le salaire de l'infirmier du centre n'est intégré dans le budget qu'à partir de 2015.

Les années 2018 et 2019 restent, quant à elles, deux périodes problématiques : l'activité économique principale de Thanapara tourne au ralenti, voire est ponctuellement à l'arrêt, ce qui s'accompagne d'un non-règlement des cotisations, l'école est fermée, mais Thanapara ne peut refuser aux personnes un accès aux soins. En d'autres termes, si l'utilisation du produit de santé par les mutualistes est réduite, le centre reste accessible : on comptabilise 1 000 consultations au cours de ces deux années et quatre à cinq cas d'hospitalisation en urgence...

Force est de constater qu'en dépit des difficultés rencontrées, Thanapara fait au mieux depuis plusieurs années pour maintenir le programme.



Assemblée Générale Constitutive de la Mutuelle Santé Afrique au Bénin ©Emmaüs International (2013)

III. Analyse et évolution du fonctionnement des mutuelles

Dans cette troisième partie, il s'agit de répondre à plusieurs interrogations :

- > Comment le principe de démocratie est-il appliqué ?
- > Comment les mutualistes sont-ils impliqués ?
- > Comment les choses fonctionnent-elles sur le terrain ?
- > Avec quels acteurs et quels outils ?
- > De quelle manière peut-on faire vivre les mutuelles ?

a. La gouvernance

Sur cet aspect, les modalités diffèrent selon qu'on est en Afrique ou en Asie, en raison des règles juridiques tout d'abord, mais aussi du fait des différences culturelles ou d'approche. En effet, au Bénin et au Burkina Faso, il est possible de mettre en place une association de citoyens ou d'un groupe de personnes, alors que ce n'est pas le cas en Inde ou au Bangladesh. Dans ces deux derniers pays, les mutuelles, pour pouvoir exister, doivent être intégrées aux activités des groupes de Tara et Thanapara.

Ceci étant, qu'on se trouve dans le contexte d'une structure juridiquement reconnue ou dans celui d'une association informelle, le travail à réaliser au sein des mutuelles doit respecter les objectifs fixés par le Mouvement et les principes qu'il défend en termes de gouvernance et de démocratie.

GOVERNANCE AU SEIN DES MUTUELLES EN AFRIQUE

Entre la fin de 2011 et celle de 2012, plusieurs séances de travail se sont déroulées au sein des groupes du Bénin et du Burkina Faso, tout comme au niveau du comité de suivi international, pour élaborer des statuts et des règlements intérieurs, afin de les proposer à la ratification de l'assemblée générale constitutive de chacune de ces deux mutuelles.

Les statuts et règlements intérieurs des mutuelles définissaient et précisaient les modalités de la gouvernance, ainsi que les missions, la composition et la durée de ses organes (assemblée générale, conseil d'administration, comité de contrôle et comité national de gestion).

Les premières élections ont été organisées sur cette base, afin de désigner un conseil d'administration et un comité de contrôle. Toutefois, la mise en place de ce système de gouvernance ne suffit pas à elle seule à le faire vivre. Dans le cas des mutuelles du Bénin et du Burkina Faso, les organisations nationales et l'organisation régionale, mais aussi les groupes locaux et leurs responsables, ont, dans cette équation, un rôle important à jouer.

GOVERNANCE AU SEIN DE LA MUTUELLE AU BENIN

Au Bénin, l'expérience de la première équipe élue lors de l'assemblée générale au début de 2014 a très vite montré ses limites. En effet, si le travail du comité national de gestion s'est poursuivi avec l'accompagnement du médecin-conseil pour introduire certaines recommandations importantes de la réforme, les élu-e-s de l'association MSA Bénin n'ont que très peu tenu leur rôle. En effet, même si l'association continuait à exister, elle ne pouvait pas stimuler le système de solidarité (organisation et réunions de travail, partage et implication des acteurs...) dès lors que les élu-e-s ne comprenaient pas le sens du projet mutualiste et ne le partageaient pas pleinement.

Aussi, très rapidement (en 2014-2015), Emmaüs International a formulé des rappels écrits et organisé des réunions de recadrage avec les acteurs du Bénin pour rappeler les objectifs, le fonctionnement et les tâches à réaliser.

Puis, au début de 2016, face à l'inertie des élu-e-s de l'association, Emmaüs International a décidé de faire « table rase » de la gouvernance en cours (membres du bureau et du conseil d'administration, poste de référent national). Une mission a été organisée en octobre 2016 pour travailler avec les acteurs sur les objectifs et les tâches à accomplir. Elle a composé une nouvelle équipe/groupe de volontaires qui, durant six à huit mois, a accompagné ce travail en vue de la réalisation d'une évaluation.

Celle-ci a montré qu'une démarche plus sérieuse de suivi et d'exécution de certaines tâches avait bien été initiée, mais que le travail n'était pas terminé. Le comité exécutif d'Emmaüs International a alors accordé six mois supplémentaires pour l'achèvement du travail et la préparation d'une assemblée générale pour le début de 2018.

Mais, à dire vrai, le travail nécessaire à la préparation de cette assemblée générale n'a jamais pu aboutir et les membres volontaires – dont la fonction devait être temporaire – n'ont pas souhaité poursuivre leur action. De son côté, depuis 2018, Emmaüs International n'a pas été en mesure d'entreprendre une nouvelle mission pour évaluer et redynamiser le travail.

A ce jour, la vie associative de la mutuelle au Bénin est donc inexistante. Il n'y a ni animation, ni réflexion, ni proposition, ni choix d'orientation..., ce qui handicape la mutuelle et les mutualistes. Seuls le comité national de gestion (référénts locaux) et le médecin-conseil – qui suivent les questions de santé (remboursements, cotisations, séances d'éducation à la santé, lien avec les structures sanitaires conventionnées) – sont opérationnels et la secrétaire nationale d'Emmaüs Bénin a pris en charge quelques tâches et fonctions (coordination du comité national de gestion, rapports annuels et financiers), alors que cela ne relève pas de son rôle.

GOUVERNANCE AU SEIN DE LA MUTUELLE AU BURKINA FASO

Au Burkina Faso, l'assemblée constitutive, en novembre 2013, a mis en place une équipe d'élus représentative des groupes, qui s'est rapidement mise au travail :

- > Réunions régulières du bureau (chaque mois), du conseil d'administration (tous les trois mois minimum), du conseil d'administration élargi si nécessaire, avec parfois une décentralisation dans les groupes ;
- > Accompagnement et suivi du travail des référents locaux, de celui du médecin-conseil (jusqu'en 2016), du comité national de gestion ;
- > Suivi des conventionnements ;
- > Rencontres avec les responsables de groupe, avec la direction des structures sanitaires si nécessaire, avec d'autres mutuelles associatives au Burkina ;
- > Rencontres avec les points focaux des structures sanitaires conventionnées, organisation de journées de formation des points focaux ;
- > Participation au groupe gouvernemental de concertation sur les mutuelles au Burkina Faso, rapport annuel d'activité et financier, tenue du planning des activités, collaboration avec Emmaüs International...

L'association, ici, a pleinement assumé son rôle. Elle s'est efforcée d'impliquer les acteurs. Elle a cherché des solutions et des alternatives.

Si, en raison des problèmes sécuritaires prévalant au Burkina Faso en 2014 et 2015, Emmaüs International et l'équipe des élus de la mutuelle ont rencontré des difficultés pour se réunir sereinement, cela a néanmoins été possible. Toutefois, l'assemblée générale suivante n'a cependant pu se dérouler qu'en 2016 (18 février). Elle a reconduit l'équipe du conseil d'administration en place.

Aujourd'hui, les espaces de gouvernance sont les suivants :

- > **Le conseil d'administration** : il se réunit au moins trois fois par an pour faire le point sur les avancées, le travail du bureau et des différents acteurs, pour échanger sur les problématiques en cours et leur évolution, et faire des recommandations ;
- > **Le conseil d'administration élargi** : le conseil d'administration élargi se compose des membres du conseil d'administration auxquels s'ajoutent les responsables de groupe. Il se réunit pour tenter de trouver des solutions lorsque des difficultés sont identifiées ou pour informer les responsables de groupe des évolutions de la mutuelle (à titre d'exemple, le conseil d'administration élargi a pris des décisions concernant le règlement trimestriel des cotisations, l'engagement d'une contribution financière annuelle de 200 000 francs CFA pour chaque groupe). Au Burkina Faso, le conseil d'administration élargi s'est retrouvé deux fois par an depuis 2014 ;
- > **Le bureau (président, vice-président, trésorier, secrétaire)** : les membres du bureau suivent les affaires courantes de la mutuelle. Ils appliquent concrètement les orientations de l'assemblée générale et du conseil d'administration. Le bureau suit le travail des différents acteurs, s'assure du respect des missions et rôles, fait des propositions, si nécessaire, sur chaque objectif de la mutuelle. Un à deux membres (dont le président) participent à chaque comité national de gestion (CNG) pour traiter les problématiques soulevées par ce dernier après chaque rencontre et analyser les évolutions... Le bureau est en lien constant avec les référents locaux et le CNG, à qui des consignes de travail strictes sont données pour un fonctionnement amélioré et une meilleure visibilité ;
- > **Le comité de contrôle** (trois membres élus tous les trois ans par l'assemblée générale parmi les adhérents non administrateurs) : le comité de contrôle vérifie la régularité des opérations comptables, la tenue de la comptabilité, la caisse et les comptes bancaires, ainsi que la bonne gouvernance de la mutuelle. Les résultats de ses travaux doivent être consignés dans un rapport écrit communiqué au président du conseil d'administration avant l'assemblée générale. En réalité, ce comité de contrôle n'a jamais pu se réunir du fait de l'indisponibilité des membres qui le composaient. Un audit externe sur la comptabilité a été effectué en 2016, suivi d'un rapport avec des recommandations sur la tenue de la comptabilité, mises en œuvre en 2017.

Pour terminer, il convient d'ajouter que si des missions et des moments de recadrage ont également été nécessaires au Burkina Faso, ils ne concernaient pas la gouvernance (se reporter sur ce point à la sous-partie consacrée à l'animation locale).

GOVERNANCE AU SEIN DES MUTUELLES EN ASIE

En Inde et au Bangladesh, la constitution d'une association formelle indépendante étant très contraignante, les mutuelles sont juridiquement rattachées aux associations de Tara en Inde et de Thanapara au Bangladesh, en tant qu'actions sociales de terrain.

En dépit d'un mode de fonctionnement différent, les mutuelles d'Asie conservent des similitudes avec les mutuelles d'Afrique, notamment la volonté d'impliquer les plus exclu·e·s et la création d'espaces collectifs de travail et de réflexion.

GOVERNANCE AU SEIN DE LA MUTUELLE A TARA (INDE)

Tara est un groupe Emmaüs très développé, au sein duquel des milliers de personnes se côtoient, avec des champs d'action variés. Il déploie de nombreuses activités : microcrédit, accompagnement de porteur-euse-s de projet, filières économiques d'artisanat. Il œuvre aussi en faveur de l'accès à des droits fondamentaux comme l'éducation ou la santé. Tara met également en place des groupes d'information et de parole (sur le droit des femmes, sur les violences qui leur sont faites, par exemple...) et propose des formations (informatique, animation communautaire...).

Pour gérer et suivre toutes ces activités, Tara fonctionne avec une approche holistique par territoire. Le groupe a pour habitude de gérer des projets multiples. Il tente de trouver des solutions aux difficultés qu'il rencontre sur le terrain depuis quarante ans.

Pour une grande part, les salariés de Tara se composent, outre les services de direction et d'administration, de travailleurs sociaux et de chefs de projet qui coordonnent et animent les divers territoires et programmes.

Du fait de son mode de fonctionnement (sous la forme d'une gestion de projet, ce qui est différent de l'accompagnement d'une dynamique devant être à terme prise en main par les personnes concernées), mais aussi parce que la population n'a pas, dans sa grande majorité, accès à l'éducation, l'objectif de favoriser l'implication des mutualistes dans la gestion et la coordination de la mutuelle constitue un véritable défi pour Tara.

En d'autres termes, il n'y a pas de gouvernance à proprement parler. Ceci étant, puisqu'il est difficile, sur le plan juridique, de créer une association de personnes, Tara pourrait, avec un accompagnement du Mouvement, s'efforcer d'impliquer les mutualistes dans un cadre plus informel et concrétiser une autre forme de gouvernance.

Des éléments fonctionnent néanmoins et d'autres ont été mis en place progressivement, qui pourraient constituer une base solide pour l'instauration d'une gouvernance réelle des acteurs :

- > **Une réunion annuelle des mutualistes** est organisée depuis 2012, mais pas de manière institutionnelle comme l'est une assemblée générale. Son rôle est plus informatif (rapports annuels d'activité et financiers), même si quelques points discutés au préalable y sont entérinés. Ce rassemblement annuel a pris le nom d'« assemblée générale » depuis 2017 ;
- > **Des représentant-e-s communautaires** volontaires sont élus pour deux ans lors des assemblées annuelles. Ces huit représentant-e-s (dont cinq à six agissent réellement) sont impliqué-e-s dans le suivi et le travail quotidien du centre de santé et disposent de la signature sur le compte bancaire local. Ces représentant-e-s participent à l'organisation et au déroulement des « camps de santé » et peuvent intervenir en urgence lorsque le centre de santé de la mutuelle est fermé. Ils et elles contribuent au travail sur les adhésions, au comité mensuel de remboursement, aux discussions de petits groupes (*health talks/Focus groups discussion*), à la formation des jeunes volontaires, au comité de pilotage. Depuis peu, quatre à cinq des représentant-e-s communautaires assurant activement ce poste sont des travailleuses de la santé. Les représentant-e-s communautaires sont formé-e-s par Tara sur la mutuelle, ses valeurs et ses objectifs, ainsi que sur Emmaüs International ;
- > **L'implication des mutualistes** : il s'agit en l'occurrence pour Tara d'informer les mutualistes des changements et des évolutions, de leur expliquer les procédures au sein de la mutuelle, de les faire participer et réfléchir aux différents aspects et aux décisions relatives à la mutuelle (règles et processus à mettre en place, mode d'adhésion, cotisations, remboursement des hospitalisations...). Impliquer 2 368 mutualistes est un défi de taille. Tara concentre son action sur la famille et non sur l'individu (il y a 608 familles et 8 individus) et s'efforce d'obtenir

l'implication d'une personne par famille. Aujourd'hui, 80 % environ des familles participent. Sur le plan concret, l'action de Tara passe par différents biais : par les *focus groups discussion* (FGD), au sein desquels sont abordés le fonctionnement de la mutuelle, le système de solidarité, les règles, l'organisation, les objectifs et Emmaüs International ; par les groupes de discussion sur des thématiques de santé (*health talks*) ; par les actions de terrain, où les travailleurs sociaux de Tara, les représentant-e-s communautaires et des jeunes membres impliqués (volontaires de Badarpur) suivent chacun un nombre de familles défini dans une zone du quartier.

GOVERNANCE AU SEIN DE LA MUTUELLE A THANAPARA (BANGLADESH)

De par son histoire et sa situation géographique, Thanapara bénéficie d'atouts : la notoriété acquise au fil des ans sur le territoire, sa proximité avec la population environnante et la confiance des salariés et des personnes avec lesquelles le groupe travaille.

Impliquer les mutualistes dans la gestion et la coordination de la mutuelle selon les objectifs d'Emmaüs International reste néanmoins un véritable challenge pour Thanapara. Le groupe paraît en effet rencontrer des difficultés pour mettre en place les différents espaces prévus, et ce bien que des espaces de formation, de travail et de réflexion pour les mutualistes aient été organisés dès le départ : un comité de pilotage local semble s'être réuni en 2016, 2017 et 2018 et des temps de discussion avec les mutualistes presque exclusivement axés sur des thèmes d'éducation et de sensibilisation à la santé, ainsi que des échanges en petits groupes (*focus groups discussion*) pour aborder les questions structurelles et d'évolution de la mutuelle, ont été aménagés.

Des raisons, déjà évoquées, ont également rendu plus ardue la mise en œuvre d'une bonne gouvernance (problèmes économiques, accident de santé du directeur, pénurie de personnes capables de mener un travail d'animation de la gouvernance et de coordination de la mutuelle).

Des espaces ont néanmoins été définis et des rôles identifiés. Il s'agit désormais, pour le Mouvement, d'accompagner Thanapara vers une concrétisation du processus (organisation de l'animation, définition des rôles, de la coordination, renforcement des capacités...).

Les éléments existants sont les suivants :

- > **Une assemblée générale** : depuis 2014, une assemblée générale est organisée chaque année, le 7 avril, lors de la Journée mondiale de la santé. Un état des lieux des activités mises en œuvre lors de l'année écoulée et des données financières sont communiqués ; les activités planifiées et le budget de l'année suivante sont proposés et validés. L'assemblée élit ses représentants. Elle constitue également un moment convivial où tous les mutualistes se retrouvent, ce qui permet de renforcer la communauté et le sentiment d'appartenance à la mutuelle ;
- > **Des représentant-e-s élu-e-s** : parmi les mutualistes, six représentant-e-s sont élu-e-s, qui participent au comité de pilotage local. Ils et elles font le lien entre les groupes de mutualistes en ce qui concerne les informations à connaître (dates des « camps de santé » et des séances d'éducation à la santé) ou les points sur lesquels une réflexion est nécessaire (sur la mutuelle, son organisation, ses perspectives...) ;
- > **L'implication des mutualistes** : en théorie, les mutualistes sont impliqués au sein des espaces de travail et de réflexion existants : assemblée générale annuelle, *focus groups discussion* (FGD). Dans la réalité, Thanapara n'a pas les moyens de mettre en œuvre et d'animer ces FGD.

b. L'animation des mutuelles (rôle des acteurs)

Même si la gouvernance est un point fondamental des mutuelles, l'animation reste indispensable pour faire vivre ces systèmes de solidarité. Une fois encore, elle est organisée d'une manière différente selon les territoires, les contextes et les capacités des groupes. L'animation des mutuelles nécessite un suivi et un dynamisme d'autant plus importants que les acteurs qui les composent aujourd'hui sont nombreux.

Le rôle de chaque acteur est essentiel. Pour que cela fonctionne, chacun doit jouer sa partition : mutualiste, responsable de groupe, référent·e local·e, élu·e au bureau et au conseil d'administration. Les référent·e·s et les responsables de groupe ont une fonction d'animation fondamentale à l'échelle locale et doivent être pleinement engagés.

ANIMATION DES MUTUELLES EN AFRIQUE

L'ANIMATION DE LA MUTUELLE AU BURKINA FASO

A l'exception des années 2019 et 2020, qui constituent des périodes exceptionnelles, les membres et acteurs de la mutuelle se sont réunis très régulièrement et de nombreuses connexions ont été établies.

Les acteurs

Les référents locaux

Il s'agit de salarié·e·s des groupes mis à disposition sur une partie de leur temps de travail pour réaliser les missions et tâches à accomplir dans le cadre de la mutuelle. Outre leur salaire, ils reçoivent une indemnité mensuelle et constituent le maillon central du programme. Ces référents assurent le lien sur le plan local avec les mutualistes, les structures sanitaires conventionnées, le responsable du groupe, l'association et ses instances. Ils participent également chaque mois au comité national de gestion.

Leur travail est essentiel et leurs tâches nombreuses, tout comme leurs responsabilités dans le fonctionnement et l'animation locale. Ils sont formés par la mutuelle de façon continue et épaulés par les membres du bureau (chaque membre élu du bureau étant issu d'un groupe différent).

Emmaüs International et la mutuelle comptent aussi sur les responsables de groupe pour soutenir les référent·e·s, mettre à leur disposition les espaces et les outils de travail nécessaires à la réalisation des tâches, les aider dans leurs démarches ou la planification de leur travail. Dans les faits, certains référents locaux ne reçoivent pas cet appui de leur responsable de groupe. Pour d'autres, le travail est parfaitement mené, planifié, suivi. C'est du reste dans ces groupes que l'on trouve des mutualistes informés et sensibilisés qui ont l'habitude de faire des propositions lors des rencontres trimestrielles.

La secrétaire d'Emmaüs Burkina Faso

La secrétaire comptable d'Emmaüs Burkina Faso consacre 20 % de son temps de travail à la mutuelle. Son salaire est donc pris en charge à 20 % par la mutuelle (frais de fonctionnement). Elle participe chaque mois au comité national de gestion, fait la synthèse mensuelle de l'examen des adhésions, cotisations, prestations de santé, activités menées par les référents et responsables, contribution annuelle des groupes...

Elle assure le lien entre le bureau et les référents, ainsi qu’avec Emmaüs International pour tous les documents relatifs à la mutuelle.

Un problème important reste l’inactivité de l’organisation nationale Emmaüs Burkina Faso. Depuis des années, celle-ci ne suscite pas de rencontres et n’élabore pas de thèmes de travail commun ou de budget, ce qui a des conséquences non négligeables sur la mutuelle :

- > Absence de soutien et lacunes en matière d’animation ;
- > Nécessité pour la mutuelle de prendre en charge des coûts de fonctionnement supplémentaires (photocopieuse...) ;
- > Impact direct sur les conditions de travail de la secrétaire, avec un lieu de travail déplacé dans une maison en tôle dans les faubourgs de Ouagadougou.

Les responsables de groupe

Les responsables de groupe sont chargés par Emmaüs International du bon développement de la mutuelle. Ils doivent avoir une visibilité sur ce qui doit être fait et sur ce qui est réalisé au sein du groupe et de son territoire. Cela passe par différentes missions :

- > Suivre et appuyer le travail du référent local ;
- > Encourager la mise en place de nouveaux conventionnements ;
- > Soutenir l’instauration d’une stratégie locale d’élargissement du nombre d’adhérents ;
- > Participer à la réflexion collective ou à la résolution de problèmes à l’échelle locale et nationale ;
- > S’assurer du règlement dans les temps des cotisations trimestrielles ;
- > Vérifier le versement de la contribution financière annuelle du groupe ;
- > Participer au conseil d’administration élargi de la mutuelle.

Or, depuis de nombreuses années, l’implication souvent faible, voire minimale, des différents responsables ne change pas.

Le médecin-conseil

Au Burkina Faso, il y a eu un médecin-conseil entre 2011 et 2016, mais son contrat a été rompu par Emmaüs International en raison d’un travail peu satisfaisant. Des démarches pour recruter un autre médecin-conseil ont été engagées, mais elles sont restées infructueuses pour le moment. Le bureau a donc décidé de s’appuyer sur des points focaux d’appui conseil (PFAC) identifiés dans chaque localité pour assurer partiellement certaines tâches du médecin-conseil. Ce processus aurait dû être contractualisé en 2020, mais le contexte de l’an passé a contraint à un report de l’opération.

Les points focaux d’appui conseil (PFAC)

L’objectif des PFAC est d’apporter localement un soutien aux référent·e·s – qui ne sont pas des agents de santé – dans le contrôle des factures et autres demandes de remboursement, dans la réalisation de séances de sensibilisation ou d’éducation à la santé, mais aussi dans leurs liens avec les différentes structures sanitaires conventionnées. Ces personnes doivent réaliser un rapport d’activité chaque trimestre et sont rémunérées (indemnités mensuelles). Pour chaque localité, les PFAC sont un des points focaux des structures sanitaires conventionnées.

Les points focaux des structures sanitaires conventionnées

Les points focaux sont les personnes qui assurent le lien, au niveau de chaque structure sanitaire conventionnée, avec le référent local. Ces personnes sont formées par la mutuelle sur les processus (tiers payant, documents de liaison) et prestations remboursées ou exclues de la mutuelle et sont les référents internes de leur structure pour les autres agents de santé qui y travaillent.

Les espaces

Le comité national de gestion

Organe technique chargé de la gestion des adhésions, des cotisations, des prestations et de la sensibilisation/information des mutualistes, le comité national de gestion est composé des quatre référents locaux. Il se réunit douze fois par an, soit une fois au début de chaque mois. Il bénéficie de l'assistance de la secrétaire comptable d'Emmaüs Burkina Faso et du soutien d'un ou deux membres du bureau.

Les restitutions trimestrielles des référent·e·s aux mutualistes

A l'origine, les référent·e·s devaient, après chaque rencontre du CNG, faire un retour systématique aux mutualistes sur l'état des lieux du mois écoulé. Au vu de la faible animation locale dans la majorité des groupes, le bureau a décidé en 2016 d'imposer un minimum d'une restitution trimestrielle auprès des membres mutualistes. Elle doit comprendre des informations précises : chiffres du mois passé, décisions du CNG, du bureau et du conseil d'administration, dates des prochaines sessions d'éducation à la santé, ordre du jour des prochains conseils d'administration (de manière à pouvoir recueillir les avis et susciter des échanges ou des propositions...).

