

Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : Une interaction dynamique

Bart Criel, Pierre Blaise, Daniel Ferette

Résumé : La qualité perçue des soins est un élément important dans la décision des ménages africains à adhérer ou non à une mutuelle de santé. En effet, l'expérience empirique nous montre qu'il y a trois facteurs clés dans la décision d'adhérer à une mutuelle de santé : la capacité des ménages à payer les contributions, la confiance que les gens ont dans la gestion du système, et la qualité de l'offre dans les structures auxquelles la mutuelle de santé donne accès.

Nous faisons l'hypothèse qu'une mutuelle de santé peut aussi constituer un levier pour améliorer la qualité de l'offre. D'abord via un levier financier : une mutuelle de santé peut apporter aux services de santé de nouvelles ressources financières. Ensuite, il y a un levier contractuel : le contrat établi entre la mutuelle de santé et le service de santé peut constituer un moyen pour peser sur la qualité de l'offre. Un dernier levier finalement est celui du militantisme des mutualistes qui vont veiller à ce que tout se passe comme convenu. Aujourd'hui, les données validant ou pas cette hypothèse restent encore ... fragmentaires.

Un obstacle de taille auquel nous faisons face dans l'étude de l'interaction entre mutuelles de santé et qualité des soins est la difficulté de définir cette dernière. Patients et prestataires perçoivent et définissent la qualité des soins de façon différente.

Nous proposons que la qualité des soins est un concept socialement construit dans un contexte donné. L'interaction entre mutuelles de santé et prestataires de soins, avec l'espace d'échange et de dialogue que cette interaction implique, constitue une opportunité pour arriver localement à une définition plus consensuelle de ce qu'est la qualité des soins. Il convient d'explorer les modalités pour gérer un tel processus interactif et d'étudier ses effets sur la qualité des soins.

INTRODUCTION : POURQUOI LA QUALITÉ DES SOINS EST-ELLE SI IMPORTANTE POUR UNE MUTUELLE DE SANTÉ EN AFRIQUE ?

Le problème de l'accès aux soins en Afrique Sub-Saharienne est sérieux. Les systèmes de santé africains sont en crise. Après leur indépendance, les États ont réduit leur contribution au financement des services de santé, si bien qu'aujourd'hui les patients doivent financer de leur poche la plus grosse part du coût des soins. Un énorme problème d'accès financier aux soins se pose donc. Comme les mutuelles de santé¹ ont pour raison d'être de faciliter cet accès, leur développement était attendu et souhaité. Dans plusieurs pays d'Afrique, le concept de mutuelle est compris, il séduit et intéresse la population². Pourtant, tant en Afrique de l'Est qu'en Afrique de l'Ouest, leur développement a été moins rapide qu'espéré par leurs promoteurs. Le pourcentage de la population cible qui y adhère est faible³, de même que la part de la dépense de santé des ménages qu'elles prennent en charge.

Une revue de la littérature⁴ a permis de dégager les causes de la faible couverture des systèmes de mutualisation du risque maladie. Elle a fait apparaître toute une série de facteurs dont trois semblent particulièrement importants dans la décision d'adhérer ou non à une mutuelle de santé⁵. Ce sont :

- 1 La capacité des ménages à payer les cotisations à la mutuelle. Même si on ne prend pas en compte les indigents⁶, une part non négligeable de la population rencontre des difficultés pour cotiser, soit lorsqu'elle ne bénéficie pas de revenus stables, soit lorsqu'il s'agit de familles nombreuses