Rencontres de formation des points focaux des structures sanitaires conventionnées

La mise en place, à deux reprises, de journées de rencontre-présentation-formation a été déclenchée par des remarques des mutualistes sur le fait que leurs droits n'étaient pas toujours respectés dans le cadre des conventions établies. L'objectif de ces rencontres était de rectifier la méconnaissance des principes de la mutuelle, de son fonctionnement et des outils de liaison par certains points focaux.

L'ANIMATION AU SEIN DE LA MUTUELLE AU BENIN

Les acteurs

Les référents locaux

Comme au Burkina Faso, les référents locaux sont des salarié·e·s des groupes qui mettent une partie de leur temps de travail à la disposition de la mutuelle. Au Bénin, les référent·e·s s'efforcent de remédier aux nombreuses carences des autres acteurs : absence de gouvernance – et donc d'élue·e·s de la mutuelle –, défaut d'implication locale des responsables de groupe, défaillance de la structure nationale Emmaüs Bénin et accompagnement trop limité d'Emmaüs International. Du fait de ce manque de soutien, on constate une démotivation croissante des référent·e·s.

La secrétaire d'Emmaüs Bénin

De la même manière qu'au Burkina Faso, 20 % du temps de travail de la secrétaire comptable d'Emmaüs Bénin est consacré à la mutuelle (20 % de son salaire est donc également pris en charge par celle-ci). La secrétaire a les mêmes missions et tâches à effectuer, mais elle est aussi chargée, depuis 2016, de coordonner le travail du CNG avec les référents et le médecin-conseil.

Du fait de l'échec de la préparation d'une assemblée générale par le groupe de volontaires en 2016-2017 (cf. La gouvernance au Bénin), cette secrétaire assure en outre le lien avec Emmaüs International pour le reporting mensuel et la réalisation des rapports d'activité et financiers.

Les responsables de groupe

L'implication des responsables de groupe est, au Bénin également, défailante depuis plusieurs années, et plus encore depuis 2018. Leur rôle, pourtant indispensable dans la mécanique de la mutuelle, n'est pas assuré et les missions qui y sont rattachées ne sont remplies ni localement ni au niveau d'Emmaüs Bénin.

Le médecin-conseil

Au Bénin, le médecin-conseil est lié par un contrat direct avec Emmaüs International. Ce contrat est renouvelé chaque année après évaluation. Le médecin-conseil suit la mutuelle depuis 2009, il a participé à tous les CNG sans exception et envoie un rapport d'activité tous les six mois. Il est chargé des missions suivantes :

- > Participation au comité national de gestion une fois par mois : contrôle des factures et ordonnances (examen des demandes de remboursement), appui à la rédaction du rapport mensuel du CNG ainsi qu'aux analyses rapides l'accompagnant, « formation » sur le long terme des référent-e-s (sur les règles de base du contrôle et sur des thématiques de santé simples) ;
- > Poursuite de la démarche de conventionnement et du tiers payant ;
- > Organisation une fois par trimestre des actions d'éducation à la santé auprès des mutualistes, dans les groupes Emmaüs ;
- > Accompagnement, impulsion et conseil des différents acteurs dans leur travail.

Dans les faits, alors que la gouvernance et l'animation nationale de la mutuelle au Bénin sont inexistantes depuis de nombreuses années, le médecin-conseil est véritablement investi et il représente un soutien important pour les référent-e-s et la secrétaire nationale. Aux yeux de ce médecin en effet, la mutuelle constitue une alternative face à la défaillance de la politique publique dans le domaine de la santé.

Les espaces

Le comité national de gestion

L'organisation du CNG et ses tâches sont les mêmes qu'au Burkina Faso : gestion des activités liées aux adhésions, cotisations, prestations et à la sensibilisation/information des mutualistes. Il se réunit également douze fois par an, soit une fois au début de chaque mois.

Les relais dans les structures sanitaires conventionnées

Au Bénin, contrairement à ce qui a été instauré au Burkina Faso, la collaboration entre les groupes/référents locaux et les relais au sein des structures conventionnées n'est pas formalisée. Il s'agit souvent de contacts téléphoniques lors de l'étude des dossiers de remboursement par le comité national de gestion, par exemple afin d'expliquer l'absence de prise en charge de certaines prestations facturées (sur la base des documents fournis et de la liste des prestations et médicaments exclus).

Les restitutions des référents auprès des mutualistes

Eu égard à la nécessité d'impliquer davantage les mutualistes, afin qu'ils comprennent mieux les enjeux de la mutuelle, cette activité doit manifestement être revue.

ANIMATION DES MUTUELLES EN ASIE

En Asie, même si le travail à réaliser est identique à celui à mener en Afrique, l'animation et les modes opératoires sont bien sûr impactés par les éléments développés précédemment au sujet des mutuelles d'Asie.

L'ANIMATION AU SEIN DE LA MUTUELLE A TARA

Les acteurs

- > **Les travailleurs sociaux** : ils jouent un rôle important dans l'animation actuelle de la mutuelle et assurent un lien indispensable avec les mutualistes. L'un d'eux, infirmier et ambulancier, est présent à temps plein au centre de santé, tandis que deux à trois autres consacrent 50 % de leur temps à la mutuelle (pris en charge par Tara). Leurs missions consistent à organiser et participer à la campagne d'adhésion annuelle (juillet- septembre), ainsi qu'à mettre en place des actions de sensibilisation à la mutuelle pour les habitants du quartier de Badarpur. Ils prennent également part aux groupes de discussion (FGD), de même qu'à l'animation des diverses réflexions (*health talks*) et actions de santé (dont les « camps de santé ») organisées au centre. Ils effectuent en outre des visites au domicile des mutualistes (dans le cadre d'un suivi sanitaire ou de la sensibilisation) ;
- > **Le manager du programme de santé** : le manager planifie et suit les activités de la mutuelle. Il dirige l'équipe locale sur le terrain et organise les réunions mensuelles d'étude des remboursements. Il contrôle régulièrement les activités du centre et participe aux diverses actions de terrain. Il réalise le plan de formation pour les représentants communautaires et les volontaires, et crée les outils nécessaires à cet égard. Il planifie, organise et anime la réunion annuelle. Le manager encourage l'organisation et l'animation de réunions communautaires (FGD, *health talks*...). Il développe et consolide les partenariats avec les structures sanitaires locales. Enfin, il prend en charge un certain nombre de tâches administratives (rapports mensuels, suivi financier, lien avec Emmaüs International – réunions, échange d'informations, envoi de documents – et avec la direction de Tara) ;
- > **Le médecin et l'infirmier du centre de santé** : le médecin et l'infirmier sont les professionnels de santé du centre de Badarpur. Le premier assure les consultations médicales au centre, il délivre les médicaments et oriente les patients vers le réseau des partenaires de santé si nécessaire. Pour les mutualistes, en cas d'urgence, il est joignable par téléphone. Il coordonne également les soins de l'hôpital de jour. L'infirmier, quant à lui, outre les missions assurées avec les travailleurs sociaux (*cf. ci-avant*), apporte une aide quotidienne au médecin dans le centre de santé, à l'hôpital de jour et durant les « camps de santé » : contrôle de la pression artérielle, autres mesures, assistance pour les soins de physiothérapie, réalisation des pansements, suivi des patients et de leur pathologie, visites à domicile ;
- > **Les représentant·e·s communautaires (RC)** : très impliqué·e·s, ces représentant·e·s travaillent en lien étroit avec les travailleurs sociaux de Tara. Ce sont des habitant·e·s du quartier, mutualistes, et occupant majoritairement un emploi dans le domaine de la santé par ailleurs ;
- > **Les volontaires (*health workers*)** : issus du quartier Badarpur, ces jeunes volontaires apportent leur appui depuis 2019. Il s'agit, pour la plupart d'entre eux, d'enfants de mutualistes qui cherchent du travail, une activité ou à être formés. L'équipe de la mutuelle

leur dispense une formation trois jours par semaine durant trois mois (deux mois pour l'aspect théorique, un mois pour la formation pratique). A la suite de ce processus, d'un examen final et d'une évaluation de terrain, ils obtiennent un certificat délivré par Tara. Chaque session comprend huit jeunes volontaires. Sur le plan concret, ces volontaires contribuent très concrètement aux activités liées à la santé, à l'information et à la sensibilisation, ainsi qu'au travail de proximité dans le quartier. S'ils ne sont considérés ni comme des stagiaires ni comme des salariés, ils sont néanmoins indemnisés.

Les espaces

Les espaces destinés à impliquer les mutualistes et à renforcer les capacités et connaissances (FGD et « health talks »)

Si ces espaces de formation au fonctionnement de la mutuelle et de sensibilisation à des thématiques de santé ne permettent pas encore l'implication concrète des mutualistes dans la gestion de la mutuelle, ils présentent l'intérêt de constituer des temps d'animation et de transmission d'informations, mais aussi de compréhension de l'« outil » mutuelle et de ses objectifs.

Ils renforcent également, chez les adhérent·e·s et les bénéficiaires, le sentiment d'appartenance à une collectivité mutualiste. Pour chaque thématique abordée, les rencontres se déroulent par petits groupes (ce qui nécessite une planification constante) dans un grand espace dédié, au deuxième étage du centre de santé. Un autre lieu du quartier doit être prochainement réhabilité (2021) et destiné à des formations et actions de sensibilisation.

Le comité de pilotage local

Créé depuis 2017, il se compose des représentant·e·s communautaires, d'un travailleur social, du médecin et de l'équipe de Tara en charge du projet (directrice, manager du programme et travailleur social). Ce comité a pour mission de planifier les actions et opérations de terrain, de suivre les performances stratégiques de la mutuelle, d'améliorer le travail en réseau avec d'autres organisations.

Le comité de remboursement

Il se réunit chaque mois pour faire le point sur les remboursements des frais de santé des mutualistes. Composé des représentant·e·s communautaires, du médecin, du travailleur social du centre et du manager du programme, il étudie les demandes de remboursement à partir des factures et décide du taux et du montant à rembourser au regard du document de politique générale de la mutuelle. Les mutualistes sollicitant un remboursement assistent à ce comité et le taux appliqué ainsi que le montant remboursé (ou pas) leur sont expliqués.

Le centre de santé

Le centre de santé, construit au début de 2011, est désormais une institution dans le quartier. Outre les activités liées à la santé qui y sont développées au quotidien, d'autres activités de Tara s'y déroulent (sessions de formation, notamment au premier étage du bâtiment). Il est devenu au fil du temps un espace de lien social essentiel au sein de la communauté de Badarpur.

L'ANIMATION DE LA MUTUELLE A THANAPARA

Les acteurs

- > **Le directeur de Thanapara et le coordinateur du programme** : le directeur du programme, très investi dès le début, a été freiné par son problème de santé et personne n'a pu reprendre le travail d'animation de la gouvernance pendant son absence et sa convalescence. Il est toutefois aidé par le manager de l'équipe « artisanat » depuis 2018 pour la coordination du programme ;
- > **Le chauffeur** : employé par Thanapara, ce chauffeur est mis à disposition par le groupe si nécessaire pour conduire l'ambulance ;
- > **Le comptable de Thanapara** est également mis à disposition à la fin de chaque mois, afin de faire le point sur les dépenses et recettes. Il tient à jour le suivi des cotisations et ressources liées aux prestations de santé, ainsi que celui des dépenses réalisées dans le cadre du programme ;
- > **Des représentant·e·s élu·e·s** : élu·e·s en assemblée générale, les six représentant·e·s travaillent en lien étroit avec les membres du comité de pilotage. Ils et elles sont en contact avec les mutualistes de leur groupe de travail quotidien pour fournir des informations et assurer une sensibilisation si besoin, et sont également chargé·e·s de récupérer les cotisations mensuelles des mutualistes ;
- > **L'infirmier** : il assure les consultations au centre, délivre les médicaments, oriente les mutualistes vers les hôpitaux ou les cliniques si nécessaire. Pour les mutualistes, il est joignable par téléphone en cas d'urgence. Il tient les registres liés aux soins prodigués dans le centre et suit les outils de reporting d'Emmaüs International en matière de santé. Il anime également, avec le directeur de Thanapara, les séances d'éducation à la santé et organise les « camps de santé ».

Les espaces

Les espaces destinés à impliquer les mutualistes et à renforcer les capacités et connaissances (FGD et « health talks »)

Si des espaces existent pour maintenir le lien avec les mutualistes, les sensibiliser et les impliquer, ils ont rarement pu être mis en œuvre. Plus clairement, l'organisation de *health talks* est maintenue, mais les FGD, davantage axés sur la réflexion et la participation des mutualistes aux questions relatives à la mutuelle en tant qu'outil, ne sont pas mis en place.

Le comité de pilotage local

Composé des représentant·e·s élu·e·s, du directeur de Thanapara et des responsables de programme (école, artisanat...), le comité de pilotage local se réunit théoriquement tous les mois. Il examine et évalue l'application des activités validées par l'assemblée générale, contrôle les recettes et les dépenses. Les deux à trois premières réunions du comité de pilotage sont consacrées à la formation des nouveaux représentant·e·s élu·e·s sur les objectifs et les questions de service et de gouvernance au sein de la mutuelle, dispensée par le directeur et l'infirmier.

Les membres du comité de pilotage issus de l'assemblée générale assurent le lien sur le territoire avec les différents groupes de mutualistes et deux membres au moins de ce comité sont présents lors des séances d'éducation à la santé.

Le centre de santé

Le centre de santé, qui existait avant la mise en place de la mutuelle, a été amélioré, réinstallé dans un autre local au sein du groupe et inauguré en 2011. S’y déroulent les consultations, mais aussi les « camps de santé ».

c. Les outils de gestion et de suivi

Aujourd’hui, si certains outils sont communs, chaque mutuelle s’organise avec des outils qualitatifs et quantitatifs, plus ou moins évolués, qui lui sont propres. On peut distinguer deux types d’outils : ceux qui concernent la gestion et ceux qui servent au suivi.

LES OUTILS DE GESTION ET DE REPORTING EN AFRIQUE

En Afrique, les mutuelles ont débuté sur les mêmes bases en termes d’outils. Les outils de gestion, renouvelés en 2013, sont identiques dans ces deux pays. En revanche, les outils de reporting, communs au départ, ont évolué dans le temps avec la pratique et enregistrent aujourd’hui quelques différences.

Les outils de gestion

Huit outils de gestion sont utilisés :

- > **La carte de membre** : chaque membre a une carte de mutualiste, sur laquelle sont aussi inscrits les différents membres de la famille (avec leur photo) bénéficiant des prestations offertes par la mutuelle. Cet outil permet l’identification à l’extérieur et renforce le sentiment d’appartenance à la mutuelle. Au Burkina Faso, des nouvelles cartes magnétiques sont en cours de création ;
- > **La fiche d’adhésion** : la fiche d’adhésion est un outil de gestion (format papier) qui reste au niveau du référent. Elle permet le suivi individualisé de chaque famille ;
- > **Le registre des adhésions** : ce registre (format papier) recense toutes les adhésions. Constamment mis à jour par le référent local de chaque groupe, il permet d’observer l’évolution des adhésions ;
- > **La fiche de renseignement** : la fiche de renseignement est un document papier distribué à tous les membres mutualistes. Elle fournit des informations sur Emmaüs International, sur la mutuelle santé, ainsi que sur les droits et devoirs des mutualistes ;
- > **Le registre des prestations** : ce registre (format papier) permet au référent local de chaque groupe d’enregistrer les prestations de manière exhaustive et d’étudier le niveau de consommation des soins par famille et par structure sanitaire conventionnée ;
- > **Les conventions** : des conventions ont été créées dans chaque mutuelle (Bénin et Burkina Faso) pour fixer le cadre des partenariats. Il existe une convention pour chaque structure sanitaire conventionnée, qu’il s’agisse d’un centre de santé, d’un hôpital, d’une clinique ou d’une pharmacie... Toutes les conventions sont consignées au niveau du secrétariat national ;
- > **L’attestation de soins** : ce document (plusieurs feuillets de papier) est un outil de liaison et de suivi des soins avec les structures sanitaires qui dispensent des prestations aux mutualistes ;
- > **Le registre des cotisations** : ce registre (format papier) est utilisé par les référents locaux des groupes pour compiler et suivre le paiement des cotisations ;

- > **Le registre des recettes et dépenses** : ce registre (informatisé) est tenu par le secrétariat de chaque organisation nationale, en lien avec les élu-e-s et le comité national de gestion, pour suivre les recettes et dépenses.

Les outils de reporting

En ce qui concerne ces outils, on relève des différences sur la forme comme sur le fond. Assurément, un travail doit être réalisé pour repenser la cohérence des outils de reporting existants :

- > **La synthèse mensuelle** : il s'agit de l'outil le plus utile pour le suivi de l'évolution des principaux indicateurs de la mutuelle. Après chaque comité national de gestion, les deux mutuelles produisent en effet un rapport mensuel, avec des éléments chiffrés par groupe et pour l'ensemble de la mutuelle nationale. Emmaüs International réalise son suivi annuel des données quantitatives à partir des informations issues de ces synthèses :
 - Au Bénin, chaque synthèse précise, par groupe et au niveau national, le nombre d'adhérents, les cotisations collectées, les prestations de santé remboursées, l'utilisation du tiers payant, les frais de gestion, le bilan comptable du mois. Il ne s'agit en réalité que de données quantitatives. Il n'y a presque aucune information qualitative ou relative au travail local engagé par les référent-e-s (ce qui est lié, bien sûr, au manque de gouvernance et d'animation locale) ;
 - Au Burkina Faso, on trouve ces mêmes indicateurs de base, mais aussi des informations quantitatives et qualitatives sur l'animation locale : évolution des conventionnements, contribution annuelle des groupes, activités menées par les référent-e-s et les responsables de groupe (réunions avec les mutualistes, rencontres avec les structures sanitaires, point sur l'exécution des décisions du conseil d'administration et du bureau sur le travail des référent-e-s...). On dispose aussi des comptes rendus des entrevues des référent-e-s avec les acteurs locaux.
- > **Les rapports d'activité et financiers** : ils sont réalisés chaque année, mais les conditions de leur rédaction diffèrent :
 - Au Bénin, faute de vie associative depuis 2016, la secrétaire comptable produit, sans l'appui d'aucun acteur de la mutuelle ou responsable de groupe, un rapport sur l'activité de la mutuelle durant l'année écoulée, assorti d'un état financier ;
 - A l'inverse, au Burkina Faso, la mutuelle adresse chaque année son rapport d'activité annuel dûment rempli, avec un état des lieux des indicateurs, une analyse des avancées selon chaque objectif, un exposé des difficultés rencontrées et des perspectives pour de nouveaux objectifs. Le rapport financier, quant à lui, contient toutes les informations liées aux dépenses et recettes de la mutuelle : situation des ressources, type de dépenses, compte de résultats, journal de banque et journal de caisse du 1^{er} janvier au 31 décembre. Ce travail est en grande partie effectué par le président et la secrétaire comptable, mais aussi partagé et enrichi par les membres du bureau.
- > **La planification des activités** : depuis les missions de terrain d'Emmaüs International en 2016, des plannings de travail précis ont été institués. Au Burkina Faso, ces plannings sont utilisés et mis à jour chaque année par l'équipe du bureau, ce qui permet de suivre régulièrement le travail réalisé. Au Bénin, cette tâche, assurée durant quelques mois par la secrétaire nationale avec le groupe d'accompagnement, est aujourd'hui interrompue ;
- > **Les comptes rendus des réunions de l'association (bureau, conseil d'administration)** : au Burkina Faso, un compte rendu est réalisé après chaque réunion de bureau, de conseil

d'administration et de conseil d'administration élargi. Au Bénin, comme évoqué précédemment, il n'y a pas de vie associative ;

- > **Les rapports semestriels du médecin-conseil** : au Burkina Faso, nous l'avons dit, il n'y a plus de médecin-conseil depuis 2016. Au Bénin en revanche, le médecin-conseil envoie un rapport de qualité à la fin de chaque semestre. Il fait le point sur ses missions, livre son analyse en ce qui concerne la participation au comité national de gestion, le contrôle des factures de prestations de soins, l'instauration et l'utilisation du tiers payant, les séances d'éducation à la santé mises en œuvre dans les groupes et communique ses recommandations. Ces rapports permettent à Emmaüs International de bénéficier d'un autre angle d'approche.

LES OUTILS DE GESTION ET DE REPORTING EN ASIE

Des outils de gestion et de reporting ont été construits dès 2011. Pour ce qui est du reporting, les dispositifs ont évolué pour permettre une meilleure appréciation de l'état des lieux et des évolutions.

Les outils de gestion

En Asie, pour la gestion sur le terrain, des outils quasi identiques sont mis en œuvre par Tara et Thanapara :

- > **Une carte de membre/Un carnet d'adhérent** : à Tara, une carte de membre par famille (avec photos) indique l'identité et les liens entre les membres mutualistes de la famille, les informations sur l'adhésion, les règles de la mutuelle ; à Thanapara, un carnet mentionne l'identité du mutualiste et le paiement des cotisations. Il fait également office de carnet de santé (on y trouve l'utilisation des prestations par le mutualiste) ;
- > **Un registre des adhésions** : à Tara, un fichier Excel intègre toutes les données individuelles de chaque membre de la famille (nom, âge, adresse, lien avec l'adhérent principal, lien avec Tara, cotisations, date d'adhésion ou de renouvellement de l'adhésion, échéance de validité de l'adhésion) ; à Thanapara, un registre (format papier) est tenu par l'infirmier du centre de santé ;
- > **Un registre des cotisations** : à Tara, ces informations sont consignées dans le registre des adhésions (fichier Excel) ; à Thanapara, un registre (fichier Excel) indique, par section de mutualistes, si la cotisation de chacun est réglée pour chaque mois et intègre un récapitulatif global ;
- > **Un registre des prestations** : un registre (format papier) est tenu au centre de Tara pour toutes les consultations réalisées ; à Thanapara, il existe six registres (format papier) scrupuleusement remplis : pour les consultations ; pour les examens relatifs au diabète ; pour la surveillance pondérale ; pour le contrôle de la pression artérielle ; pour les « camps de santé » ; enfin, pour les demandes de remboursement de soins hospitaliers ;
- > **Des outils de suivi budgétaire** : pour les deux mutuelles, il n'y a pas de format ou d'outil dédié au suivi budgétaire autre que l'outil de reporting d'Emmaüs International. Les budgets sont revus régulièrement lors des réunions du comité de pilotage local à Tara et à Thanapara. Les comptes de chaque groupe suivent les budgets ;
- > **Un document écrit pour les partenariats** : un *Memorandum of Understanding* (MOU) existe avec chaque partenaire privé à Tara et avec les hôpitaux publics et cliniques privées à Thanapara ;
- > **Un document de politique générale** : ce document fondamental décrit le cadre de l'accès à la santé pour les mutualistes, ainsi que leurs droits et devoirs (règlement intérieur). Il

précise jusqu'à la tarification des prestations et des remboursements de soins. Ce document est disponible à Tara, mais pas encore à Thanapara.

Les outils de reporting

Au début des mutuelles, des outils ont été construits avec l'experte en charge du suivi et de l'accompagnement. Les outils de reporting de Tara et de Thanapara sont identiques et informatisés :

- > **Le suivi des adhésions (fichier Excel)** : pour tenir à jour les adhésions, un outil assez complet a été développé dans les deux groupes. A Tara, c'est le même que celui qui sert d'outil de gestion. Avec quelques améliorations, il pourrait constituer un modèle pour les trois autres mutuelles ;
- > **Le suivi des cotisations (fichier Excel)** : à Tara, c'est dans l'outil de suivi des adhésions que sont intégrées les informations liées aux cotisations (au vu de la cotisation annuelle) ; à Thanapara, un fichier Excel de suivi du règlement des adhésions par famille et par personne a été créé. Il est tenu par section (artisan·e·s-producteur·rice·s, membres de l'école formelle, membres du microcrédit, salarié·e·s...) ;
- > **Le suivi de l'utilisation des prestations de santé (fichier Excel)** : à Tara comme à Thanapara, l'outil prend en compte les informations sur les différentes prestations utilisées par les mutualistes. Un onglet spécifique est consacré aux consultations médicales des centres de santé, un autre aux hospitalisations, un aux soins de physiothérapie, un aux séances d'éducation à la santé. Les éléments budgétaires sont intégrés dans cet outil : coût des actes, charge pour les mutualistes... En l'état, le dispositif permet d'avoir un aperçu satisfaisant et régulier des activités et prestations de santé développées. Un onglet récapitulatif synthétise les éléments par prestation. Retravaillé, cet outil pourrait être partagé avec les mutuelles africaines ;
- > **Le budget (fichier Excel)** : dans les deux groupes, l'outil est général et propose une photo annuelle des dépenses et des recettes de la mutuelle. Certaines données font toujours défaut ou sont mal ventilées (souvent faute d'accompagnement). Il est donc désormais indispensable de mettre en place un outil de suivi plus régulier (mensuel) à partir des activités mutualistes et des grands livres de comptabilité ;
- > **Les rapports annuels d'activité** : Tara et Thanapara envoient régulièrement des rapports annuels. Il serait néanmoins intéressant d'élaborer une trame de rapport annuel susceptible de convenir aux quatre mutuelles afin de bénéficier d'une vision d'ensemble des programmes.

d. Les états financiers et l'autosuffisance des mutuelles

Un système de santé, une mutuelle, ne sont que rarement autonomes sur le plan financier. C'est pourquoi il convient de s'interroger sur la situation des mutuelles développées par le Mouvement :

- > Qu'en est-il de leur état financier ?
- > Y a-t-il eu des évolutions depuis le début et si oui, lesquelles ?
- > Quelles sont les ressources et dépenses prises en compte dans les budgets globaux ?

Le budget des mutuelles du Mouvement comporte plusieurs parties :

- > Les ressources sont essentiellement issues des cotisations, mais selon le territoire et le contexte, les mutuelles tentent de chercher d'autres ressources ;

- > Les remboursements des soins dans les mutuelles en Afrique, mais aussi les achats de médicaments dans les mutuelles en Asie constituent les dépenses de santé ;
- > Les dépenses de fonctionnement sont indispensables pour faire vivre les systèmes mutualistes : il s'agit des frais occasionnés par les espaces de rencontre et d'échange, et du temps de travail régulier des acteurs opérationnels... Des salaires, parties de salaire ou indemnités relèvent également de cette part du budget des mutuelles.

Outre le ratio « cotisations-prestations » déjà vu précédemment, le taux d'autosuffisance globale prend en compte d'autres postes de ressources, mais surtout de dépenses, afin d'obtenir un panorama complet de l'autonomie financière de la mutuelle.

EN AFRIQUE

Les ressources et les dépenses du Bénin sont presque identiques à celles du Burkina Faso.

En termes de ressources

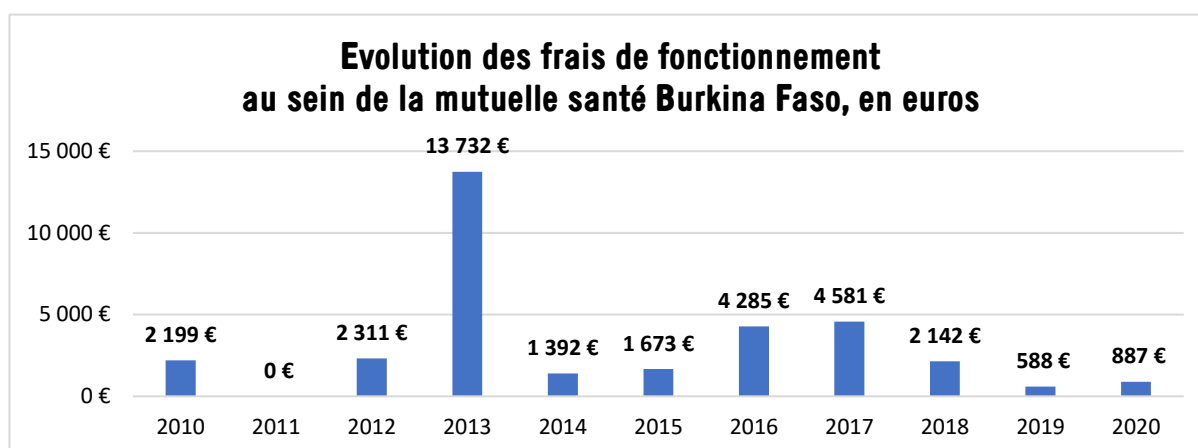
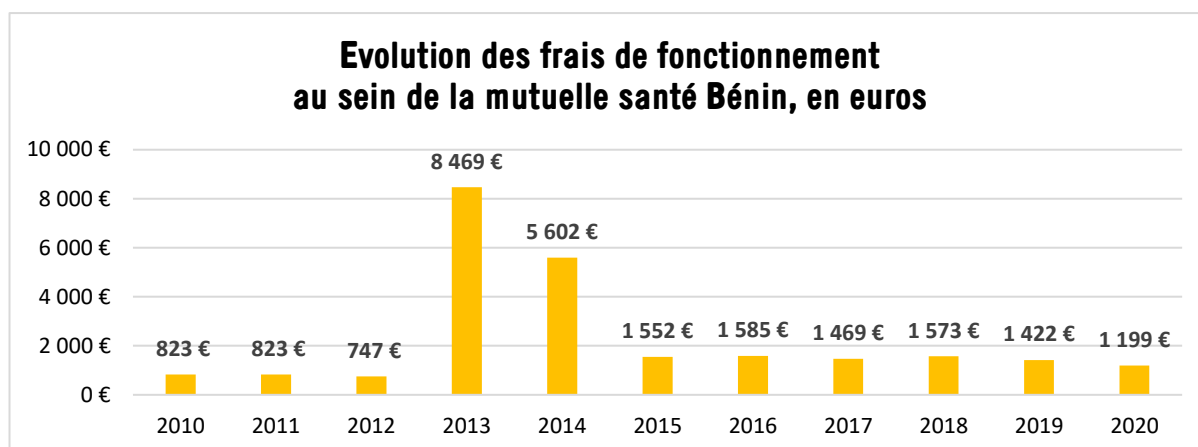
Outre les cotisations, on trouve en Afrique deux types de ressources :

- > Depuis 2016, une contribution annuelle des groupes de 200 000 FCFA a été actée au Bénin et au Burkina Faso pour participer aux frais de fonctionnement. Ceci étant, au Bénin, cet engagement n'a été tenu que pour l'année 2016, tandis qu'au Burkina Faso, un seul groupe a pleinement respecté son engagement chaque année ;
- > Depuis 2018, au Bénin, deux conteneurs de matériel médical ont permis d'approvisionner les plateaux techniques des structures sanitaires conventionnées. Au Burkina Faso, la vente de deux conteneurs de matériel a, quant à elle, servi à renflouer les caisses de la mutuelle et à faire face à des dépenses de santé exceptionnelles particulièrement élevées. Il serait, du reste, intéressant d'analyser et d'évaluer l'impact de cette initiative pour une éventuelle extension du mécanisme.

En termes de dépenses

Les dépenses de fonctionnement sont également semblables, ou presque, au Bénin et au Burkina Faso. Les postes de dépenses sont les suivants :

- > Frais occasionnés par les réunions des comités nationaux de gestion ;
- > Frais relatifs aux rencontres de la vie associative (bureau, conseil d'administration, conseil d'administration élargi), parfois décentralisées ;
- > Frais nécessités par les contacts avec les acteurs locaux (structures sanitaires conventionnées), les mutualistes et les groupes si besoin ;
- > Frais de secrétariat (téléphone, photocopies, fournitures...) ;
- > Frais de production d'outils de gestion (renouvellement ou création de cartes d'adhérent...) ;
- > Indemnités ou salaires (indemnités des référents locaux, prise en charge de 20 % du salaire de la secrétaire comptable de l'organisation nationale pour le temps de travail consacré à la mutuelle)



NB : Chiffres 2011 non communiqués.

Si pour la période 2010-2020, l'évolution globale des frais de fonctionnement est assez similaire entre les deux pays, certaines années appellent néanmoins des commentaires.

On l'a vu, les années 2013 et 2014 sont celles des assemblées constitutives des mutuelles (AGC). Aux frais de fonctionnement habituels décrits précédemment se sont donc ajoutés les coûts de l'organisation et du déroulement de ces assemblées et du long travail de sensibilisation et de préparation préalable : réunion dans les groupes, avec les mutualistes, production de nouveaux outils de gestion, formation du personnel de toutes les structures sanitaires aux évolutions à venir, frais de rencontre des comités d'organisation des AGC.

Au Burkina Faso, l'augmentation des frais des années 2016 et 2017 est à mettre au compte de la relance de la dynamique d'animation après les missions d'Emmaüs International : le bureau de la mutuelle a multiplié les rencontres, il s'est déplacé pour accompagner et appuyer les référents locaux dans leur travail, il a mis en œuvre la visite d'autres systèmes mutualistes existant au Burkina Faso... Quant à la baisse des coûts des années 2019 et 2020, elle est liée au contexte sécuritaire et sanitaire.

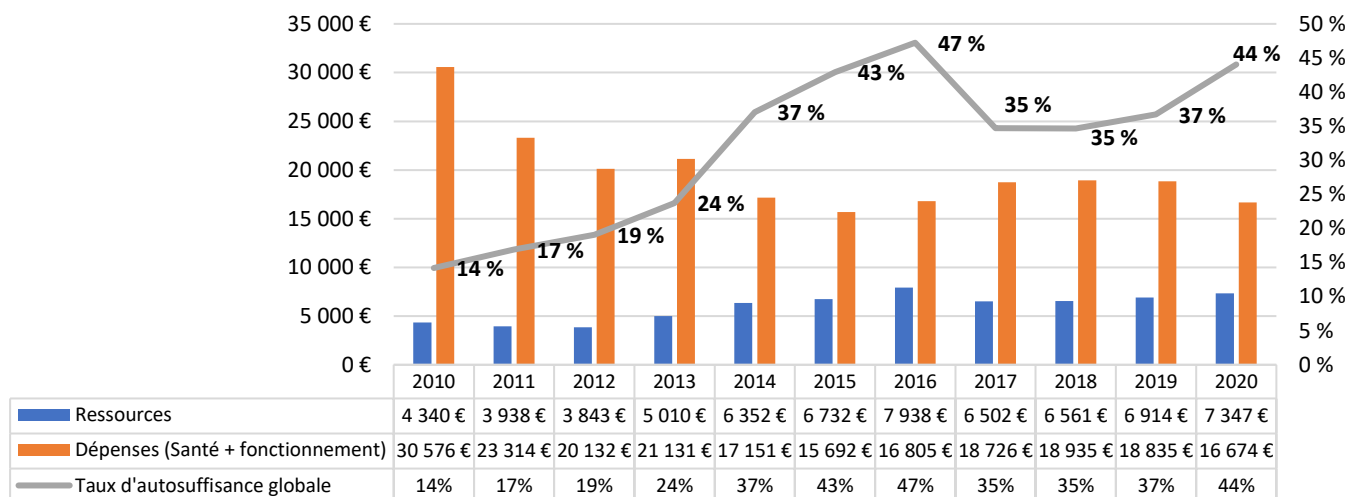
L'autosuffisance financière des mutuelles en Afrique

A partir des dépenses de fonctionnement et de santé, il est possible d'apprécier l'évolution de l'autosuffisance des mutuelles.

Au Bénin (cf. graphique ci-après), les dépenses de santé de 2013 et 2014 sont inférieures à celles des années précédentes et suivantes, ce qui explique le moindre impact des dépenses liées à la préparation et au déroulement de l'assemblée générale.

L'année 2016 est, quant à elle, la seule année où tous les groupes du Bénin ont versé leur contribution annuelle

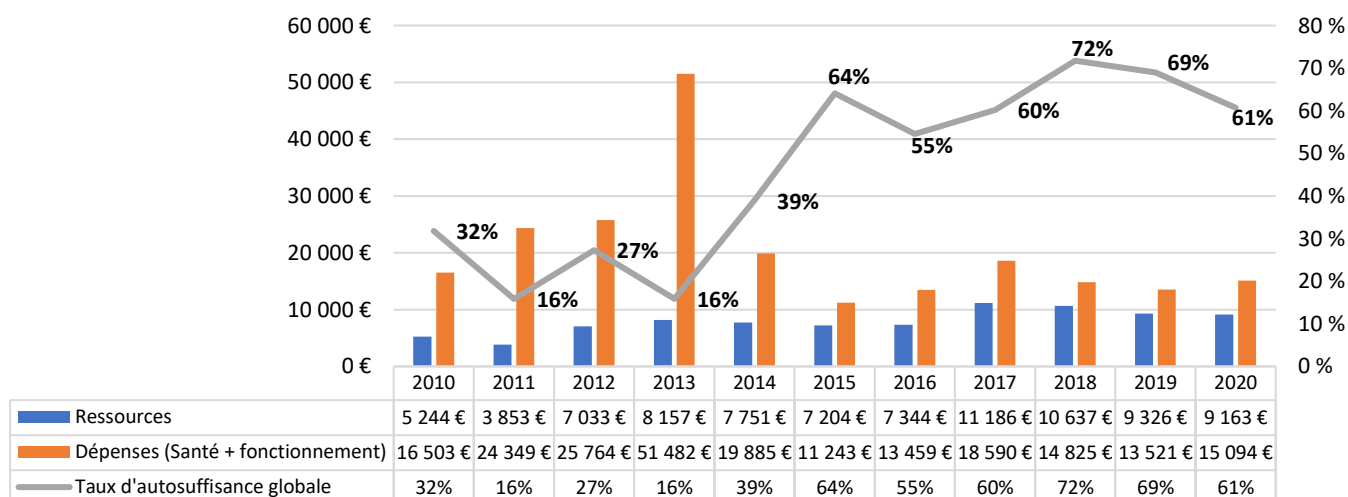
Evolution du taux d'autosuffisance globale de la mutuelle au Bénin, entre 2010 et 2020



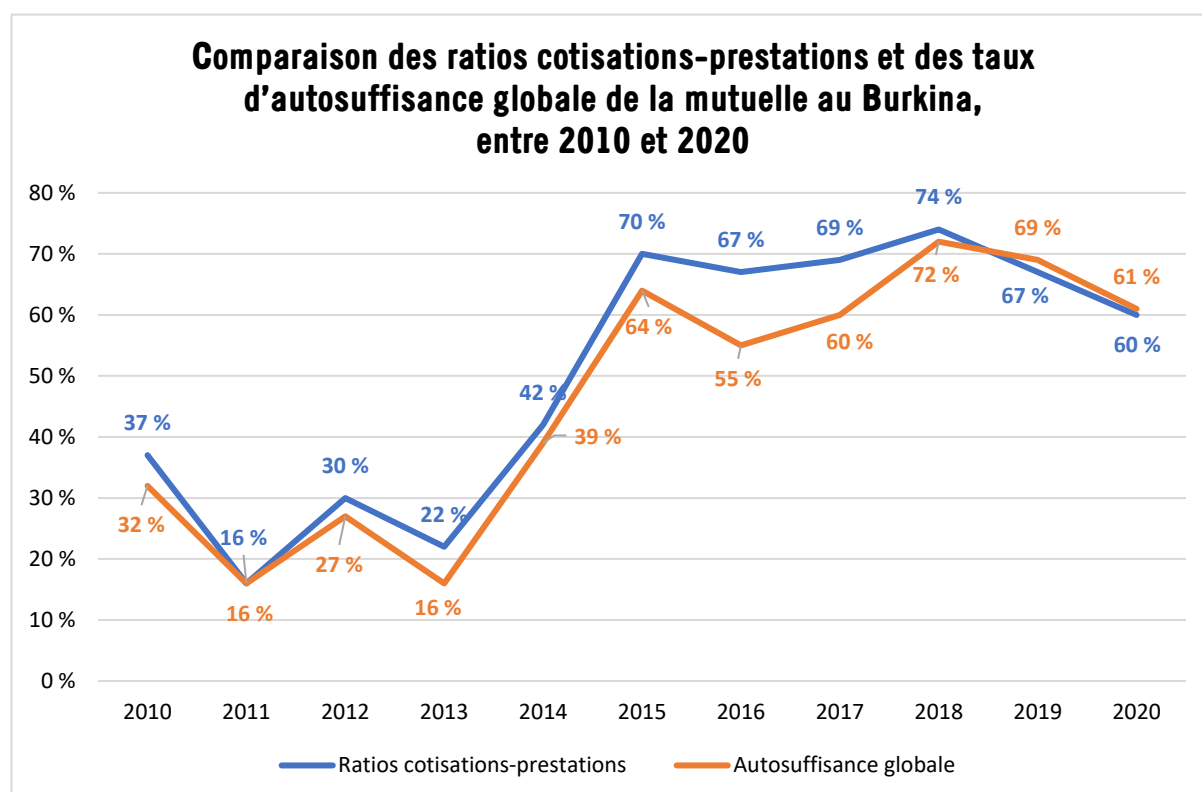
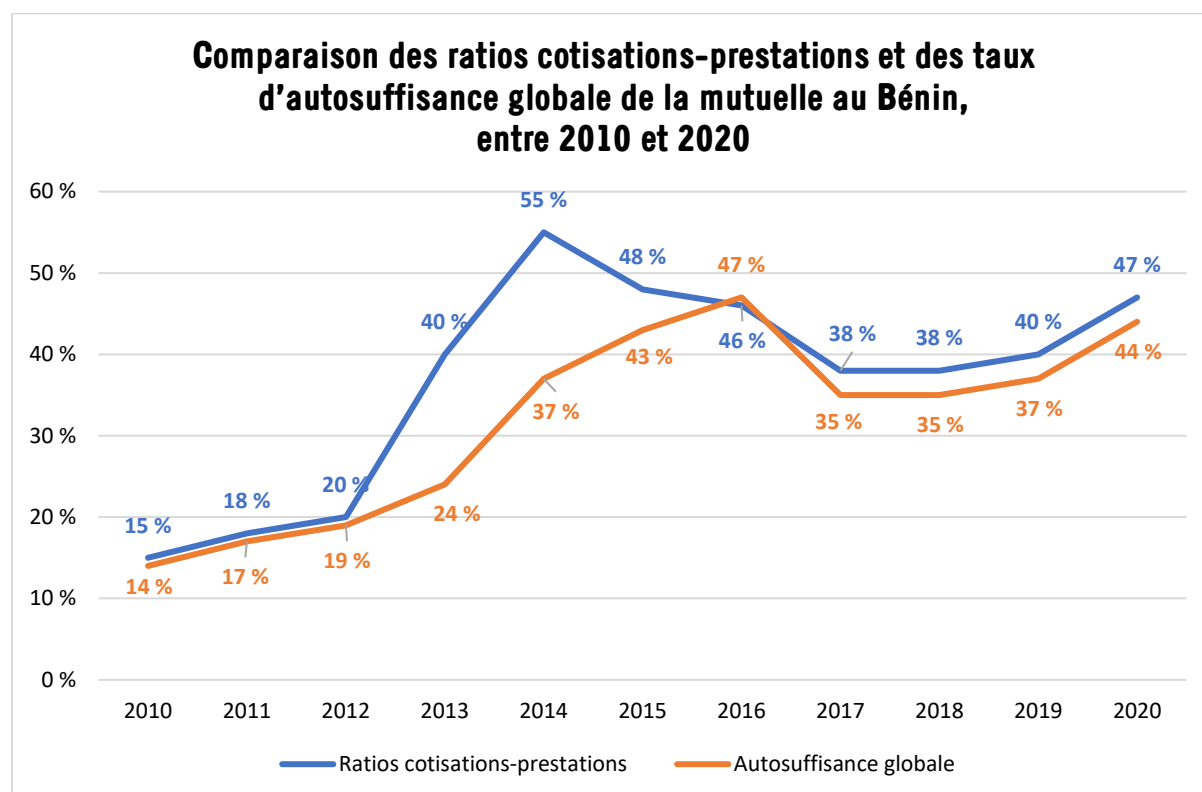
Pour ce qui est du Burkina Faso, plusieurs éléments permettent d'éclairer le graphique qui suit :

- > En 2011 et 2012, les règles de contrôle strict des ordonnances et factures de santé n'étaient pas encore en vigueur ;
- > Les années 2013 et 2014 sont visiblement impactées par les dépenses de fonctionnement très élevées liées à la préparation et au déroulement de l'assemblée générale ;
- > L'année 2015 a été marquée par une forte insécurité dans le pays qui, en limitant les déplacements et rencontres, a réduit de manière assez marquée les coûts de fonctionnement ;
- > En 2017, 2018 et 2019, les groupes du Burkina Faso ont réglé pour partie leur contribution annuelle.

Evolution du taux d'autosuffisance globale de la mutuelle au Burkina, entre 2010 et 2020



Comparaison de l'évolution des ratios « cotisations-prestations » et du taux d'autosuffisance globale



Si l'on compare les deux courbes d'évolution, plusieurs constatations s'imposent.

On peut ainsi relever que le ratio « cotisations-prestations » et le taux d'autosuffisance globale s'améliorent nettement dès 2013 pour le Bénin et le Burkina Faso à la suite de la réforme.

On observe également l'impact des frais de fonctionnement liés à l'assemblée générale pour 2013 et 2014.

Par ailleurs, la chute de la courbe en 2016 au Bénin paraît mettre en évidence la quasi-absence de vie associative et une animation qui fonctionne *a minima* depuis cette date.

A l'inverse, la croissance observée de 2016 à 2018 au Burkina Faso témoigne d'une vie associative dynamique, le fléchissement enregistré en 2019-2020 étant à mettre au compte des difficultés pour se rassembler liées au contexte local.

EN ASIE

Comme nous l'avons déjà mentionné dans les parties précédentes, les ressources et dépenses en Asie diffèrent de celles des mutuelles en Afrique.

En termes de ressources

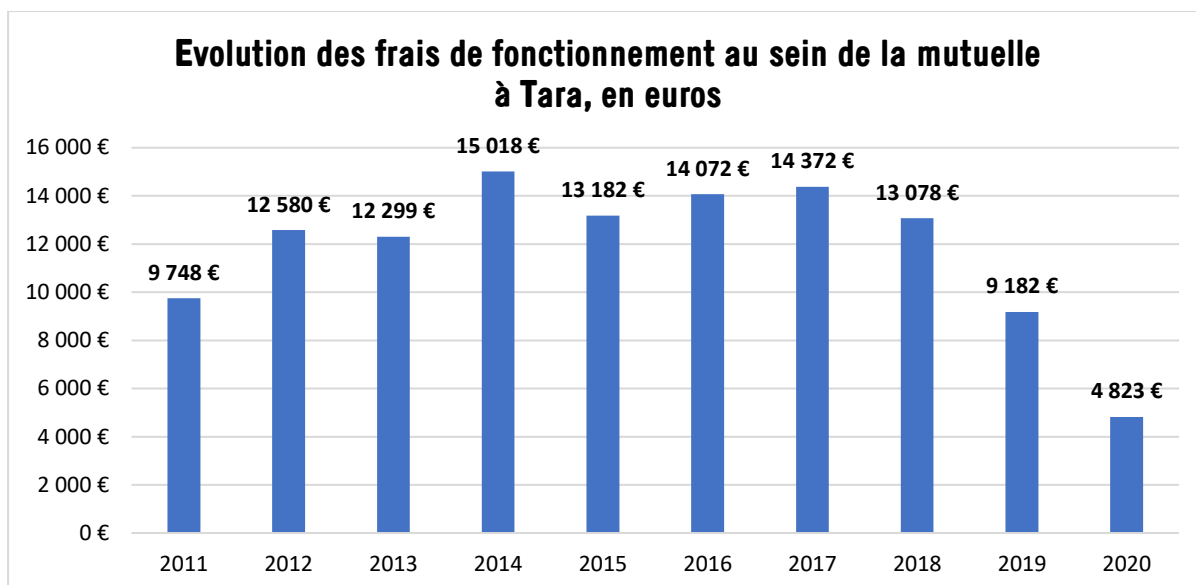
En Asie, les ressources des mutuelles comprennent les cotisations, mais aussi les ressources liées à la vente de prestations de santé au sein des centres de santé. Pour des raisons structurelles, l'Asie ne peut pas bénéficier de l'envoi de conteneurs par Emmaüs.

Les mutuelles d'Asie ont en outre une spécificité importante : conformément aux conseils dispensés par l'experte en matière de santé qui a accompagné ces mutuelles à l'origine, les cotisations perçues par les deux mutuelles sont mises de côté et cumulées au fur et à mesure des années afin de constituer un fonds de prévoyance pour d'éventuels coûts de santé exceptionnels (fonds d'urgence). A Tara, ce fonds s'élevait à 5 276 € à la fin de 2020 ; à Thanapara, cette réserve de cotisations, augmentée des fonds annuels d'Emmaüs International non dépensés, atteignait 13 241 € à la fin de 2020.

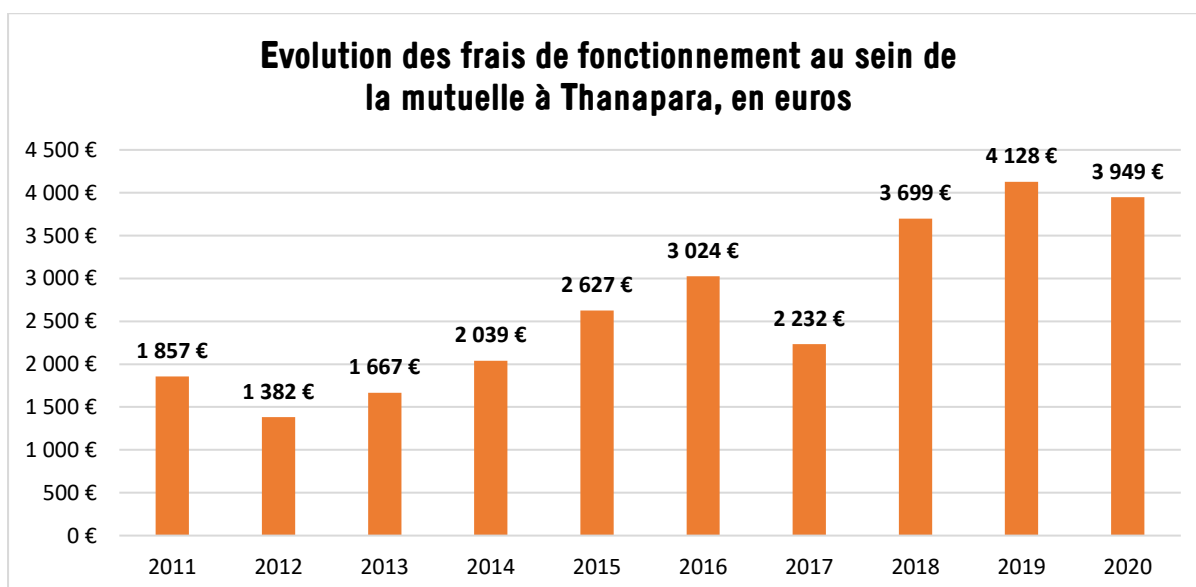
En termes de dépenses

Il s'agit des dépenses liées aux rencontres, à l'enquête annuelle de satisfaction, aux coûts de production d'outils de gestion (cartes de membre et photos), à la tenue des comités de pilotage local, aux frais administratifs divers.

La masse salariale de fonctionnement est distincte de la masse salariale dédiée à l'accès à la santé : manager de projet et comptable pour Tara ; coordinateur de projet, comptable et chauffeur de l'ambulance pour Thanapara.



Force est de constater que les dépenses liées au fonctionnement sont particulièrement élevées à Tara (sauf pour 2020, qui est une année exceptionnelle du fait de la pandémie): les coûts de fonctionnement du centre (factures d'eau, d'électricité...) et les deux salaires – comptabilisés au prorata du temps de travail consacré à la mutuelle (manager du projet et comptable) – représentent chaque année 80 % à 90 % de ces frais.

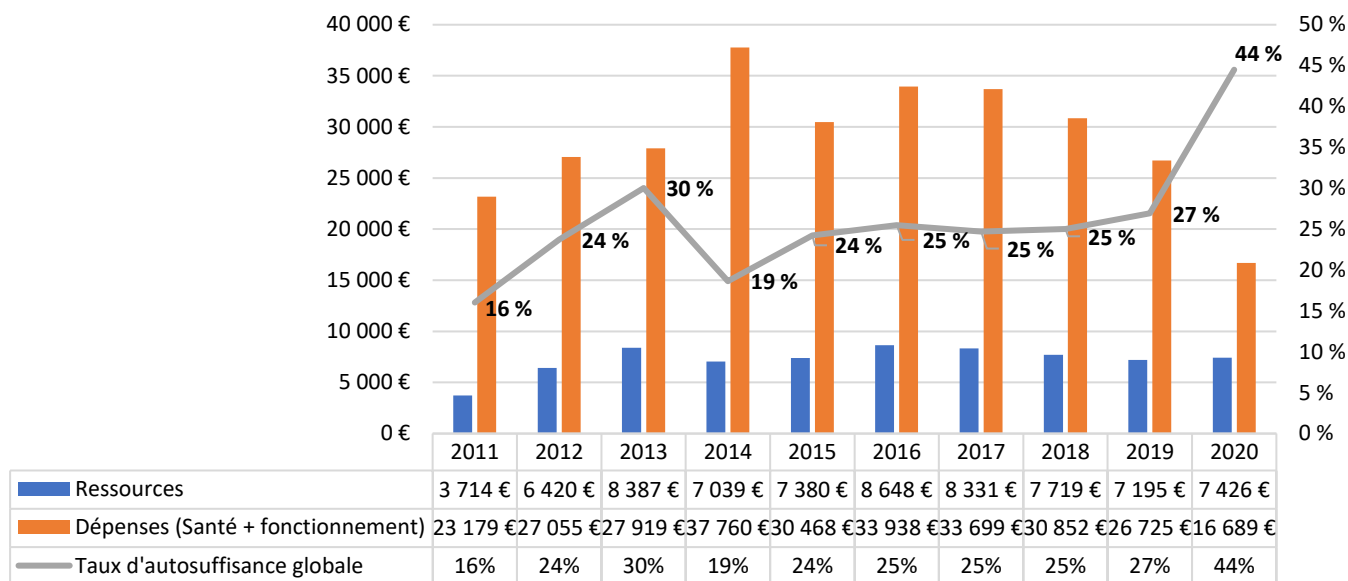


Là encore, le poste le plus élevé dans les dépenses de fonctionnement reste la masse salariale (coordinateur du projet, comptable et chauffeur), avec une nette hausse au cours des trois dernières années.

L'autosuffisance financière des mutuelles en Asie

A partir des dépenses de fonctionnement et de santé, il est possible d'apprécier l'évolution de l'autosuffisance des mutuelles.

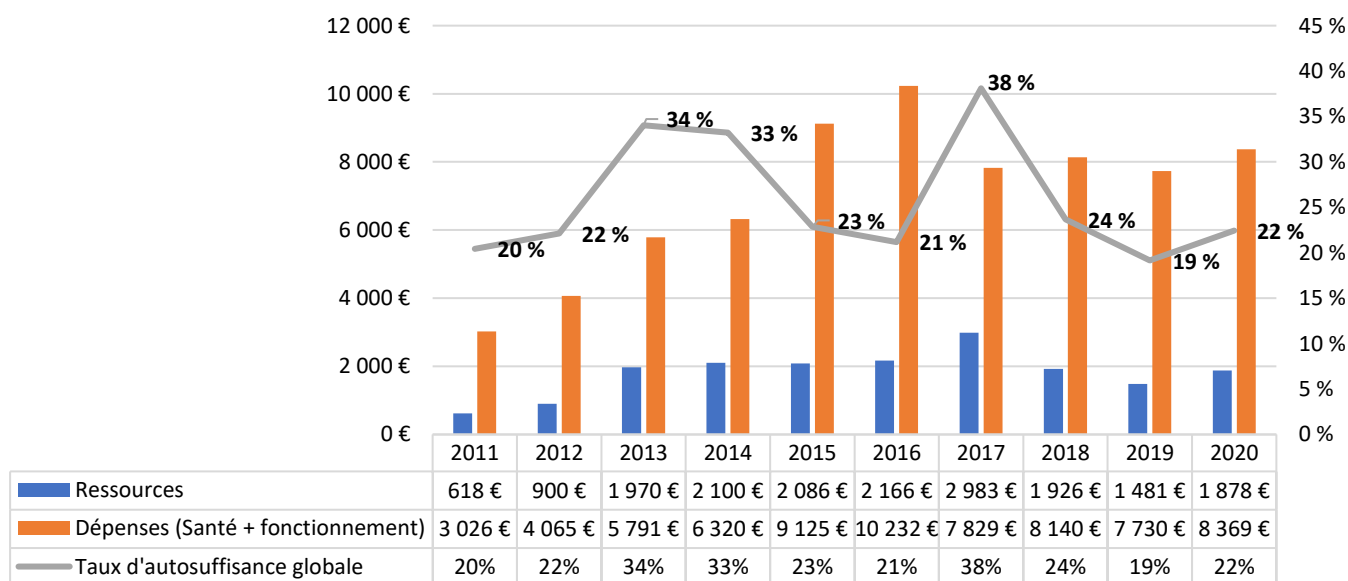
Evolution du taux d'autosuffisance globale de la mutuelle à Tara, entre 2011 et 2020



Globalement, pour une année « normale », les dépenses totales se situent entre 27 000 € et 35 000 € pour des ressources variant de 7 000 € à 8 500 €, soit une autosuffisance de 30 % environ.

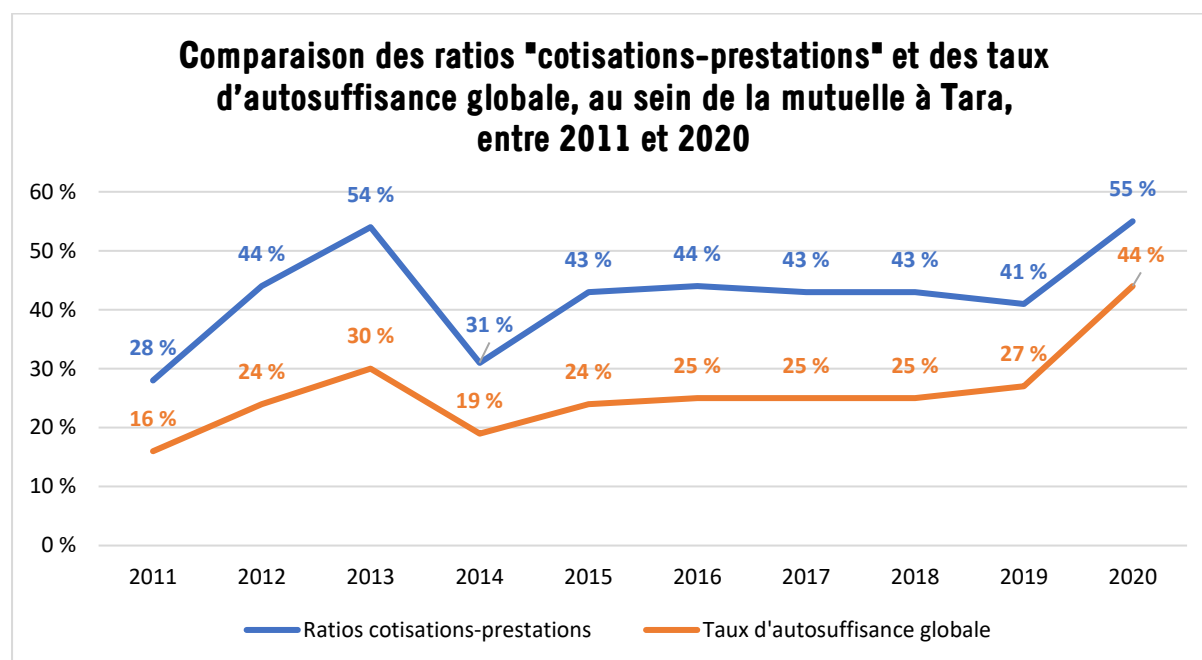
Précisons que le budget alloué par Emmaüs International est le même depuis le début, soit 15 000 € par an. Le reste est pris en charge par Tara chaque année, ce qui témoigne d'un véritable investissement de l'association pour maintenir le fonctionnement de la mutuelle

Evolution du taux d'autosuffisance globale de la mutuelle à Thanapara, entre 2011 et 2020

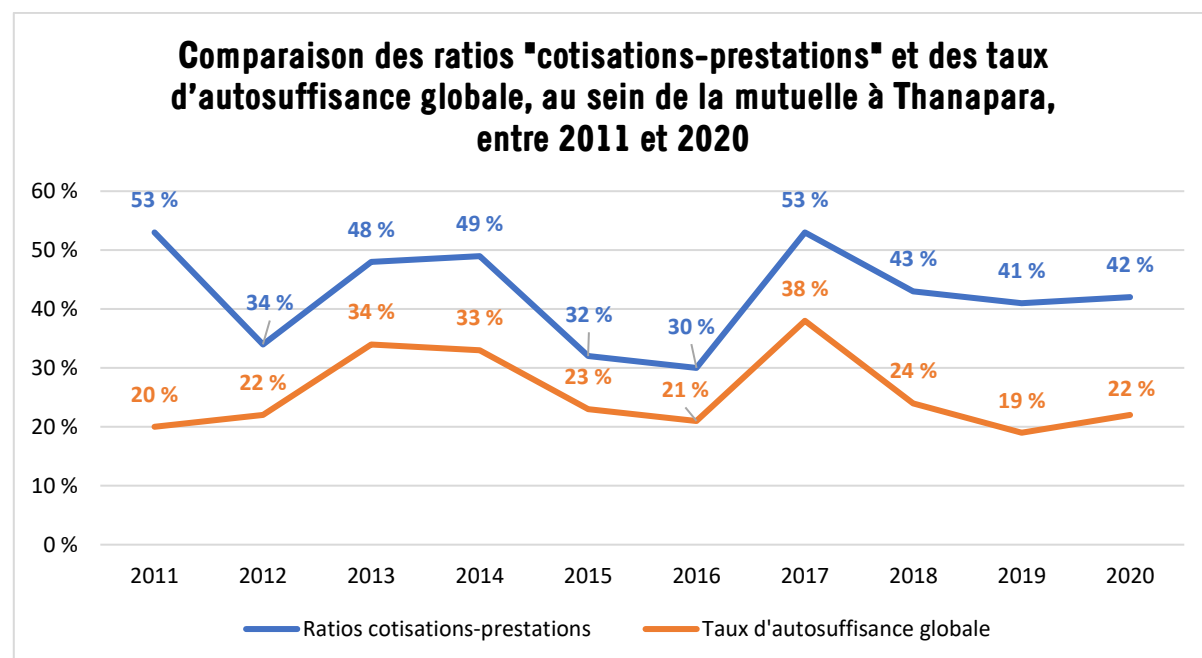


Une fois encore, on constate l'irrégularité des taux d'autosuffisance. L'augmentation croissante de certains coûts de fonctionnement doit, quant à elle, encore être analysée.

Comparaison de l'évolution des ratios « cotisations-prestations » et du taux d'autosuffisance globale



Même s'il n'y a pas de gouvernance à proprement parler, la mutuelle de Tara se caractérise par une véritable dynamique en matière d'actions : on recense des dizaines de temps de sensibilisation ou de réflexion chaque mois, ce qui engendre d'importants coûts de fonctionnement. La masse salariale de fonctionnement représente entre 30 % et 35 % selon les années.



Au sein de la mutuelle à Thanapara, c'est la masse salariale liée au fonctionnement (comptable, chauffeur et coordinateur) qui explique la différence : elle représente entre 10 % et 20 % entre 2013 et 2017, et entre 35 % et 45 % en 2018, 2019 et 2020.

e. Le travail en réseau

Il s'agit d'un axe important du déploiement des mutuelles. Aujourd'hui, seule la mutuelle du Burkina Faso a entrepris de le développer, en orientant son travail sur trois aspects.

Le rapprochement avec des organisations similaires

En 2017 et 2018, le bureau a engagé activement des démarches pour rencontrer d'autres mutuelles existant au Burkina Faso et participer à des échanges d'expériences (découverte des fonctionnements des unes et des autres, mutualisation des pratiques). Grâce à ces contacts, le bureau peut réfléchir à de nouvelles idées pour mettre en œuvre certaines pratiques ou des éléments techniques de fonctionnement.

L'implication au sein d'une dynamique collective nationale

Depuis les années 2010, la mutuelle du Burkina Faso participe à la CAMUS-BF (Concertation des Acteurs de la Mutualité Sociale du Burkina Faso) qui coordonne le travail des acteurs mutualistes du pays. Un bureau de cinq membres y travaille, dont la mutuelle Emmaüs fait partie, associé à un représentant des ONG ASMADE et RAMS, qui appuie la CAMUS et ses adhérents pour le développement des mutuelles santé au Burkina Faso dans leur structuration, leur formation, avec pour objectifs la mise en place d'un mouvement mutualiste à l'échelle nationale et des actions de plaidoyer en faveur d'une assurance-maladie universelle.

La situation sécuritaire du pays n'a malheureusement pas permis d'avancer véritablement sur ce point. En 2019, une fédération des mutuelles sociales a néanmoins été créée, intégrant des mutuelles de différentes formes. Une enquête est en cours pour cartographier plus précisément ces mutuelles (sociales, communautaires...).

Le travail en lien avec les autorités publiques

Sauf dans le cadre de la CAMUS, la mutuelle du Burkina Faso n'a pas de lien direct avec les autorités publiques.

Elle a cependant été approchée par un bureau d'études mandaté par le ministère du Travail et de la Promotion sociale, car des entretiens avec les personnes ressources des organisations mutualistes étaient prévus pour déterminer les besoins et attentes en matière d'indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale.

Une entrevue a donc eu lieu avec la mutuelle, afin d'apprendre quels étaient ses bénéficiaires, les localités d'intervention, les perspectives d'extension, la satisfaction ou les revendications des bénéficiaires...

Aujourd'hui, des expériences pilotes ont débuté sur le territoire national pour l'instauration de l'assurance-maladie universelle.



Présentation des actions de la mutuelle à Tara pendant la période Covid-19 ©Digital Rangrez (2021)

IV. Vue d'ensemble et évaluation des programmes mutualistes d'accès à la santé en 2020

Après avoir proposé une photographie des mutuelles à la fin de 2020 et une analyse de l'impact de la pandémie de Covid-19 sur leur fonctionnement, cette partie dressera un bilan des points forts et des faiblesses des programmes et des acteurs, afin d'identifier les choix stratégiques à faire et les perspectives possibles.

a. Une photographie des mutuelles à la fin de 2020

	<i>MSA Bénin</i>	<i>MSA Burkina Faso</i>	<i>Tara (Inde)</i>	<i>Thanapara (Bangladesh)</i>
<i>Démarrage de la mutuelle</i>	2002	2002	2011	2011
<i>Lieu et contexte des territoires en 2020</i>	Mutuelle nationale (trois groupes concernés : Pahou, AFA, Tohoué) Trois zones éloignées géographiquement (zones rurales et urbaines)	Mutuelle nationale (cinq groupes concernés, dont un en probation : ESO, SEMUS, Pag-la-Yiri, Benebnooma, Wend Yaam) Quatre zones éloignées géographiquement (zones urbaines et rurales)	Expérience pilote d'Asie Zone urbaine, Tajpur Pahadi, zone de Badarpur (banlieue sud de Delhi)	Expérience pilote d'Asie Zone rurale, communauté de Thanapara, village de Sardah
<i>Cibles de la mutuelle</i>	Compagnes, compagnons, salarié·e·s et bénéficiaires des associations Perspective à moyen terme d'élargir à des personnes bénéficiant de microcrédit avec les associations Emmaüs	Compagnes, compagnons, salarié·e·s et bénéficiaires des associations Perspective à moyen terme d'élargir à des personnes bénéficiant de microcrédit avec les associations Emmaüs	Habitants du quartier ayant un lien avec Tara Autres habitants du quartier	Membres du groupe Emmaüs (3 catégories) : membres des familles des salarié·e·s de l'association (255), membres des familles des producteur·rice·s-artisan·e·s (575), membres des familles des enfants scolarisés à Tara (450) Perspective à moyen terme d'élargir aux familles (3 500) déjà bénéficiaires d'un microcrédit (à des fins productives dans le secteur agricole)

Nombre d'adhérents au 31/12/2020 (total : 4 892 adhérents)	937 adhérents	1 002 adhérents	2 368 adhérents	585 adhérents
Le produit santé	Mise en place d'un conventionnement avec des structures de santé (hôpital, clinique, centre de santé, laboratoire d'analyse), afin d'obtenir des tarifs préférentiels, l'identification et la prise en charge automatique des mutualistes et la mise en œuvre du tiers payant Séances de prévention et d'éducation à la santé pour tous les mutualistes une fois par trimestre	Mise en place d'un conventionnement avec des structures de santé (hôpital, clinique, centre de santé, laboratoire d'analyse, pharmacie), afin d'obtenir des tarifs préférentiels, l'identification et la prise en charge automatique des mutualistes et la mise en œuvre du tiers payant Séances de prévention et d'éducation à la santé pour tous les mutualistes une fois par trimestre	Construction d'un centre de santé par Tara au sein du quartier, permettant d'accéder pour un prix modique à des médicaments génériques et de base, une consultation médicale de qualité avec le médecin au centre, une hospitalisation de jour sur place, un contrôle de la pression artérielle, un dosage de la glycémie, des soins de physiothérapie Accès gratuit aux « camps de santé » organisés par Tara (soins oculaires...) Séances régulières de prévention et d'éducation à la santé sur des thèmes courants Tarif préférentiel dans plusieurs laboratoires d'analyses médicales (- 50 %) Référencement vers d'autres hôpitaux (publics ou privés) pour des soins de qualité abordables Gratuité de l'opération de la cataracte pour les mutualistes au sein de la clinique Shroff	Mise en place d'un centre médical aménagé au sein du groupe, permettant d'accéder pour un prix modique à des médicaments génériques et de base, une consultation avec un infirmier, une hospitalisation de jour, un contrôle de la pression artérielle, un dosage de la glycémie et des soins de physiothérapie Accès gratuit aux « camps de santé » organisés par Thanapara (soins oculaires, gynécologiques...) Référencement vers l'hôpital public local pour des soins plus spécifiques Service d'ambulance pour l'évacuation à l'hôpital de Rajshahi Partenariat en cours d'installation avec l'Université de médecine pour bénéficier de plus de services médicaux spécifiques

Cotisations	Tranches de revenu	Tarif de la cotisation familiale	Tarif cotisation individu seul	Cotisation individuelle et annuelle, mais variant selon le nombre de personnes au sein de la famille	Cotisations individuelles et mensuelles : 15 takas (0,15 €)/pers./mois, soit 180 takas/pers./an (1,78 €)
	Revenus inférieurs à 30 000 FCFA par mois	2 000 FCFA par mois	400 FCFA / mois	Personne seule : 250 INR/pers./an (2,88 €) Famille jusqu'à 3 pers. : 250 INR/pers./an (2,88 €)	Pour chaque mutualiste s'ajoute un droit d'adhésion annuel de 50 takas/pers. (0,50 €)
	Revenus de 30 000 à 90 000 FCFA par mois	2 500 FCFA par mois	480 FCFA / mois	Famille à partir de 4 pers. : 200 INR/pers./an (2,3 €)	
	Revenus supérieurs à 90 000 FCFA par mois	3 000 FCFA par mois	560 FCFA / mois		
Gouvernance	Une association (non fonctionnelle) Une association avec des membres élus en assemblée générale (bureau et conseil d'administration)		Pas de gouvernance	Pas de gouvernance	
Animation	Référents locaux (3) + Secrétaire Emmaüs Bénin + Médecin-conseil	Association (4 membres) + Référents locaux (5) + Secrétaire Emmaüs Burkina Faso + Points focaux d'appui conseil (5)	Chef de projet (1) + Travailleurs sociaux de Tara (4) + Médecin (1) + Représentant·e·s communautaires (8) + Jeunes volontaires (health workers) (8)	Salariés de Thanapara (2) + Infirmier (1) + Représentant·e·s élu·e·s (6)	
Budget annuel EI	20 000 €	20 000 €	15 000 €	10 000 €	
Dernières visites de terrain	2017	2017	2015	2016	
Dernier comité de pilotage international	2014	2014	2014	2014	

Ressources propres 2019	6 914 €	9 326 €	7 195 €	1 481 €
Dépenses 2019 santé + fonctionnement	18 835 €	13 521 €	26 725 €	7 730 €
Autonomie financière en 2019 *	37 %	69 %	27 %	19 %

* L'autonomie financière est calculée à partir des dépenses liées au remboursement des frais de santé et aux frais de fonctionnement, sur les recettes provenant des cotisations. Le taux de 2019 a été préféré à celui de 2020, plus élevé, mais moins représentatif en raison de la crise.

b. Le rôle des mutuelles santé durant la pandémie de Covid-19 (2020)

En 2020, le contexte sanitaire mondial a brutalement stoppé les objectifs fixés pour chaque mutuelle. Même si les activités mutualistes ont été maintenues, les équipes locales d'Emmaüs qui les accompagnaient se sont réorientées vers des actions d'urgence.

Pour soutenir les bénéficiaires durant la crise, les mutuelles ont bénéficié du fonds d'aide d'urgence d'Emmaüs International. Celui-ci a permis le respect des **mesures barrière individuelles et collectives** en participant au financement des actions suivantes :

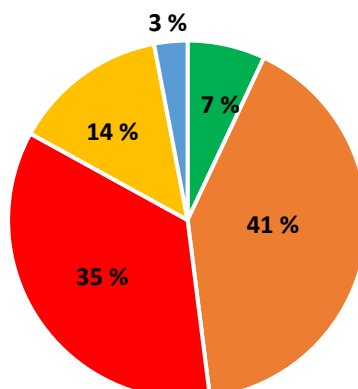
- > Achat et distribution de masques, gel hydro-alcoolique, kits d'hygiène ;
- > Organisation de points de lavage des mains au sein des groupes et dans les lieux de regroupement des mutualistes (eau propre, voire potable, et savon) ;
- > Désinfection des lieux et objets potentiellement contaminés au sein des groupes et dans les espaces de regroupement des mutualistes ;
- > Achat de thermomètres lasers pour une mesure régulière de la température des membres des groupes et des mutuelles...).

Les mutuelles se sont également efforcées de **réduire, autant que possible, les conséquences socio-économiques** de la pandémie pour les mutualistes. Elles ont notamment :

- > Organisé des distributions alimentaires de base (pour favoriser un renforcement du système immunitaire) ;
- > Mis en place des points – temporairement gratuits – d'accès à l'eau potable ;
- > Accordé aux mutualistes et à leur famille l'autorisation de continuer à recourir aux soins et structures de santé, en prenant en charge les cotisations des membres adhérents (entre trois et six mois).

Les fonds d'aide d'urgence Covid « mutuelles santé » ont été répartis de la façon suivante :

Répartition des fonds d'aide d'urgence Covid « mutuelles santé »



- Communication pour le changement des comportements
- Mise en place de mesures barrière individuelles et collectives
- Accès à une alimentation de base
- Accès aux soins et aux structures de santé
- Accès sûr à de l'eau potable

Le fonds d'urgence instauré par Emmaüs International a également permis l'appropriation des gestes barrière par les mutualistes et leur famille, via une sensibilisation aux bonnes pratiques adaptée aux différents contextes locaux : sensibilisation par petits groupes sur les lieux de vie des mutualistes à Badarpur, message dans les radios locales au Burkina Faso, diffusion par le biais des « crieurs » dans les villages au Bangladesh, multiplication de messages via les groupes WhatsApp au Bénin.

c. Les points forts et les faiblesses de l'approche d'Emmaüs International

Emmaüs International soutient qu'il est possible avec des choix politiques affirmés et des moyens financiers adaptés, et ce en dépit de nombreuses contraintes, de placer les personnes les plus exclu-e-s au centre de la conception, de la construction, de la mise en œuvre et de la gestion des programmes d'accès aux droits fondamentaux.

LES POINTS FORTS

L'inscription dans la durée

Le temps est une condition essentielle pour travailler durablement au changement. Cette donnée est fondamentale dans les milieux où les difficultés sont multiples (extrême pauvreté, population survivant grâce à une économie informelle, fort taux d'analphabétisme, privatisation des services publics de base...). Convaincre les personnes qui vivent dans ces conditions qu'il est possible de passer d'un état subi à un rôle d'acteur ne peut se faire en quelques années.

Les modalités de construction

Pour pérenniser les actions, il est également crucial que les personnes concernées ne perçoivent pas les outils construits comme des mécanismes imposés. L'organisation d'espaces de participation permettant que chacun se sente impliqué et contribue à l'élaboration des outils est indispensable.

L'adaptation au contexte

L'approche adoptée par le Mouvement Emmaüs pour ses programmes mutualistes nécessite un questionnement et une adaptation permanents. S'inspirer des modèles est possible, mais les reproduire à l'identique ne l'est pas. Les systèmes mutualistes doivent être ajustés aux différents contextes locaux sur les plans sanitaire, économique et culturel...

La volonté de faire évoluer les codes et les mentalités

Le quotidien des personnes auprès desquelles le Mouvement intervient est dicté par l'urgence de la survie, pour elles-mêmes et leur proche entourage. La solidarité est reléguée au second plan. C'est un choix important que de sensibiliser ces personnes à l'utilité d'avoir un objectif commun et de leur faire comprendre tout l'intérêt qu'elles peuvent retirer d'une mutualisation des ressources individuelles pour accéder à un droit.

Il s'agit également de renforcer l'organisation collective et le sentiment d'appartenance à une communauté.

Parallèlement, l'approche du Mouvement favorise la prise de responsabilités par les membres des mutuelles : référents locaux en Afrique, femmes en Inde ou au Bangladesh (elles prennent des initiatives et deviennent, pour certaines, leaders au sein de leur communauté).

LES FAIBLESSES

Le maintien de l'engagement dans la durée

Paradoxalement, l'engagement dans la durée, qui constitue un point fort du programme, n'est pas si simple et il peut se heurter à plusieurs obstacles :

- > Au sein des groupes Emmaüs soutenant ces programmes mutualistes, d'autres priorités peuvent venir prendre le pas sur les programmes. Par ailleurs, si l'obtention du résultat recherché nécessite trop de temps, une baisse de la mobilisation et un découragement peuvent s'installer ;
- > Pour les élu·e·s du Mouvement, l'accompagnement et l'animation sur le long terme constituent également une difficulté. Les contraintes des contextes dans lesquels les mutuelles sont développées sont si fortes que la mise en œuvre et les changements concrets sont très lents. Là encore, d'autres priorités peuvent surgir et faire en sorte que les élu·e·s soient obligé·e·s de trancher. En outre, ce sujet ne concerne pas directement les groupes de bon nombre de ces élu·e·s (les élu·e·s européen·ne·s sont dans d'autres réalités en matière d'accès aux soins, les élu·e·s latino-américain·e·s, qui n'ont pas de projet pilote en santé, ont plus de mal à se saisir des enjeux) ;
- > Enfin, s'engager dans des programmes mutualistes nécessite un investissement financier et des budgets conséquents et réguliers.

La dimension « micro » de l'action

Le Mouvement a choisi de développer ses mutuelles dans un contexte de pauvreté, voire d'extrême pauvreté, ce qui inscrit inévitablement les actions dans un périmètre limité. En effet, tant la faiblesse que la fragilité de la capacité contributive des adhérents – qui nécessite un appui régulier (du groupe local, de réserves constituées ou de la solidarité internationale) –, mais aussi la faible prédisposition des mutualistes à mettre en œuvre un plaidoyer sur le plan local ou national, restreignent l'extension du programme.

d. Les points forts et les faiblesses des modèles mutualistes

Après avoir dressé un état des lieux des quatre mutuelles, il convient d'en examiner les atouts et les points faibles. Ils seront analysés par type de mutuelle, puisqu'il apparaît clairement qu'elles se présentent sous deux formes : l'une en Afrique, qui fait office de sécurité sociale de base, l'autre en Asie, qui s'adosse à des centres de santé autour desquels s'organise la prise en charge du droit à la santé.

LES POINTS FORTS DES MUTUELLES EMMAUS

EN AFRIQUE

Dans l'accès à la santé

- > Le système d'adhésion par famille fonctionne bien. Il a permis une augmentation constante du nombre de mutualistes depuis dix ans, la couverture de toutes les personnes au sein d'une même famille et un meilleur partage du risque santé ;
- > Les cotisations sont en progression régulière depuis dix ans au sein des deux mutuelles en Afrique. Les mutualistes ont une meilleure compréhension de la mutuelle en tant que système de solidarité, notamment avec les tranches de cotisation adaptées aux revenus, qui paraissent socialement plus justes ;
- > Le lien financier entre les groupes et la majorité des mutualistes a permis d'instaurer un système de prélèvement à la source généralisé au Burkina Faso et au Bénin, via les revenus des salarié·e·s-adhérent·e·s, ce qui facilite et sécurise la rentrée des cotisations ;
- > Le « produit santé global » des mutualistes leur permet aujourd'hui de subvenir à leurs besoins les plus courants, avec des règles claires en termes de prise en charge ou d'exclusion des prestations. Des séances d'éducation à la santé se déroulent régulièrement, elles permettent de répondre aux questions des mutualistes et de renforcer l'appropriation de cet outil collectif ;
- > Enfin, en Afrique, les mutuelles ont développé les conventionnements avec des structures sanitaires, avec un maillage qui progresse sur les territoires. La mise en place du tiers payant est une avancée considérable et les liens avec les structures sanitaires se consolident avec le temps.

Dans le fonctionnement

- > Les cadres juridiques de chacune des deux associations mutualistes sont définis par des statuts et des règlements intérieurs. Les textes précisent les règles, le rôle des élu·e·s, les processus démocratiques. Toutefois, les instances ne sont effectives qu'au Burkina Faso, où les

élu·e·s actuel·le·s jouent pleinement leur rôle dans une association volontaire et dynamique, qui assume ses responsabilités face aux problèmes qu'elle doit affronter ;

- > Beaucoup d'acteurs sont engagés dans l'animation des mutuelles, ce qui se traduit par un grand nombre de mutualistes impliqués, voire très impliqués. Ces derniers ont également une bonne connaissance de l'avancée du travail de la mutuelle ;
- > Les outils de gestion et de reporting permettent de suivre les évolutions et de gérer le cadre de l'accès aux soins. Chaque mois, un suivi globalement sérieux et régulier est réalisé par les référents locaux et le comité national de gestion dans chaque mutuelle. Au Burkina Faso, un reporting qualitatif est automatiquement réalisé pour toute réunion ou tout espace de travail mis en œuvre, à l'échelle locale ou nationale. Par ailleurs, dans ce pays, un nouvel essai d'organisation locale du travail est en cours pour compenser le déficit d'implication des responsables de groupe et appuyer les référents locaux dans leur action sur le territoire ;
- > Enfin, les comptabilités sont saines, au Bénin comme au Burkina Faso. L'utilisation des fonds d'Emmaüs International se déroule dans la transparence. Le ratio « cotisations-prestations » et le taux d'autosuffisance globale progressent au sein des deux mutuelles grâce aux leviers mis en place dans le cadre de la réforme. Les acteurs s'efforcent de trouver des solutions pour augmenter les capacités financières propres des mutuelles : conteneurs, contribution annuelle des groupes.

EN ASIE

Dans l'accès à la santé

- > En Inde comme au Bangladesh, les mutuelles d'Asie travaillent avec les forces locales d'un groupe unique. La détermination de ces groupes et de leur responsable est réelle, et les moyens humains et/ou financiers dédiés à ces programmes sont importants ;
- > Le potentiel d'adhésion est très fort dans les deux mutuelles d'Asie. A Tara, le passage de l'adhésion individuelle à des cotisations familiales est en passe de réussir ;
- > La mise en place des mutuelles a considérablement augmenté le sentiment de sécurité sanitaire, car ces populations n'ont pas d'autres alternatives de qualité pour se soigner ;
- > Elle a également accru la solidarité et la cohésion au sein du quartier et du groupe : le centre de santé implanté par Tara au milieu du quartier est de Badarpur est devenu un lieu de rencontre et de lien social ; à Thanapara, le centre de santé joue le rôle d'une structure sanitaire rurale de base qui peut orienter vers les établissements sanitaires les plus proches et les mieux équipés ;
- > Le montant des cotisations annuelles est accessible pour tous les mutualistes, même les plus pauvres : à Tara, le système de la cotisation annuelle permet à la mutuelle de récupérer presque toutes les adhésions au cours d'une seule période ; à Thanapara, les liens financiers réguliers avec les mutualistes (personnel salarié, artisan·e·s-producteur·rice·s et microemprunteur·euse·s) et les liens de proximité (membres de l'école) facilitent le processus de recouvrement ;
- > L'augmentation du réseau de partenaires ainsi que la croissance des prestations de santé développées au sein du centre de Badarpur se traduisent aujourd'hui pour les mutualistes par une palette élargie de soins de qualité à un prix modique. En un mot, le volume financier du coût des prestations ne pèse que très peu dans le système ;
- > Enfin, d'une façon générale, la création de ces mutuelles a des répercussions qui vont bien au-delà de l'accès à la santé. Elle favorise l'émergence de leaders et la responsabilisation des

femmes, qui peuvent ainsi passer outre certaines barrières sociales liées aux systèmes patriarcaux.

Dans le fonctionnement

- > Des espaces collectifs existent, qui permettent une participation communautaire (notamment des femmes) et une vie démocratique. Des représentant·e·s communautaires sont élu·e·s ;
- > En termes d'animation, les groupes de Tara et Thanapara se sont rapidement organisés pour installer des équipes et/ou aménager des lieux de rencontre. A Tara, l'animation est un véritable atout de la mutuelle, avec des actions de santé, un système et des procédures bien en place : des espaces favorisent le renforcement des connaissances des mutualistes sur les gestes de base en termes de santé, mais aussi sur le fonctionnement opérationnel de la mutuelle ; des acteurs du quartier bénéficient d'une formation qui porte sur le suivi et les tests médicaux basiques (représentant·e·s communautaires et jeunes volontaires) ;
- > Les outils de gestion et de reporting sont informatisés, globalement bien tenus et détaillés, ce qui facilite la surveillance de l'évolution (des adhésions, cotisations, prestations...), ainsi que l'analyse des données et leur croisement ;
- > Les rapports entre les dépenses et les ressources de santé atteignent des niveaux acceptables pour une première décennie, en dépit des contraintes économiques, sanitaires et structurelles, en Inde comme au Bangladesh. Depuis dix ans, les deux mutuelles cherchent à trouver de nouvelles ressources. Enfin, le taux d'autosuffisance s'est stabilisé au cours des dernières années (à l'exception de 2020) et des leviers existent pour l'améliorer.

LES FAIBLESSES DES MUTUELLES EMMAUS

EN AFRIQUE

Dans l'accès à la santé

- > On ne dispose pas à l'échelle nationale d'un panorama (si possible informatisé) des membres adhérents au sein des familles, de la composition de chaque famille, de l'historique des cotisations et de celui de l'accès aux soins ;
- > Au Bénin comme au Burkina Faso, un travail par territoire doit être engagé, avec la coordination des responsables de groupe, pour proposer des pistes d'élargissement vers des publics proches des groupes ou des partenaires locaux. Il est essentiel de réfléchir collectivement à cette ouverture et de la construire de même, car les tentatives d'extension ayant eu lieu jusqu'à présent, de façon ponctuelle et non concertée, ont occasionné des problèmes ;
- > Les groupes continuent à régler les cotisations prélevées sur les salaires de leurs salarié·e·s de manière trop irrégulière (notamment au Burkina Faso) et l'on relève des difficultés persistantes de recouvrement des cotisations des membres mutualistes extérieurs aux groupes. En outre, il faudrait revoir les tranches de cotisation, car elles datent de plus de dix ans et ne sont pas ajustées au revenu par famille du fait d'un manque de transparence des déclarations de revenu ;
- > Autre point faible : la persistance d'un comportement « consommateur » des mutualistes, avec des sollicitations fréquentes de leur part pour une augmentation de la palette des prestations de santé, sans qu'ils aient véritablement conscience que cela implique d'en trouver le financement ;

- > La prescription et l'utilisation de médicaments génériques restent inférieures à celles des médicaments de spécialité, pourtant bien plus chers ;
- > Enfin, le turn-over fréquent du personnel de santé complique la connaissance des conventionnements au sein des structures sanitaires. Des bilans réguliers avec ces structures sont indispensables. En outre, au Bénin, il serait utile d'élargir le nombre de conventionnements afin de faciliter la généralisation du tiers payant.

Dans le fonctionnement

- > Si la gouvernance associative est bien en place au Burkina Faso, elle est inexistante au Bénin puisqu'il n'y a plus d'équipe élue depuis 2016. En d'autres termes, il n'y a pas d'impulsion, pas de suivi et pas de contrôle, ce qui génère une absence d'implication des mutualistes eux-mêmes ;
- > Des éléments statutaires doivent être adaptés aux réalités locales, notamment à la difficulté de trouver des volontaires prêts à s'engager. Aujourd'hui, les statuts prévoient des assemblées générales électorales tous les ans, ce qui n'est peut-être pas pertinent au vu du temps nécessaire aux élu·e·s pour assimiler leurs fonctions ;
- > Certains acteurs ne jouent pas leur rôle par manque de volonté et/ou de temps, ce qui ne permet pas aux mutuelles de se développer comme elles le devraient :
 - Les référents sont faiblement, voire très faiblement, accompagnés et soutenus, alors qu'ils occupent une place centrale dans l'animation de la mutuelle. Leur travail doit être suivi et encadré par les responsables de groupe, les élu·e·s de la mutuelle, l'organisation nationale Emmaüs et, de plus loin, Emmaüs International et la région Afrique ;
 - Le fait que les responsables de groupe ne soient pas assez impliqués dans les programmes mutualistes freine indiscutablement les avancées des mutuelles. Certains référents sont démotivés faute de conseil ou d'appui à la hauteur. Par ailleurs, les défauts ou les retards de versement des cotisations à la mutuelle via les groupes et le règlement inégal, voire défaillant, de la contribution annuelle fragilisent l'équilibre financier de la mutuelle.
- > Les liens entre les mutuelles et les responsables de groupe sont au mieux très irréguliers, la plupart du temps inexistantes, de même que les relations entre les mutuelles et les organisations nationales Emmaüs. Pourtant, ces liens pourraient faciliter les échanges de pratiques, la coordination et le renforcement à l'échelle nationale, et améliorer la capacité de négociation avec les partenaires de santé, de même que les possibilités d'interpellation des politiques publiques dans ce domaine ;
- > Une informatisation des outils de gestion et de reporting s'impose, tant pour un meilleur suivi et une analyse des évolutions que pour une sécurisation du stockage des informations, à ce jour manuscrites ;
- > Les outils de suivi financier sont pauvres, ce qui ne favorise pas l'anticipation des évolutions, notamment celle des frais de fonctionnement ;
- > D'anciennes dépenses de santé – en principe exclues des prestations des mutuelles, mais qui ont malgré tout été exceptionnellement acceptées pour des maladies chroniques ou des opérations chirurgicales imprévues – pèsent encore lourdement sur le plan financier et la « consommation » de certaines prestations de santé ou de médicaments de spécialité reste élevée ;
- > Enfin, les comités de contrôle, pourtant prévus dans le fonctionnement, sont inexistantes au Bénin comme au Burkina Faso.

EN ASIE

Dans l'accès à la santé

- > Les formules d'adhésion ne sont pas suffisamment dirigées vers des adhésions familiales en raison de la très faible capacité contributive des adhérents. Le règlement annuel de la cotisation pose également question ;
- > Le très bas niveau socio-économique des mutualistes complique le principe de solidarité. Dans ce contexte d'économie informelle très précaire, il semble très compliqué pour Tara et Thanapara de connaître les revenus réels. Les cotisations sont donc très réduites au regard des coûts de fonctionnement ;
- > A Tara, il n'y a pas de lien systématique entre les mutualistes et les activités du groupe. Dans leur grande majorité, les mutualistes habitent le quartier d'intervention du groupe, mais les liens financiers ou d'activité ne sont pas automatiques. Le recouvrement des cotisations est dès lors moins sécurisé. A Thanapara, le taux de recouvrement des cotisations est faible.
- > Les adhérents de ces deux mutuelles ont des besoins si importants en matière de santé qu'ils restent surtout « consommateurs » des prestations, relayant au second plan leur rôle d'acteurs au sein des mutuelles. En outre, les liens irréguliers avec celles-ci ne facilitent pas la compréhension du dispositif et l'implication des membres ;
- > La large palette de prestations proposées à un prix très modique par les deux mutuelles conduit les mutualistes à considérer que bénéficier des soins est un « dû ». Ils sollicitent régulièrement des prestations de santé supplémentaires. Or le choix de la construction d'un centre de santé équipé, avec un médecin ou un infirmier, représente un coût de fonctionnement élevé qui s'ajoute au coût d'investissement initial, contrairement au modèle mis en œuvre en Afrique. Par ailleurs, le remboursement des hospitalisations est trop faible (prudence budgétaire), alors qu'elles sont l'une des principales raisons d'existence du système mutualiste (partage collectif du risque santé) ;
- > Enfin, alors que d'autres expériences mutualistes ou communautaires existent sur ces territoires, aucun travail n'est engagé pour aller à leur rencontre et mutualiser des pratiques.

Dans le fonctionnement

- > On relève un manque d'expérience des équipes salariées de Tara et Thanapara pour ce qui est de la construction d'un système mutualiste impliquant les personnes concernées (accompagnement des mutualistes dans la gouvernance). Parallèlement, l'identification et le renouvellement des référent·e·s sont limités par le fait que les mutualistes sont issus de milieux particulièrement défavorisés. Enfin, le rôle des acteurs mutualistes reste peu défini dans la gestion des programmes ;
- > L'animation des mutuelles étant principalement assurée par les équipes salariées des groupes, elle reste dédiée aux aspects liés à la santé et non à la responsabilisation des acteurs mutualistes ;
- > Si les outils sont globalement bien tenus, certains d'entre eux ne comprennent pas les précisions qui permettraient d'améliorer la visibilité, ainsi que les analyses et projections. Le suivi local et l'envoi des outils de reporting ne sont pas assez réguliers, les éléments qualitatifs sont trop peu nombreux et les rapports annuels d'activité pas assez exhaustifs ;
- > Aujourd'hui encore, il semble évident que les mutuelles ne pourraient pas survivre sans la solidarité du Mouvement. Les contraintes des groupes sont multiples : coûts de santé prohibitifs en Inde, coûts de fonctionnement élevés (la masse salariale totale au sein des

mutuelles en Asie – budget fonctionnement + budget accès à la santé – représentait en 2019, 65 % du budget total annuel à Thanapara, 60 % du budget total annuel à Tara) ;

- > Le suivi des états financiers doit être amélioré pour plus de visibilité : tenue des budgets, ventilation des dépenses, détail des ressources liées aux prestations de santé...

e. Les points forts et les faiblesses de l'accompagnement du Mouvement

LES POINTS FORTS DE L'ACCOMPAGNEMENT DU MOUVEMENT

Un accompagnement collectif

En Afrique comme en Asie, le démarrage des mutuelles a poussé le Mouvement à engager un travail d'accompagnement concerté : suivi rigoureux des élu·e·s lors des réunions de comité exécutif et de conseil d'administration, création d'espaces collectifs avec les acteurs (comité de pilotage régional ou international).

Des espaces mobilisateurs

Pour impliquer un maximum d'acteurs au sein de ces programmes, des espaces communs de travail et de réflexion ont été constitués : ateliers lors des assemblées mondiales successives, rencontres annuelles des acteurs de la santé, chantiers de travail. Ces moments ont été très mobilisateurs, l'implication des acteurs ayant clairement progressé après ces instants de partage.

Une forte mobilisation du Mouvement

La dynamique développée pour la mise en place des mutuelles a intéressé et impliqué largement les différents échelons du Mouvement : international, avec le soutien des groupes du Mouvement ; régional pour faire le lien et dynamiser le travail ; local avec les responsables de groupe qui, par leur connaissance des territoires et leur notoriété sur place, ont permis la construction de ces systèmes et leur déploiement concret.

La capacité à s'adapter et à se remettre en cause

A partir de 2008, après les premières expériences pilotes en Afrique, le Mouvement a souhaité se confronter à des expertises mutualistes extérieures et/ou internationales. Celles-ci ont éclairé les dysfonctionnements des systèmes initialement mis en place et alimenté la réflexion sur les décisions à prendre pour y remédier.

Par ailleurs, à compter de 2009-2010, certains groupes, qui soutenaient les mutuelles en Afrique depuis huit ans, ont commencé à s'essouffler. Le Mouvement s'est alors efforcé de développer davantage la transmission d'informations sur l'évolution des programmes mutualistes :

- > Le sujet est revenu assez régulièrement dans les outils de communication d'Emmaüs International entre 2010 et 2013 (cf. *Tam-Tam*, n° 52) ;
- > Des réunions annuelles avec les groupes acteurs ont été organisées en France pour effectuer des points d'étape, participer à l'élaboration des plans d'action suivants et écouter le témoignage des acteurs de terrain ;

- > Un chantier de travail international « Santé Asie » a été organisé en 2013 à Tara et à Thanapara, permettant aux représentants des groupes soutenant ces programmes d'appréhender la réalité des contextes et de participer concrètement à des actions locales.

Cette mobilisation a incité de nouveaux groupes, notamment des communautés en France et en Italie, des collectifs de communautés (groupes de l'Ouest de la France, par exemple) à s'associer pour envisager des actions de soutien (ventes dédiées, salons...) et de communication, et à s'investir dans les actions de terrain...

Une solidarité financière

Celle-ci a été essentielle et reste nécessaire, même si les taux d'autofinancement ont progressé.

LES FAIBLESSES DE L'ACCOMPAGNEMENT DU MOUVEMENT

Depuis 2016, on a pu constater un essoufflement manifeste de l'accompagnement du Mouvement. Plusieurs raisons peuvent expliquer cet état de fait.

Un accompagnement politique des instances régionales et internationale en retrait

Durant cette période en effet, rares ont été les rencontres du conseil d'administration et du comité exécutif qui ont abordé la question des programmes mutualistes (2017 pour le comité exécutif).

Plusieurs points ont été réalisés en 2016, 2017 et au début de 2018 par le Secrétariat international d'Emmaüs pour alerter sur la situation inquiétante au Bénin et au Burkina Faso en matière de gouvernance, d'animation locale et d'implication des groupes locaux. Quatre missions (deux au Bénin et deux au Burkina Faso) ont permis de redynamiser les acteurs locaux, mais force est de constater qu'il n'y a guère eu de suivi, de questionnement ou de recherche d'amélioration.

Il ne s'agit pas là d'un choix délibéré de la part des élu·e·s, mais plutôt des conséquences indirectes de l'Assemblée mondiale de Jesolo en 2016. Cette dernière a ouvert une période particulièrement chargée du fait d'orientations exigeantes pour relancer la solidarité internationale, structurer la parole politique d'Emmaüs, mais aussi faire vivre l'héritage de l'abbé Pierre et des fondateurs du Mouvement (organisation d'un Forum mondial des alternatives en 2018, changement de méthode de travail sur les projets de solidarité en 2019 – guide de la solidarité et nouveau processus pour les demandes de soutien –, organisation de chantiers de travail internationaux, célébration du cinquantenaire du Manifeste universel). Le programme a aussi été frappé de plein fouet par la crise sanitaire en 2020... Qui plus est, les contextes politiques n'ont pas facilité l'organisation de missions sur place, notamment au Burkina Faso (crise sécuritaire) et au Bangladesh (crise politique et sécuritaire).

Par ailleurs, le Secrétariat international d'Emmaüs, fortement sollicité pour la mise en œuvre des nouvelles orientations et faute de disposer de moyens humains à la hauteur des besoins, n'a pas pu accompagner avec régularité les acteurs locaux dans la réalisation des objectifs. Pour l'heure, il ne dispose toujours pas d'un appui dédié au sein de son équipe ni d'un soutien technique extérieur (sauf pour quelques cas ponctuels).

Tout cela rend l'animation du Mouvement et des groupes quasi inexistante. A l'exception des rapports d'activité annuels au conseil d'administration, aucune communication vers les groupes n'a été réalisée durant cette période et les interventions destinées à mobiliser et informer les groupes sur ce sujet se sont raréfiées.

Parallèlement, l'organisation du travail via les comités de pilotage international ou régional n'existe plus depuis plusieurs années (dernière réunion du comité de pilotage international du programme santé en 2014). En conséquence, les acteurs des programmes ne peuvent plus se rencontrer pour faire un point régulier sur la situation, mutualiser leurs pratiques, se pencher collectivement sur la façon de dépasser les difficultés rencontrées sur le terrain et, plus globalement, réfléchir à l'impact de leur travail sur la lutte contre la pauvreté et à la parole politique qu'il conviendrait de développer pour permettre l'accès aux droits fondamentaux.

Enfin, les réunions annuelles, où tous les groupes acteurs se rassemblaient et qui permettaient de renforcer l'information, la participation et la mobilisation, ont cessé (la dernière date de 2015).

Des organisations nationales inexistantes face aux programmes santé d'Emmaüs International

Les organisations nationales, au Bénin et au Burkina Faso, en dépit de leurs difficultés actuelles, ont un rôle important à jouer pour impulser une dynamique collective, stimuler l'animation sur le plan national en appuyant les élu·e·s de la mutuelle, encourager la mobilisation et la réflexion... Or elles n'ont jamais été véritablement impliquées.

Le très faible engagement des régions

Les échelons régionaux du Mouvement (régions Afrique et Asie) ne semblent pas avoir trouvé la bonne formule pour s'investir dans le suivi et le développement des programmes santé se déroulant sur leur territoire. Des points d'information sont parfois organisés, mais ils sont la plupart du temps très rapides.

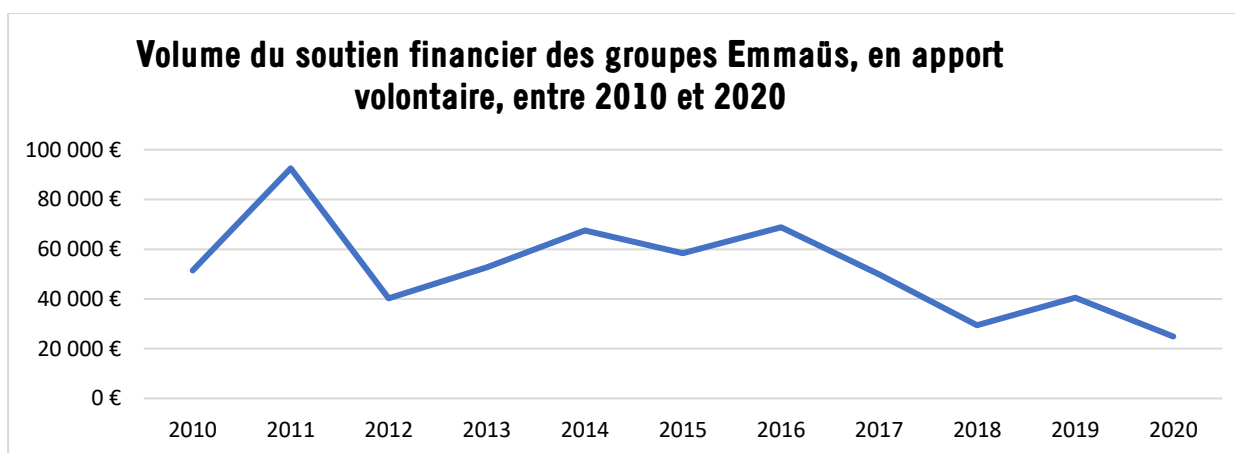
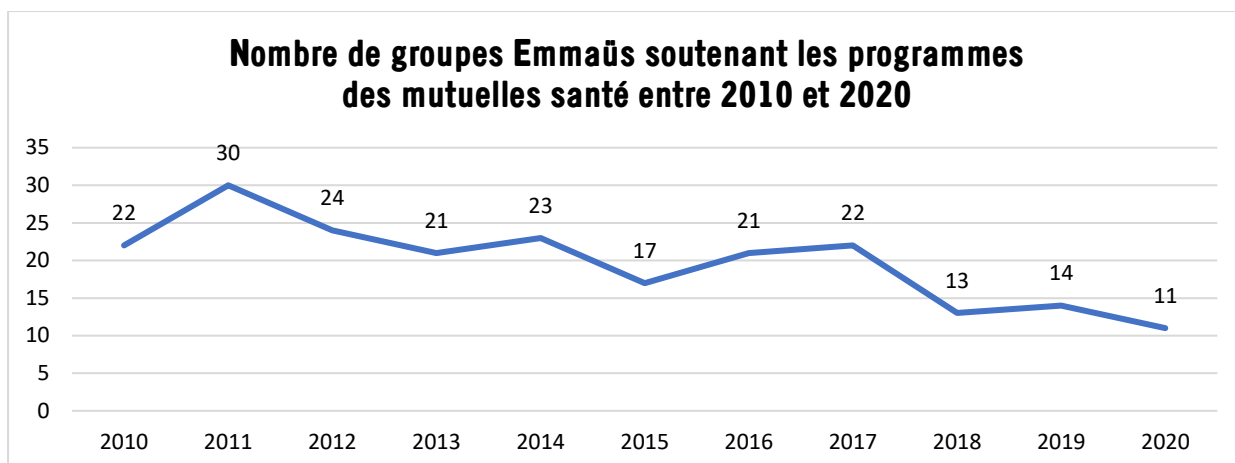
Aucune réflexion collective sur les programmes mutualistes n'est proposée, soit parce que les élu·e·s de la région ne se sentent pas politiquement responsables de ce processus, soit parce qu'ils et elles ne sont pas directement concerné·e·s par la mutuelle (leur groupe ou leur organisation nationale n'en a pas). Pourtant, même dans ce dernier cas, leur intervention serait intéressante. Ces programmes ont en effet tout à gagner de la contribution et des pistes de réflexion de chacun.

Enfin, si les secrétariats régionaux peuvent parfois faire du lien, ils ne paraissent pas aujourd'hui en mesure d'accompagner de tels programmes.

Une mobilisation des acteurs du Mouvement en baisse

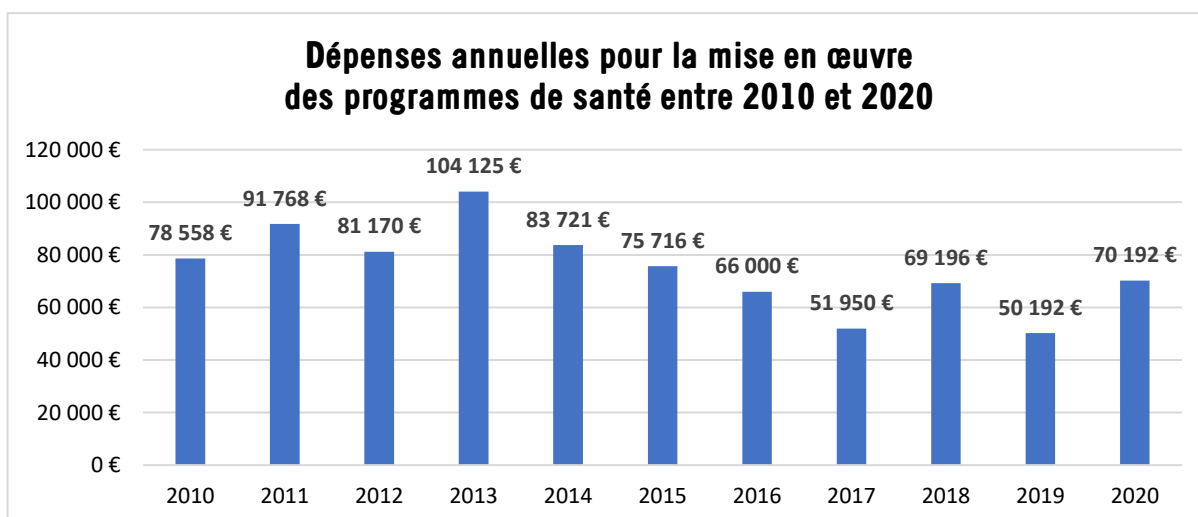
Actuellement, l'information sur l'évolution des programmes mutualistes fait défaut. Les différents canaux de communication habituellement utilisés ne sont plus alimentés. Les espaces d'implication des acteurs – qui avaient régulièrement lieu – n'existent plus (réunions annuelles des acteurs, chantiers de travail).

Au total, il y a donc clairement, depuis quelques années, moins de dynamique d'accompagnement, moins de rencontres, moins d'échanges, moins de visites sur le terrain... Ce ralentissement se ressent au niveau de tous les acteurs, qu'il s'agisse des intervenants sur terrain ou des groupes du Mouvement qui soutiennent cette action collective. Du fait du manque d'informations (qui les empêche de suivre l'évolution des programmes), on constate une perte de motivation pour certains, un arrêt du soutien pour d'autres...



Les graphiques ci-dessus permettent de visualiser la baisse du nombre de groupes soutenant les programmes de santé et le volume des contributions financières entre 2010 et 2020. Aujourd'hui, ces apports financiers volontaires ne couvrent plus les dépenses annuelles des programmes de santé, la différence étant couverte par une ponction sur les ventes annuelles de solidarité et parfois par l'apport de quelques salons de régions en France.

On peut également remarquer que des hausses ponctuelles correspondent, à chaque fois, à l'organisation d'espaces de rencontre et d'échange : en 2011, Assemblée mondiale d'Anglet ; en 2013 et 2014, mise en place de réunions annuelles, comités de pilotage international, chantier de travail sur les mutuelles en Asie ; en 2016, Assemblée mondiale de Jesolo.



Pour mémoire, les dépenses annuelles des programmes mutualistes varient chaque année. La moyenne sur la période s'établit à 74 781 euros par an. Les dépenses annuelles représentent :

- > Le remboursement des soins aux mutualistes (20 000 euros pour le Bénin ; 20 000 euros pour le Burkina Faso ; 15 000 euros pour Tara ; 10 000 euros pour Thanapara) ;
- > Les frais d'appui externe (expertise et médecin-conseil) ;
- > Les frais liés à l'animation locale (Asie) ou nationale (Afrique) des mutuelles ;
- > Les frais liés à l'animation internationale du programme : comité de pilotage international, mission de terrain, chantier de travail.

Interprétation du graphique

- > En 2010 et 2011, avant même l'ouverture des programmes en Asie, les coûts de déplacement, de mise en place et d'expertise sont élevés (expertise Asie, expertise Mutualité française en Afrique, médecin-conseil au Burkina Faso, médecin-conseil au Bénin). Les mutuelles Asie fonctionnent en outre six mois en 2011 ;
- > En 2012, en dehors du soutien aux soins de santé, deux missions ont lieu en Afrique (préparation des assemblées générales constitutives) et une en Asie. Le budget d'expertise est, quant à lui, stabilisé ;
- > En 2013, deux événements majeurs ont lieu : les assemblées générales constitutives au Bénin et au Burkina Faso, auxquelles participent des représentant-e-s du comité de pilotage international ; un chantier Asie à Tara et à Thanapara, avec la collaboration des représentant-e-s de groupes d'Europe ;
- > En 2014, une mission Asie et une mission Afrique sont organisées ;
- > A partir de 2015, les expertises extérieures n'interviennent plus sur les programmes, à l'exception des médecins-conseils au Bénin et Burkina Faso (2015 est la dernière année du médecin-conseil du Burkina Faso) ;
- > L'année 2016 (année de l'Assemblée mondiale de Jesolo) ne permet pas d'élaborer d'autres temps de travail et de réflexion. Une mission avec un membre du Secrétariat international d'Emmaüs et un élu est réalisée au Burkina Faso, puis au Bénin, pour accompagner les acteurs dans la crise de gouvernance et/ou d'animation.
- > Les quatre dernières années correspondent à des années de budget minimal : soutien au règlement des frais de santé, interventions du médecin-conseil au Bénin. On peut noter qu'en 2017 et 2019, les fonds versés aux mutuelles d'Afrique sont divisés par deux, en raison de leurs progrès en termes d'autosuffisance et de gestion. Une mission complémentaire (par rapport à celle de 2016) se déroule en Afrique en 2017.



Réunion des mutualistes de la Mutuelle Santé à Thanapara (Bangladesh) ©Emmaüs International (2017)

V. Perspectives

Aujourd'hui, grâce aux quatre systèmes mutualistes mis en place, le Mouvement bénéficie d'une réelle expertise de terrain. Il est important de la valoriser et de la mettre en avant. Si le choix originel d'orienter cette action pilote comme un processus et une dynamique (pour ne pas tomber dans le biais de la gestion de projet) reste intéressant, il convient néanmoins d'envisager un rééquilibrage pour permettre un accompagnement dans la durée.

a. Améliorer l'accès aux soins et le fonctionnement des mutuelles

Grâce à ces programmes mutualistes, le Mouvement a permis à plus de 5 000 personnes d'accéder à des soins de qualité, tout en impliquant les populations concernées dans la construction de leur outil et en fédérant les compétences et les énergies d'une multitude d'acteurs.

Des pistes pour l'amélioration des modèles implantés en Afrique et en Asie ont toutefois été identifiées. Elles doivent aujourd'hui être mises en œuvre pour que l'autosuffisance des mutuelles puisse progresser en Asie comme en Afrique.

POUR LES MODELES EN AFRIQUE

DANS L'ACCES A LA SANTE

Plusieurs aspects méritent d'être modifiés.

Pour ce qui est des **adhésions**, il est désormais indispensable, dans le cadre de la gestion nationale, de créer des outils plus exigeants pour pouvoir compléter et actualiser régulièrement les données, mais aussi pour mieux suivre les évolutions et affiner la politique d'adhésion. Dans un premier temps, cela permettra également de vérifier avec plus de précision les adhésions dans les groupes avant l'ouverture éventuelle à des adhérents extérieurs.

Il faut aussi relancer le travail collectif sur chaque territoire, sous la coordination des responsables de groupe, afin de redéfinir la stratégie et les modalités d'élargissement vers l'extérieur.

En termes de **cotisations**, un chantier attend les mutuelles africaines : l'actualisation des tranches définies il y a plus de dix ans. Il s'agit de refondre les tranches de cotisation pour rendre le système plus juste et plus solidaire. Sur un plan technique, il est urgent d'instaurer un système de prélèvement automatique pour le règlement des cotisations des adhérent·e·s, des comptes des groupes vers ceux des mutuelles.

En ce qui concerne l'**accès aux soins**, il est nécessaire de faire le bilan de plus de dix ans de conventionnement avec les structures sanitaires, d'accroître le nombre de conventionnements (au Bénin), de les renégocier et de mettre en place un travail soutenu d'animation locale et de formation auprès des structures sanitaires conventionnées et des mutualistes.

Parallèlement, au regard des faiblesses et souhaits identifiés, une **révision des prestations de santé** s'impose : plafonnement des médicaments de spécialité et de certains actes médicaux (en fréquence ou volume financier par adhérent), intégration de nouvelles prestations, création d'un fonds de solidarité pour la prise en charge de prestations non couvertes, chères ou exceptionnelles (en étudier le fonctionnement, les critères et les ressources).

Enfin, il serait utile de comparer la couverture santé des mutuelles et la couverture santé dont les salarié·e·s des groupes sont censé·e·s bénéficier via les charges sociales payées par leur employeur.

DANS LE FONCTIONNEMENT

Certaines situations doivent être traitées de manière urgente.

Sur le plan de la **gouvernance**, il faut rapidement planifier la mise en place des assemblées générales ordinaires et extraordinaires (fin 2021/début 2022), avec tout ce que cela implique, en amont, de travail statutaire et dans le domaine de l'accès à la santé. Ces assemblées devront être suivies de formations pour les élu·e·s et les équipes opérationnelles. Il s'agira ensuite d'organiser et de planifier le travail avec les nouveaux membres des conseils d'administration et des bureaux.

En termes d'**animation**, Emmaüs International doit initier une rencontre avec les responsables de groupe du Bénin et du Burkina Faso pour aborder les questions de l'implication des groupes et de leur responsable, de l'engagement des organisations nationales, de leur positionnement, mais aussi les moyens et outils de travail des secrétariats nationaux.

Un travail collectif avec les acteurs doit également être réalisé pour réfléchir à la manière d'organiser et de développer l'animation locale, ainsi qu'à la façon de mutualiser les pratiques qui fonctionnent.

Cela requiert un **accompagnement** des acteurs de la mutuelle (élu·e·s et acteurs de terrain) dans leurs missions et tâches (animation et gestion) et un renforcement de leurs compétences (formations sur la gestion et l'utilisation des outils...).

Enfin, une réflexion commune des mutuelles en Afrique doit permettre de refondre, d'améliorer ou de créer les outils de gestion et de suivi financier nécessaires, ainsi que les procédures et espaces de travail indispensables...

POUR LES MODELES EN ASIE

DANS L'ACCES A LA SANTE

En Asie, la priorité des mutuelles est de réviser les **politiques d'adhésion** : individuelle/familiale, tarifs, fréquence d'engagement et de collecte financière, étude et analyse du taux de renouvellement (à Tara), suivi des taux de recouvrement (en réfléchissant à une organisation et à une méthode [à Thanapara])). Pour ce faire, après dix ans d'existence, il paraît pertinent de réaliser une étude sociale (composition des familles).

A Thanapara, il faudrait également envisager la mise en place d'une stratégie d'intégration progressive des mutualistes microemprunteurs en fonction des capacités d'animation du programme.

Par ailleurs, même si cela semble très compliqué au regard du contexte socio-économique des mutualistes, il serait intéressant d'étudier la possibilité d'une **différenciation des cotisations** en fonction du revenu des familles (à Tara) ou des catégories de salarié·e·s (à Thanapara).

En termes d'**accès aux soins**, plusieurs aspects doivent être revus : les tarifs pratiqués dans les centres de santé des mutuelles, notamment la différence de prix entre membres et non-membres ; la grille de remboursement des hospitalisations (notamment à Thanapara).

Dans le même temps, la sensibilisation des mutualistes à l'équilibre fragile de la mutuelle et au danger de la surconsommation reste un défi constant.

Enfin, à Thanapara, il faut rapidement revoir la ventilation des coûts liés à l'ambulance sur les différents programmes et projets du groupe.

DANS LE FONCTIONNEMENT

Il est aujourd'hui primordial d'accompagner les modèles mutualistes en Asie dans l'instauration d'une **gouvernance** semblable à celle d'une association, informelle sur le plan juridique, mais avec des rôles, missions, espaces de réflexion, de proposition et de décision bénéficiant d'un cadre clair et défini.

A cet égard, le groupe de Thanapara nécessite plus particulièrement un appui pour la mise en œuvre d'une **animation** du programme mutualiste (le rôle des acteurs salariés investis est à redéfinir).

Par ailleurs, en Asie aussi, les outils existants en matière de gestion et de suivi budgétaire et financier doivent être modifiés et adaptés, ou éventuellement créés.

Enfin, il semble important qu'Emmaüs International se positionne en ce qui concerne la masse salariale de ces deux mutuelles.

b. Améliorer l'accompagnement du Mouvement

Pour mettre en application les améliorations envisagées, les acteurs des mutuelles ont absolument besoin d'un accompagnement renouvelé du Mouvement.

Au vu des besoins identifiés, il est primordial de statuer sur l'**implication des élu·e·s du Mouvement** :

- > A l'échelon international : création d'un nouveau groupe de coordination internationale, avec des élu·e·s d'Emmaüs International, de chaque région concernée, de groupes qui soutiennent les programmes ;
- > A l'échelon régional : mise en place d'un groupe de travail et de suivi des mutuelles, constitué par les responsables des groupes, le secrétariat régional et des représentants des mutualistes, pour faire vivre et progresser les programmes de la région, mais aussi pour partager analyses et propositions au niveau international.

Il convient également de prévoir des **ressources humaines dédiées** :

- > Au niveau du Secrétariat international : un seul salarié suit les quatre programmes. Toutefois, il n'y consacre qu'un temps restreint, car il ne s'agit pas d'un poste dévolu à cette action pilote, juste d'une activité parmi d'autres. Les décisions du Mouvement sur les perspectives devront prendre en compte la nécessité d'identifier des forces au sein du Secrétariat international d'Emmaüs consacrées à la réalisation des nouvelles orientations ;
- > En externe : par un apport d'expertise.

Il est en outre nécessaire de réfléchir à une **nouvelle dynamique de communication**, interne bien sûr, mais aussi externe en fonction des décisions adoptées, sur le plan de l'interpellation politique notamment.

Enfin, il serait pertinent de définir le **soutien financier** que le Mouvement souhaite accorder à ces programmes. Sur la base des budgets actuels et de la perspective d'une coordination internationale, le budget annuel pourrait s'établir *a minima*, pour les quatre programmes mutualistes existants, entre 90 000 € et 100 000 € :

- > 15 000 € par programme (accès à la santé et fonctionnement des programmes localement) ;

- > 5 000 € pour accompagner chaque programme (visites de terrain, rencontres régionales des acteurs...);
- > 20 000 € pour une coordination internationale (groupe de coordination et rencontres internationales des acteurs).

c. Engager de nouvelles expériences

Si près de 5 000 personnes bénéficient aujourd’hui d’un accès à des soins de santé de qualité, elles ne représentent qu’une minorité au regard de tout le Mouvement.

L’inégalité en matière d’accès à la santé reste réelle.

D’un côté, il y a les membres du Mouvement qui vivent sur un territoire où l’Etat joue son rôle, avec des mécanismes de solidarité et une protection sanitaire et sociale qui fonctionnent, au moins *a minima* (en Europe de l’Ouest, notamment en France). Il y a aussi les membres du Mouvement qui, parce qu’ils font partie des groupes impliqués dans l’expérimentation des mutuelles santé d’Emmaüs, peuvent accéder plus facilement à des soins de qualité.

Et puis, il y a les autres... Certains groupes, il est vrai, s’engagent dans des initiatives individuelles et soutiennent des individus ou des familles en assumant des coûts plus ou moins importants liés à des soins. Mais ces aides ponctuelles ne peuvent remplacer un véritable accès à des soins de qualité.

Qui plus est, depuis des années, nombreux sont les groupes qui souhaitent bénéficier eux aussi d’un programme mutualiste.

Pour aller plus loin, le Mouvement doit, semble-t-il, se prononcer pour l’une ou l’autre de ces alternatives : la mise en place d’expériences mutualistes sur de nouveaux territoires ou la création d’un outil mondial Emmaüs d’accès à la santé.

Pour choisir la meilleure option, il est fondamental de se poser les bonnes questions et de s’appuyer sur l’expérience capitalisée au cours des années.

LE LANCEMENT DE NOUVELLES EXPERIENCES MUTUALISTES EMMAUS

Plusieurs éléments importants sont à prendre en considération pour l’implantation d’une expérience pilote.

Le choix d’un groupe (ou de plusieurs groupes)

Certains critères sont déterminants :

- > Un contexte communautaire ou semi-communautaire qui facilite la gestion et l’animation ;
- > Des liens financiers forts entre le groupe qui développe le programme mutualiste pour Emmaüs International et les futurs mutualistes ;
- > Une très bonne connaissance des futurs mutualistes pour activer des leviers si besoin ;
- > La possibilité de rendre immédiatement les adhésions familiales obligatoires pour les membres du ou des groupes ;
- > La volonté et la disponibilité des responsables de groupe pour suivre et superviser l’évolution du programme à chaque étape et s’investir dans l’animation locale ;

- > La possibilité pour le groupe de mettre à disposition un-e à deux salarié-e-s pour la gestion locale de la mutuelle (suivi des mutualistes, animation locale, lien avec les structures sanitaires et sociales...) ;
- > La conscience du groupe qu'une contribution financière pérenne de sa part est indispensable (sans que le programme lui appartienne pour autant) et que des frais de fonctionnement annexes liés au programme ne sont pas pris en charge par Emmaüs International ;
- > La capacité de travailler collectivement pour accompagner les mutualistes vers une gestion à terme par eux-mêmes de leur outil collectif (une mutuelle n'est la propriété ni du groupe qui accompagne ni d'Emmaüs International, mais bien celle des mutualistes) ;
- > L'aptitude à travailler en lien étroit avec le Mouvement ou d'autres appuis externes.

La nécessité d'un travail dans la durée et d'un investissement humain et financier

On estime le temps d'étude préalable nécessaire avant le lancement d'un système mutualiste à un ou deux ans. Plusieurs étapes sont en effet indispensables avant l'implantation d'une nouvelle expérience pilote :

- > Un temps d'enquête et de vérification sur place, d'analyse du contexte sanitaire et social, d'exploration des capacités du ou des groupes, etc. ;
- > La préparation du groupe et des populations concernées à la compréhension du fonctionnement d'un système mutualiste, de ses principes, de ses valeurs, de ses responsabilités. Cela nécessite un long travail de sensibilisation et de formation accompagné par Emmaüs international (et aujourd'hui peut-être par des acteurs du Mouvement expérimentés) et qui peut durer six mois.

Il faut également avoir en tête l'investissement capital (humain et financier) de la part du ou des groupes concernés sur une longue durée pour démarrer, développer, suivre et mener à bien un programme mutualiste.

En d'autres termes, on considère qu'il faut dix ans environ pour poser les bases du système mutualiste, le faire fonctionner correctement et nouer des partenariats avec les structures de santé locales ou nationales, et à peu près quinze ans pour enregistrer une évolution significative (plus d'autosuffisance).

Les moyens humains, financiers et de coordination pour le Mouvement

Sur la base des expériences actuelles, on peut estimer les moyens financiers nécessaires :

- > 15 000€ par programme et par an (accès à la santé et fonctionnement des programmes localement) ;
- > 5 000 € par an pour accompagner chaque programme (visites de terrain, accompagnement initial) ;
- > 2 000 € à 3 000 € pour des études sanitaires et sociales de départ ;
- > 5 000 € si un choix d'appui technique extérieur est fait pour guider la préparation et le démarrage.

Selon la décision adoptée sur le mode de suivi et de coordination des programmes existants, la question des moyens humains devra également être ajustée. Au début, l'accompagnement des acteurs nécessite beaucoup d'attention et de temps, que ce soit de la part du Secrétariat international d'Emmaüs et/ou d'un appui technique extérieur.

LA MISE EN PLACE D'UN OUTIL EMMAÜS D'ACCÈS À LA SANTÉ POUR LES MEMBRES D'EMMAÜS

Les besoins en matière d'accès à des soins de qualité restant criants dans nombre de pays où vivent des groupes Emmaüs, il pourrait sembler plus logique d'envisager la création d'un outil mondial Emmaüs d'accès à la santé – une sorte de mutuelle Emmaüs « interne » (pour ses membres et les populations avec lesquelles ces derniers travaillent) – plutôt que de mettre en place une multitude de mutuelles.

Il s'agirait, dans un premier temps, de se doter d'un outil accessible aux membres des groupes d'Emmaüs International. Il faudrait engager, bien sûr, une véritable réflexion pour en dessiner les contours, identifier les différents scénarios possibles, lancer des études de faisabilité.

Cet outil mondial, qui s'inscrirait dans une ambition internationale, permettrait au Mouvement de mener une action d'une envergure jamais atteinte, d'être plus visible et d'avoir un impact plus important.

Plusieurs formes peuvent être explorées :

- > Une mutuelle internationale Emmaüs :
 - Pour qui ?
 - Avec quelle couverture santé ?
 - Un accès minimal de tous aux soins ?
- > Une caisse mutualiste mondiale Emmaüs :
 - Pour permettre à celles et ceux qui n'ont aucun accès à la santé de pouvoir recevoir des soins ?
 - Avec quelle couverture santé ?

Le Mouvement doit également se poser les questions du financement, de la gestion et du suivi :

- > Peut-il créer un tel outil avec les fonds actuels ? Doit-il faire des propositions de soutien ciblé ? Doit-il mettre en place un système de solidarité global entre ses membres en ce qui concerne l'accès à la santé (par exemple, instaurer un soutien spécifique de la part des groupes membres européens, des membres européens eux-mêmes ou augmenter la cotisation des membres...) ?
- > Quelles peuvent être les modalités de suivi par le Mouvement ? Avec quelle organisation et quelles forces humaines ? Quelle forme de gestion peut-on envisager ?

d. Mettre l'expérience des mutuelles au service d'une interpellation en faveur de l'effectivité du droit à la santé

Les programmes pilotes menés par Emmaüs International avaient trois objectifs principaux :

- > Montrer par l'exemple la capacité des êtres humains les plus exclus à être acteurs de changement social ;

- > Elaborer des expériences pilotes (dans une dynamique collective et internationale) pouvant servir d'exemples et être reproduites dans d'autres territoires ;
- > S'appuyer sur des actions d'envergure pour construire des actions de plaidoyer, afin de faire évoluer les politiques en matière d'accès aux droits (les actions pilotes légitiment la parole politique du Mouvement).

LES MUTUELLES EMMAÜS : LA PARTICIPATION DES PLUS EXCLU·E·S, MOTEUR DU CHANGEMENT SOCIAL

L'implication des plus vulnérables

Au sein de leur territoire, les groupes Emmaüs travaillent avec des personnes qui, d'un point de vue socio-économique, sont toutes ou presque toutes dans une situation de pauvreté, voire d'extrême pauvreté, et donc d'exclusion.

Dès le départ, le Mouvement a mis l'accent sur l'implication des mutualistes, car un des objectifs prioritaires des mutuelles était de permettre à ces personnes exclues de réfléchir, de s'organiser et de construire elles-mêmes collectivement un dispositif pour se réapproprier le droit à la santé.

Dans une très large mesure, ce n'est pas tant le concept de mutuelle qui importe que la méthode de travail adoptée par Emmaüs International dans ce cadre : que chaque personne, quelle que soit sa condition sociale, puisse participer au système mutualiste est une règle incontournable du programme.

Toutefois, à elle seule, cette affirmation ne suffit pas : il faut encourager et favoriser cette participation, transmettre des clés de compréhension, communiquer, etc.

A la fin de l'année 2000, des sessions d'information, de sensibilisation et de préparation ont donc été organisées avec les membres (futurs mutualistes) des groupes au Bénin et au Burkina Faso. Il s'agissait de les renseigner sur le principe d'une mutuelle et sur le système de solidarité qu'elle induit, mais aussi de les faire participer et réfléchir collectivement en amont à certains aspects de cet outil. En Asie également, des espaces collectifs ont été mis en place dès le début, afin de créer une participation communautaire (en particulier des femmes). La difficulté rencontrée par certaines mutuelles reste de maintenir cette collaboration sur le long terme.

Si impliquer les personnes concernées dès le début dans des travaux, programmes ou projets est une **méthode de travail, c'est aussi un principe d'action**. Le choix politique d'une participation des populations dans le cadre d'un système mutualiste – afin qu'elles puissent accéder à des droits et agir pour leur propre avenir – n'est pas sans conséquences. Il représente une charge importante en termes d'accompagnement, d'animation, de renforcement des capacités et de solidarité internationale.

Dans *Les voix d'Emmaüs, 1^{er} Rapport mondial sur nos combats contre la pauvreté*, Emmaüs International énonce trois exigences pour sortir de la pauvreté, dont **l'implication des personnes vulnérables pour qu'elles aient une place entière dans la société**. Certaines catégories de population sont plus exposées à la pauvreté. C'est notamment le cas des femmes, des personnes malades ou en situation de handicap, des exilé·e·s, etc. Dès le début, sous l'impulsion de l'abbé Pierre, le Mouvement Emmaüs s'est construit en accompagnant, en impliquant et en intégrant les personnes accueillies. Dans sa gouvernance et sa gestion, le Mouvement a su créer des espaces de formation, de débat, de décision à tous les niveaux. C'est cette implication qui donne aux êtres humains les plus vulnérables et les plus exclus la possibilité de se reconstruire et de redonner un sens à leur vie en devenant des acteurs solidaires.

L'inclusion des femmes dans la mise en œuvre des programmes mutualistes

Dans les pays où des mutuelles santé ont été mises en place (Bénin, Burkina Faso, Bangladesh, Inde), la plupart des femmes souffrent d'une double exclusion : du fait de leur situation économique – une extrême pauvreté –, mais aussi en raison de leur condition sociale – être une femme dans une société enracinée dans des traditions patriarcales. Cette exclusion les freine et porte atteinte à leur liberté, à leur investissement, à leur participation sociale et à leur exercice de la citoyenneté.

Or, comme l'explique la lauréate du prix Nobel d'économie Elinor Ostrom, « *les personnes concernées et confrontées à la nécessité d'assurer et de préserver un commun vital à leur survie ont bien plus d'imagination et de créativité que ce que les institutions peuvent avoir dans un regard non empirique et hors sol*⁴ ». Les politiques publiques, qui ont vocation à défendre l'intérêt général, doivent lutter efficacement contre les violences faites aux femmes et contre les inégalités qui les frappent. Et cela passe, entre autres, par la participation des femmes aux décisions qui les concernent.

Le programme mutualiste d'Emmaüs essaie d'œuvrer en ce sens, même si les efforts déployés en matière d'implication des femmes dépendent de chaque mutuelle.

Prenons l'exemple de l'Inde et de la mutuelle de Tara. Dans ce pays, l'évolution de la situation économique et sociale des femmes se heurte encore très largement à des blocages juridiques et au poids des traditions religieuses. La mutuelle de Tara a permis à des femmes de sortir du non-accès au droit à la santé, mais elle a également participé à un renforcement de leurs capacités et à une évolution de leur comportement. En étant associées à l'élaboration, au suivi et à la mise en œuvre du projet, certaines de ces femmes ont développé de véritables compétences pour ce qui relève de la prise de décision, du leadership, etc. Les femmes mutualistes de Tara sont nombreuses à s'impliquer, à proposer et à prendre des initiatives. Et leurs compétences dépassent le seul cadre de la mutuelle santé.

Force est de constater qu'une modification réelle des comportements apparaît dès lors que la liberté et la possibilité d'agir sont octroyées aux individus. Cela entraîne aussi une rupture du modèle patriarcal dominant.

Une revendication des *Voix d'Emmaüs* concerne l'accès des femmes à la vie politique et économique, et la lutte contre l'inégalité dont elles sont victimes.

Le rejet de toute logique de privatisation, afin de garantir l'accès de tous et toutes à la santé

La santé est un droit fondamental reconnu par de nombreux textes internationaux – la Déclaration universelle des droits de l'Homme, le Pacte des droits économiques, sociaux et culturels –, ainsi que par les conventions de l'Organisation internationale du travail (OIT) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Pourtant, on ne peut que relever la disparité et l'inégalité des systèmes de santé entre les Etats.

Dans la plupart des pays dont le produit intérieur brut est bas, voire très bas, les besoins en matière de santé et de médicaments ne sont pas satisfaits. La faiblesse des revenus, l'importance du secteur informel et la rareté des ressources publiques restreignent la couverture sanitaire et l'accès des populations à des soins de santé de qualité.

La situation de ces Etats s'est aggravée au cours des vingt dernières années du fait de la réduction des dépenses publiques affectées aux secteurs sociaux et de la conversion de plus en plus marquée du

⁴ <https://laviedesidees.fr/Elinor-Ostrom-par-dela-la-tragedie-des-communs.html>.

secteur de la santé en un bien marchand. Chaque jour, l'inégalité entre les populations les plus pauvres et les plus aisées s'accroît.

A l'inverse, les pays dits « développés », suréquipés et « suralimentés » en produits, participent implicitement à une répartition inéquitable des biens nécessaires à la santé des populations.

A cette disparité mondiale s'ajoute une course effrénée à la privatisation et à la marchandisation de la santé. A Badarpur, au sud-est de Delhi, la population se retrouve face à des tarifs exorbitants dans le secteur privé de la santé (majoritaire). Elle ne peut donc y avoir accès. Pour se soigner, il ne lui reste alors que deux possibilités : un service hospitalier public défaillant, avec des moyens très limités et un plateau technique précaire, ou le recours à des *quakes* (faux médecins vendant des médicaments contrefaits ou périmés), très nombreux dans les bidonvilles.

Les mutuelles santé développées par Emmaüs International visent à préserver le caractère non lucratif des soins. Elles constituent une alternative à une gestion économique et financière « ultralibérale ». Contrairement aux mécanismes privés, il s'agit ici de mettre en commun forces et ressources pour les partager ensuite ensemble. Si le montant des cotisations est adapté au revenu des familles adhérentes, chaque famille bénéficie des mêmes prestations, ce qui induit une solidarité et une répartition de la richesse entre les membres. Cette mutualisation concourt donc à une réduction des inégalités tout en répondant à un objectif d'intérêt général.

Depuis de nombreuses années, Emmaüs International dénonce la privatisation des biens communs. Le rapport *Les voix d'Emmaüs* le souligne : la santé ne se marchande pas. C'est un droit, un bien commun qui bénéficie aux individus et à la société tout entière. Dans sa seconde exigence pour sortir de la pauvreté, le Mouvement rappelle qu'il est urgent de **(re)placer l'intérêt général au cœur des politiques publiques**. Il appelle à la protection des droits fondamentaux, dont le droit à la santé, en favorisant une gestion collective des biens communs. L'accès au bien commun est une pratique sociale, un « être et agir ensemble » pour gérer et assurer la pérennité d'une ressource dans l'intérêt général : le bien commun n'est pas constitué de la seule ressource, il comprend aussi la communauté qui la gère et les règles de gouvernance qu'elle se fixe. Il y a là un aspect éminemment politique.

L'expérience des mutuelles santé d'Emmaüs montre que l'on peut garantir l'accès à la santé aux personnes exclues des dispositifs existants privés trop chers. Elle atteste que des modèles autres que ceux régulièrement proposés/imposés par le système économique néolibéral dominant sont possibles. Elle légitime la parole politique du Mouvement.

Elle transmet le message suivant : il est de la responsabilité des politiques publiques d'intégrer les personnes exclues dans la construction collective de l'action publique qui concerne leur territoire et de ne pas céder aux sirènes du néolibéralisme en détruisant toute dynamique de bien commun, notamment pour la santé, qui reste un droit fondamental universel.

Sans attendre que se produise enfin ce changement espéré, le Mouvement et ses membres se donnent pour mission de faire connaître et reconnaître leurs actions et leur méthode mutualiste à tous les échelons et sur tous les territoires possibles.

Cette idée est d'ailleurs développée à la fin des *Voix d'Emmaüs* : la sixième revendication porte sur la reconnaissance et la priorisation des acteurs de l'économie éthique et solidaire face à une économie marchande qui ne bénéficie qu'à quelques-uns. L'économie éthique et solidaire promeut une vision sociale du « bien vivre » et non la profitabilité. Ses acteurs s'efforcent de mettre le travail au service de la dignité et de l'émancipation, de favoriser la participation des parties prenantes, de partager les ressources et les savoirs, et d'inventer une gouvernance inclusive et démocratique. C'est aussi le défi

qu’essaient de relever, jour après jour, les programmes mutualistes d’accès à la santé développés par Emmaüs.

LA CONSOLIDATION DE LA PAROLE POLITIQUE SUR LE DROIT A LA SANTE

L’interpellation politique peut paraître secondaire au regard des pistes plus concrètes d’évolution et d’amélioration des programmes mutualistes.

Mais le Mouvement Emmaüs a toujours eu pour objectif de s’attaquer aux causes structurelles de la pauvreté et de la misère.

Certes, les programmes mutualistes ont rendu le droit à la santé effectif pour quelques milliers de personnes. Cela dit, si aucun travail d’interpellation n’est réalisé, ni les mentalités, ni les comportements, ni les politiques publiques ne changeront. Pour répondre à cet objectif de transformation sociale, il est donc essentiel d’associer au programme mutualiste un travail de réflexion politique collective et de plaider, et ce à différents niveaux.

Sur le plan local, il est tout d’abord important de s’assurer que toutes les personnes concernées par les programmes mutualistes comprennent les enjeux politiques de leur implication dans ces projets. Dans cette optique, le présent document de capitalisation pourrait être l’occasion d’organiser un temps d’information et/ou de formation politique au sein des groupes ayant mis en place les mutuelles et auprès de toutes les personnes qui y sont impliquées. Cela permettrait de traduire politiquement les avancées favorisées par les mutuelles santé pour les populations les plus exclues et de les partager avec les personnes concernées.

Par ailleurs, les mutuelles existantes pourraient entamer – ou continuer – leur travail en réseau sur le territoire où elles se développent :

- > En Inde, au Bangladesh et au Bénin, des expériences mutualistes ou communautaires existent sur le territoire national, mais aucune initiative n’est engagée pour aller à leur rencontre, échanger, mutualiser des pratiques, créer ou s’impliquer au sein d’un réseau. Ce rapprochement d’acteurs investis en faveur du droit à la santé permettrait d’évaluer les forces en présence, de se regrouper de manière formelle ou informelle pour peser davantage auprès des pouvoirs publics, mais aussi de rendre plus visibles les progrès encouragés par ces expériences mutualistes ou communautaires ;
- > Au Burkina Faso, le travail précédemment décrit est entamé depuis plusieurs années : actuellement, il y a des rencontres et des échanges de pratiques avec d’autres acteurs de la société civile, un travail en réseau au sein de la CAMUS, un suivi des deux expériences territoriales pilotes de mise en place de l’AMU (aujourd’hui, en veille en raison du contexte sécuritaire et sanitaire).

Autre point important : les membres d’Emmaüs International, qui ont la responsabilité d’informer, de communiquer et d’être le relais sur leur territoire de ce qui est développé ailleurs, sont indispensables pour sensibiliser et interpeller les citoyens et les politiques publiques locales sur ce que le Mouvement parvient à mettre en œuvre. Il est donc essentiel de débattre de la stratégie et des processus d’accompagnement à instaurer : sensibilisation, formation, animation/intervention dans les groupes, création d’outils...

En outre, comme le relève le présent rapport de capitalisation, il existe un véritable déficit d’accompagnement politique de la part des instances nationales, régionales et internationales du Mouvement. Alors que les mutuelles constituent un exemple intéressant de réappropriation des

droits fondamentaux par les plus exclu·e·s, leurs programmes et aspects politiques ne sont que très peu abordés au sein des différentes instances d'Emmaüs.

Une réflexion politique collective pourrait donc être proposée sur les projets mutualistes, afin d'impliquer différemment les personnes concernées et de susciter la participation des acteurs qui, jusqu'à présent, ne se sentent pas concernés (élus internationaux, organisations régionales et nationales...). Le renforcement de l'accompagnement politique aux différents échelons permettrait de définir une position claire et de la défendre dans les instances gouvernementales.

Indépendamment de cela, un rapprochement avec d'autres acteurs de la société civile investis dans la défense du droit à la santé est fondamental pour construire un rapport de force. Quelles que soient les actions utilisées par le Mouvement, sa légitimité se base sur des expériences de terrain qui fonctionnent et il serait pertinent qu'il crée – ou s'insère dans – des alliances avec des acteurs ayant une orientation et des revendications similaires aux siennes.

En juin 2021, le Rapporteur spécial des Nations unies sur l'extrême pauvreté et les droits de l'Homme, Olivier De Schutter, a proposé la création d'un fonds mondial pour la protection sociale, afin d'aider les pays à faible revenu à établir et étendre des systèmes de protection sociale sous la forme de droits légaux. L'efficacité de ce fonds dépendra du processus de conception et de mise en œuvre des stratégies nationales, qui devront être guidées par les principes de dignité, d'égalité de traitement, d'inclusion, de solidarité et de participation. Un dialogue autour du programme mutualiste de santé d'Emmaüs pourrait être ouvert avec les instances onusiennes.

A l'échelle internationale, renforcer la mobilisation des groupes et du grand public sur certains sujets, via des campagnes de sensibilisation et d'interpellation développées collectivement par plusieurs organisations, serait également important. On peut citer comme exemple le cas de l'initiative citoyenne européenne sur l'accès aux vaccins et traitements anti-pandémiques pour toutes et tous soutenue par Emmaüs International depuis 2020.

Enfin, le développement de nouvelles expériences de mutuelles, voire la création d'un outil mondial (comme cela a été présenté dans la sous-partie précédente), pourrait être accompagné d'un volet d'interpellation politique. Un tel outil permettrait au Mouvement de mener une action d'envergure, d'être plus visible et d'avoir plus d'impact auprès des décideurs publics.

Au regard de ce qu'ont représenté, pour le Mouvement, l'engagement et l'investissement consacrés à cette aventure du lancement des quatre mutuelles, mais aussi au vu de leur pertinence – qui a été prouvée lors de la récente pandémie, puisqu'elles ont constitué le seul filet de sécurité sanitaire pour les populations vulnérables –, l'heure est désormais au choix d'un avenir. La question est de savoir si nous pouvons aller plus loin.



Bénéficiaire de la Mutuelle Santé Asie (Inde) ©Digital Rangrez (2021)

GLOSSAIRE

AGC : Assemblée générale constitutive

AM : Assemblée mondiale

AMU : Assurance-maladie universelle

CA : Conseil d'administration

CAMUS-BF : Concertation des Acteurs de la Mutualité Sociale du Burkina Faso

CE : Comité exécutif (Bureau d'Emmaüs International)

CMA : Centre médical d'arrondissement

CNAE : Comité national des amis d'Emmaüs

CNG : Comité national de gestion

CSPS : Centre de santé et de promotion sociale

EI : Emmaüs International

FAMA : Fonds d'assurance-maladie Afrique

FGD : *Focus Groups Discussion*

IEC (matériel) : Information-Education-Communication (matériel)

MOU : *Memorandum Of Understanding* (protocole d'accord)

MSA : Mutuelle santé Afrique

PFAC : Points focaux d'appui conseil

RC : Représentant communautaire

RI : Règlement intérieur

SIE : Secrétariat international d'Emmaüs

ANNEXES

Pistes de travail identifiées pour les programmes mutualistes

Les mutuelles en Afrique

LES PISTES DE TRAVAIL DÉTAILLÉES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS À LA SANTÉ

En termes d'adhésion

1. Acheter un outil de base de données ou créer un outil de gestion informatisé des adhérents (Excel), indiquant toutes les caractéristiques et informations nécessaires sur tous les adhérents (composition familiale, historique en tant que mutualiste, parcours de soins, prestations utilisées, état des cotisations...).

Les objectifs d'un tel outil seraient :

- D'avoir une meilleure visibilité du profil des mutualistes ;
 - De mettre en place et de faciliter une gestion nationale ;
 - De réaliser un meilleur suivi général des adhérents ;
 - D'affiner la politique d'adhésion et la stratégie d'élargissement (adhésions individuelles *versus* adhésions familiales).
2. Remplir avec précision ce nouvel outil et vérifier de manière minutieuse et régulière (chaque trimestre ou chaque semestre) les différentes caractéristiques de tous les mutualistes : composition familiale, tranche de cotisation correspondant au revenu du foyer, historique mutualiste, parcours et prestations de soins utilisées...
 3. Réfléchir à une stratégie d'élargissement des adhésions vers l'extérieur et la définir avant toute mise en œuvre.
 - Travailler à des modalités d'adhésion et de cotisation claires et déterminées selon les cibles externes ;
 - Réaliser une révision des prestations avant toute ouverture vers l'extérieur (prestations, plafonds...) ;
 - Elaborer une stratégie d'information-sensibilisation des adhérents extérieurs potentiels (sur la mutuelle, ses objectifs, son fonctionnement, ses règles, ses prestations, la fixation des modalités de collecte des cotisations...) ;
 - Demander impérativement au préalable à chaque groupe de proposer une stratégie pour les différentes cibles.
 4. Mettre en place une enquête sociale de terrain (soit douze ans après la précédente) permettant d'ajuster la politique d'adhésion et de cotisation.

En termes de cotisations

1. Sur le prélèvement à la source :
 - S'assurer de sa généralisation complète et automatique au sein des groupes ;
 - Etudier les possibilités de virement automatique de banque à banque pour régler les cotisations des membres salariés des groupes à la mutuelle (mensuelles au Bénin, trimestrielles au Burkina Faso) pour une mise en place rapide.
2. Travailler à une refonte des tranches de cotisation pour rendre le système plus solidaire : élaborer une nouvelle grille de cotisation par tranches de revenu (la grille actuelle date de 2012), qui prenne davantage en compte les écarts de salaire :
 - Proposer et actualiser les tranches de cotisation des membres mutualistes :
 - En fonction de l'évolution des ressources financières dans les familles (enquête sociale ?, travail rapproché avec la direction du groupe ?, demande des fiches de paie ?) ;
 - Intégrer de nouvelles tranches de cotisation pour les salaires les plus élevés, augmenter les cotisations individuelles, travailler à des cotisations spécifiques pour les membres extérieurs aux groupes.
 - Passer de trois à quatre, cinq ou six tranches de cotisation.
3. Mener un travail de sensibilisation pour expliquer la réussite de la modification de 2012 en termes de cotisation et faire comprendre les évolutions à venir avant la prochaine assemblée générale, qui pourra entériner ce travail.

En termes de prestations et de conventionnement avec les structures sanitaires

1. Reprendre un travail d'animation locale soutenu, le planifier, identifier les acteurs (référénts locaux, responsables de groupe, points focaux au Burkina Faso) et les cibles (structures sanitaires, mutualistes).
 - Continuer/reprendre la sensibilisation et la communication auprès des mutualistes en ce qui concerne les médicaments génériques, l'intérêt de fréquenter les centres de santé, le système mutualiste en général ;
 - Poursuivre la sensibilisation-information-communication sur les prestations prises en charge et celles qui sont exclues de la mutuelle (et ne rembourser que les prestations prises en charge) ;
 - Être davantage en lien avec les structures sanitaires conventionnées (mise à jour de la liste des adhérent·e·s, règlement des factures, points réguliers...).
2. Institutionnaliser les rencontres trimestrielles avec les mutualistes au niveau de chaque groupe.
 - Prévoir des échanges sur les difficultés rencontrées par les mutualistes, une participation à la réflexion et aux choix, des temps d'information et de sensibilisation ; les coupler avec les séances d'éducation à la santé ;
 - Revoir qui participe pour la mutuelle (référént·e + élu·e de la mutuelle/+ médecin-conseil au Bénin et point focal au Burkina Faso ?).

3. En ce qui concerne les conventionnements avec les structures sanitaires :
 - Evaluer tous les conventionnements en cours depuis plusieurs années et étudier l'opportunité d'en proposer de nouveaux, avec des outils de liaison plus adaptés en fonction des problèmes identifiés ;
 - Mettre en place un bilan annuel avec chaque structure sanitaire ;
 - Relancer le travail de conventionnement au Bénin pour augmenter le maillage des structures sanitaires sur le territoire. Etudier le cas particulier de Zabré au Burkina Faso ;
 - Organiser au Bénin une formation nationale sur la MSA auprès des référent·e·s de chaque structure sanitaire conventionnée (points focaux) à Cotonou ou Porto-Novo ;
 - Refaire une formation nationale sur la mutuelle auprès des référent·e·s de chaque structure sanitaire conventionnée à Ouagadougou, comme en 2016.
4. Analyser la répartition de l'utilisation des prestations de santé dans les rapports mensuels et annuels des mutuelles.
5. En vue des prochaines assemblées générales au Bénin et au Burkina Faso (et en lien avec les nouvelles conditions et règles d'adhésion et de cotisation à mettre en place), travailler à redéfinir le panier des prestations de santé (plafonnement, exclusion ou limitation de médicaments ou prestations). Par exemple :
 - Mettre en place un ticket modérateur différent (50 %, 60 %...) pour certaines prestations : médicaments de spécialité, radios, scanners... ;
 - Instituer un plafond de prise en charge pour les analyses de laboratoire : en nombre d'analyses par an et par personne et en montant ;
 - Limiter la prise en charge des consultations de spécialité en montant (3 000 FCFA/consultation) avec un ticket modérateur à 50 % ;
 - Ne prendre en charge que les interventions chirurgicales en urgence et non les interventions programmées (recours éventuel au fonds de solidarité) ;
 - Etudier la possibilité de fixer avec certaines structures sanitaires des forfaits de prise en charge par pathologie.

Examiner s'il est possible d'élargir ces nouvelles règles à d'autres prestations de santé réclamées depuis longtemps (consultation généraliste, par exemple).
6. Faire une comparaison avec la couverture santé dont bénéficient les salariés des groupes.
7. Réfléchir à la création éventuelle d'un fonds de solidarité pour la prise en charge de certaines maladies chroniques et de certaines interventions chirurgicales programmées (après étude du dossier) et réfléchir à la manière d'alimenter et de gérer ce fonds.

En termes de mode de remboursement

1. Continuer l'information et la sensibilisation au tiers payant (travail d'animation locale) :
 - Auprès des structures sanitaires (dans le cadre du conventionnement avec la mutuelle) ;
 - Auprès des mutualistes (pour qu'ils bénéficient de leurs droits).

2. Ne rembourser aux structures sanitaires conventionnées que les prestations prises en charge dans le cadre de la mutuelle (en expliquant clairement les raisons).

En termes de règles et de contrôle

1. Remettre en place un comité de contrôle au Bénin comme au Burkina Faso avec des membres élus ou volontaires à partir des prochaines assemblées générales et former leurs membres.

LES PISTES DE TRAVAIL DETAILLEES POUR AMELIORER LE FONCTIONNEMENT

En termes de gouvernance

Préparer et mettre en place au Bénin et au Burkina Faso des assemblées générales fin 2021/début 2022 avec des objectifs communs et des objectifs spécifiques.

1. Préparer les assemblées générales.

Cela implique :

- La préparation des propositions sur les différents thèmes à soumettre aux assemblées générales et assemblées générales extraordinaires ;
- La planification au plus vite d'un travail préparatoire aux assemblées générales afin de formuler des propositions, de sensibiliser et d'organiser un débat sur les changements possibles auprès des mutualistes dans les groupes :
 - Au niveau des statuts et des règlements intérieurs (travailler sur la base du document *Rôles et responsabilités des acteurs des MSA* existant) ;
 - Au niveau des propositions de nouvelles grilles de cotisation, de la révision du panier de prestations de santé... ;
 - Au niveau des élections des nouveaux membres des associations mutualistes.
- L'information et la sensibilisation au rôle d' élu-e au sein des mutuelles avant l'assemblée générale. Identifier au sein des deux mutuelles des volontaires en mesure de se présenter comme élu-e au bureau/CA et comité de contrôle. Réfléchir à des modes de contre-pouvoir et à des espaces impliquant les mutualistes (au Bénin notamment) ;
- Préparer l'organisation logistique des assemblées générales.

2. Tenir les assemblées générales.

Des objectifs communs :

- Débattre des changements proposés pour chaque mutuelle, travaillés en amont par les acteurs (mutualistes, groupes, organisation nationale, Emmaüs International), afin de les valider ou de susciter des pistes de réflexion et de travail (panier de soins, plafond pour certains soins, politique d'élargissement à l'extérieur, nouvelle grille de cotisation par revenu...) ;
- Organiser des assemblées générales extraordinaires en marge des assemblées générales, afin d'entériner le travail préalable mis en œuvre pour proposer des

changements statutaires (durée des mandats, régularité de l'assemblée générale, précisions sur le rôle des élu·e·s...) et au niveau du règlement intérieur (intégration du fonctionnement précis de la mutuelle, intégration d'un document *Rôles et responsabilités des acteurs*, précisions sur le panier de soins...).

Des objectifs spécifiques :

- Au Bénin, il s'agira de restaurer une vie démocratique et une gouvernance avec des acteurs élus qui prennent leurs responsabilités et contribuent à dynamiser, à faire vivre la mutuelle et à impliquer les acteurs ;
- Au Burkina Faso, il s'agira de renouveler une partie des élu·e·s pour permettre la continuité du travail et la formation continue, en termes de rôle et de responsabilités sur une mandature, des nouveaux élus par les plus anciens.

3. Après les assemblées générales.

- Dès la fin de l'assemblée générale au Bénin, une première formation de deux à trois jours pourra être engagée pour les nouveaux élus, réalisée par un collectif composé d'un ou deux membres historiques de la MSA Bénin, d'un ou deux membres du bureau actuel de la MSA Burkina Faso, d'un membre du Secrétariat international d'Emmaüs ou d'un élu·e d'Emmaüs International. Les acteurs devront échanger et réfléchir à la possibilité et à l'opportunité de renouveler cette formation une seconde fois en cours de mandat ;
- Dès la fin de l'assemblée générale au Burkina Faso, une formation d'une demi-journée par les anciens élus devra être mise en œuvre auprès des nouveaux élus, avec la planification d'autres temps de formation si besoin. La présence du Secrétariat international d'Emmaüs ou d'un·e élu·e d'Emmaüs International pourra être requise.
- Organiser la tenue d'un conseil d'administration et d'un bureau au sein de chaque équipe mutualiste pour fixer les priorités, répartir et planifier le travail.

En termes d'animation

Faire vivre une mutuelle dépasse les seules missions des élu·e·s qui prennent part à l'animation. D'autres acteurs doivent intervenir : référents locaux, responsables de groupe, organisation nationale Emmaüs. Et Emmaüs International doit accompagner chacun de ces acteurs dans son rôle propre.

Nous avons déjà constaté que l'animation au sein des mutuelles en Afrique n'a pas su s'adapter au changement et au passage de la mutuelle d'une échelle locale à une échelle nationale.

Pour permettre aux acteurs des mutuelles d'assumer leur rôle, il est donc urgent qu'Emmaüs International intervienne et prenne ses responsabilités en termes d'accompagnement d'une part, et en agissant sur les groupes et les organisations nationales d'autre part, afin que leurs responsables assument pleinement leur rôle et que les référent·e·s puissent, sous la supervision de ces responsables, développer sereinement les activités.

1. Urgences/leviers à mettre en place :

- Organiser une rencontre entre Emmaüs International et les responsables de groupe seuls, au Bénin et au Burkina Faso ;

- Faire travailler collectivement les acteurs (Emmaüs International, organisation nationale, responsables de groupe, référent·e·s, élu·e·s des mutuelles) sur la manière d’agencer, de dynamiser, d’amplifier et mettre en œuvre l’animation locale ;
- Redynamiser l’existence sur le plan national d’Emmaüs Bénin et d’Emmaüs Burkina Faso (qui doivent être des lieux de mobilisation, de réflexion, de circulation de l’information, d’analyse...) et réfléchir aux actions possibles de la part d’Emmaüs International et de la région Afrique à cet égard ;
- Etudier s’il faut formaliser davantage la mise à disposition des référents locaux avec chaque groupe ;
- Remettre en place un comité de pilotage international et instaurer un comité de pilotage régional ;
- Mutualiser les pratiques d’animation entre les mutuelles.

2. Actions à moyen terme :

- S’assurer de l’accompagnement des référent·e·s et des élu·e·s de la mutuelle par les différents acteurs (Emmaüs International, groupes locaux, organisation nationale, mutualistes...) ;
- Renforcer les capacités des référent·e·s et des acteurs dans certains domaines de gestion et d’utilisation des outils ;
- Instaurer à l’échelon national, pour les différents acteurs, des sessions de formation ou de rappel sur la mutuelle, son fonctionnement, les rôles et missions des uns et des autres ;
- Obtenir chaque mois des retours exhaustifs et qualitatifs des actions mises en œuvre localement sur chaque territoire ;
- Institutionnaliser les rencontres trimestrielles avec les mutualistes au niveau de chaque groupe ;
- Formaliser et institutionnaliser les rencontres régulières avec les structures sanitaires conventionnées.

3. Actions à réaliser au Burkina Faso :

- Explorer, accompagner et encadrer les travaux et la contractualisation des PFAC (points focaux d’appui conseil) ;
- Revoir le processus de travail avec Pag-la-Yiri : la singularité de ce territoire (très étendu, en milieu rural, avec des familles souvent isolées) complique la gestion et l’animation de la mutuelle pour le référent ;
- Retrouver un lieu de travail digne pour la secrétaire nationale d’Emmaüs Burkina Faso.

4. Actions à réaliser au Bénin :

- Renouveler le contrat du médecin-conseil après évaluation de son travail chaque année ;
- Formaliser le lien avec des relais identifiés au sein des structures sanitaires conventionnées (ajout dans les textes de conventionnement/discussion préalable avec la direction ?).

En termes de gestion

Concernant les outils de gestion

1. Informatiser les données (dans les deux mutuelles) ! Ce travail est un objectif depuis plusieurs années, mais il n'a pas encore commencé, y compris au Bénin où des ordinateurs ont été fournis aux quatre référents locaux. Il est urgent de le mettre en route dans les deux mutuelles avec des tableurs Excel, tout en réfléchissant à la construction de ces outils pour une meilleure utilisation.
2. Revoir les conventions des structures sanitaires, insister sur les bilans, dès que le travail sur la révision des prestations aura été réalisé.

Concernant les outils de reporting

1. Travailler collectivement pour refondre ou améliorer les outils de reporting.
 - Revoir les reportings mensuels (synthèses mensuelles) : refondre et uniformiser les synthèses (intégration d'un point d'avancée sur les différents travaux et objectifs de la mutuelle au Bénin, de la répartition et de l'analyse des prestations au Burkina Faso, des indicateurs de consommation de génériques/médicaments de spécialité...);
 - Proposer une trame relative au rapport d'activité et au rapport financier pour la mutuelle au Bénin (sur la base des rapports de la mutuelle du Burkina Faso) ;
 - Disposer d'un outil de suivi de la comptabilité et créer un nouvel outil pour pouvoir faire des points plus fréquents (mensuels ou trimestriels) de suivi des recettes et dépenses des mutuelles ;
 - Retravailler à un outil de suivi/base de données des adhérents ou envisager l'achat d'un logiciel de gestion des adhérents (cf. point sur les adhésions).

Concernant le travail et les outils du médecin-conseil

1. Actions à réaliser au Bénin :
 - Continuer les missions et faire évoluer le contrat vers un appui orienté davantage sur les « analyses des données du CNG et des indicateurs de santé » et sur la réalisation des bilans annuels auprès des structures sanitaires conventionnées ;
 - Mettre en place davantage de points réguliers avec le médecin-conseil ;
 - Modifier la période de contractualisation (passer du 1^{er} janvier au 31 décembre).
2. Actions à réaliser au Burkina Faso :
 - Evaluer les travaux des PFAC.

En termes de suivi budgétaire, financier et d'autosuffisance

Sur la tenue/visibilité financière

- Définir et instaurer des procédures, des temps et des outils de suivi plus adaptés et plus réguliers (états financiers, grands livres des dépenses, outils de suivi comptable...) pour bénéficier de plus de visibilité, d'une analyse plus approfondie et permettre un meilleur accompagnement du Mouvement vers plus d'autonomie financière.

En ce qui concerne les dépenses de santé

- Mettre en place un fonds de solidarité pour la prise en charge de prestations exceptionnelles. Réfléchir collectivement à sa forme, sa gestion, ses ressources, ses critères d'accessibilité, son plafonds...

En ce qui concerne les dépenses de fonctionnement et celles relatives à la vie de la mutuelle (animation et gouvernance)

- Adapter les outils afin de disposer d'une visibilité, d'un suivi sur les diverses dépenses de fonctionnement et celles liées à de la vie des mutuelles : diviser les budgets annuels (prévisionnels, de suivi et finaux) en quatre chapitres : ressources, accès à la santé, fonctionnement, vie de la mutuelle (gouvernance et animation).
- Mettre en place la contribution des groupes aux « petites » dépenses financières mensuelles de fonctionnement.

En ce qui concerne les ressources

- Faire des bilans financiers et des rapports d'impact de la réception des deux types de conteneurs (articles de vente et matériel médical) pour travailler à une stratégie permettant plus d'efficacité.
- Renforcer le respect par les groupes locaux de leur engagement en matière de contribution financière annuelle à la mutuelle, voire aller plus loin. Les contributions décidées (par les groupes eux-mêmes) représentent 200 000 FCFA par an, soit 16 600 FCFA par mois (25 € environ). Cette contribution pourrait être portée de 200 000 FCFA à 300 000 FCFA par an, soit 25 000 FCFA par mois (38 €).
- Le Mouvement doit prendre ses responsabilités en cas de non-respect des engagements par les groupes.
-

Les mutuelles en Asie

LES PISTES DE TRAVAIL DÉTAILLÉES POUR AMÉLIORER L'ACCÈS À LA SANTÉ

A TARA

En termes d'adhésion

- Connaître plus précisément le taux de renouvellement, mettre en place des outils et une adhésion allant de janvier à décembre, revoir les outils de suivi et de reporting.
- Revoir la fréquence d'engagement de l'adhésion (annuelle, semestrielle ou mensuelle ?) : cela comporte le risque de voir des adhérents partir, mais l'acte d'engagement est plus fort. Réfléchir à des solutions de collecte financière : collecte d'épargne, par exemple.
- Puisqu'un nombre significatif est atteint, travailler sur l'adhésion familiale et des critères plus stricts d'adhésion et d'accès aux soins (ne pas limiter l'accès aux soins, mais rendre les mutualistes plus responsables).

En termes de cotisations

1. Même si cela semble très compliqué au regard du contexte socio-économique de la population mutualiste, étudier la possibilité d'une différenciation de la cotisation en fonction du revenu des familles.
2. Etudier la possibilité de modifier la fréquence de règlement des cotisations.

En termes de prestations et de partenariats

1. Revoir et refondre les tarifs du panier de soins pour les membres et les non-membres.
2. Continuer de sensibiliser les mutualistes (notamment les nouveaux) à l'équilibre fragile de la mutuelle et au danger de la surconsommation.

En termes de ratio « dépenses-ressources »

1. Mettre en place une règle pour limiter les augmentations de salaire au sein du centre de Badarpur.
2. Revoir les tarifications au centre, les réaffirmer et veiller à leur bonne application.

A THANAPARA

En termes d'adhésion

1. Relancer le programme d'une manière générale. Réaffirmer les objectifs, faire des séances de sensibilisation auprès des mutualistes.
2. Faire une étude sociale (composition des familles), puis retravailler la politique d'adhésion (passage à des adhésions familiales).

En termes de cotisations

1. Retravailler les modes de recouvrement des cotisations pour chaque catégorie de mutualistes avec une organisation et une méthode prédéfinies ;
2. Continuer l'intégration progressive des mutualistes microemprunteurs : proposer une stratégie par étapes.
3. Réviser la politique en matière de cotisation en fonction de la catégorie et du type d'adhésion :
 - Ajuster le tarif des cotisations selon les catégories et les revenus ;
 - Proposer un tarif préférentiel pour les adhésions familiales (50 takas par mois et par famille ?).
4. Mettre en place une animation pour présenter et proposer les différents *scenarii* de changement aux mutualistes.

En termes de prestations et de partenariats

1. Retravailler la tarification des services et prestations de santé au centre pour les membres et les non-membres, les communiquer et les appliquer.
2. Revoir la grille de remboursement des hospitalisations pour aller jusqu'à 80 % de remboursement sur les hospitalisations dont les coûts sont les plus élevés.

En termes de ratio « dépenses-ressources »

1. Utiliser la même matrice budgétaire chaque année, revoir, refaire les budgets, accompagner le groupe.
2. Mettre en place une règle pour limiter les augmentations de salaire au sein du centre de santé.
3. Etudier et revoir la ventilation des coûts liées à l'ambulance sur les différents programmes qui l'utilisent.
4. Dans un premier temps, faire valider les utilisations de budget avant réalisation ?

Des leviers existent pour améliorer ce ratio, mais le Mouvement doit les accompagner.

LES PISTES DE TRAVAIL DÉTAILLÉES POUR AMÉLIORER LE FONCTIONNEMENT

A TARA ET THANAPARA

En termes de gouvernance

1. Accompagner l'élaboration d'une stratégie pour instaurer une gouvernance ressemblant à celle d'une association, informelle compte tenu du contexte juridique existant, mais avec des personnes élues, en définissant les rôles, les espaces de réflexion et de proposition, avec un cadre clair...
2. Accompagner et renforcer les compétences des personnes.

En termes d'animation

1. Impliquer davantage les acteurs et renforcer leurs compétences dans le domaine de la gestion de la mutuelle.
2. A Thanapara, appuyer le groupe pour réfléchir, travailler et mettre en œuvre une organisation en matière d'animation du programme mutualiste, redéfinir le rôle des acteurs salariés investis. Le coordinateur du programme a-t-il la légitimité et/ou la disponibilité nécessaire ? L'infirmier pourrait-il, avec un renforcement de ses capacités, être plus impliqué dans l'animation de la mutuelle ?

En termes d'outils de gestion

1. Construire un outil de suivi budgétaire pour permettre un meilleur suivi chaque mois : structurer et identifier précisément les écritures comptables, disposer des extraits de compte bancaire avec ressources et dépenses exhaustives.
2. Informatiser les outils de suivi qui ne le sont pas.

3. Demander à Thanapara de construire et de rédiger un document de politique générale.

En termes d'outils de reporting

1. Faire évoluer ou reconstruire certains outils pour les adapter au changement ou permettre un meilleur suivi et une analyse approfondie.
2. Informatiser tous les documents, même si cela prend du temps au départ. Mettre en place un accompagnement technique de la part du Mouvement pour la réalisation des outils et la création de procédures de travail.
3. Etudier l'achat éventuel d'un logiciel en réseau pour gérer les adhésions des deux mutuelles, voire des quatre.
4. Mettre en place des outils de suivi plus qualitatifs.
5. Elaborer une trame commune du rapport d'activité et du rapport financier annuels pour les différentes mutuelles, en précisant les informations souhaitées (Emmaüs International) et accompagner les mutuelles dans la réalisation de ce travail.
6. Mettre en place des temps de travail pour mutualiser les pratiques entre les deux mutuelles d'Asie (puis en les quatre mutuelles) pour uniformiser, si c'est possible, les outils de gestion et de reporting.

En termes de suivi budgétaire, d'états financiers et d'autosuffisance

1. Revoir les budgets et la ventilation des coûts de fonctionnement et préciser les différentes ressources et dépenses.
2. Mettre en place une réflexion (avec Emmaüs International) et des règles concernant la masse salariale : faut-il limiter les salaires (de fonctionnement et/ou pour l'accès à la santé) ou la hausse constante des salaires chaque année ? Faut-il demander au groupe de prendre en charge la part salariale non assumée par le budget d'Emmaüs International (d'où la nécessité de renforcer la capacité des mutualistes à participer activement au travail d'animation et de gouvernance).
3. Mettre en place une réflexion (avec Emmaüs International) et des règles d'utilisation pour les réserves liées au cumul des cotisations et/ou aux fonds annuels d'Emmaüs International non utilisés.

NB : En ce qui concerne Thanapara, un groupe d'accompagnement d'Emmaüs est en place et doit se rendre à Thanapara pour étudier les difficultés rencontrées par le groupe, qui ont aussi des conséquences sur le programme mutualiste d'accès à la santé.

Dans ces deux mutuelles d'Asie, en dépit de la volonté des acteurs de mettre en place une alternative, le contexte social et les contraintes structurelles fragilisent la progression des systèmes mutualistes.

On peut se poser la question suivante : le système tel qu'il est élaboré est-il viable à terme ? Sans lien financier systématique des adhérents avec les groupes, sans adhésion familiale obligatoire, avec des populations beaucoup plus pauvres (et des coûts de fonctionnement bien plus élevés puisqu'il s'agit d'assurer les frais de fonctionnement du centre), l'autosuffisance est-elle accessible ?

L'autosuffisance, qui se stabilise aujourd'hui, peut sans doute progresser encore si l'on actionne les leviers identifiés. Toutefois, si le Mouvement souhaite aller plus loin, il est nécessaire qu'il accompagne plus et mieux les acteurs et qu'il s'engage à poursuivre cette solidarité financière internationale.

Question au Mouvement : serait-il opportun, comme en Afrique après dix ans d'existence, d'utiliser les services d'une expertise externe pour réaliser un état des lieux précis ainsi qu'une étude sanitaire et sociale ?

Vos contacts au sein du Secrétariat International d'Emmaüs

Thomas Bodelet

Chargé de mission Solidarité Internationale et Interpellation Politique



t.bodelet@emmaus-international.org

Anaïs Gournay

Chargé de plaidoyer



a.gournay@emmaus-international.org

CONTACT

Emmaüs International

47 avenue de la résistance
93104 Montreuil Cedex-France
Tel. +33 (0)1 41 58 25 50
Fax +33 (0)1 48 18 79 88
contact@emmaus-international.org
www.emmaus-international.org

Capitalisation et réalisation :

Thomas Bodelet

Comité de rédaction :

Anaïs Gournay, Stéphane Melchiorri,
Pascale Naquet et Nathalie Péré-Marzano

Crédits photographiques

Didier Gentilhomme, Digital Rangrez
et Emmaüs International



emmaüs

INTERNATIONAL

PROVOCATEURS DE CHANGEMENT



Emmaüs International



emmausinternational



EmmausInter_fr



Emmaüs International



emmausinternational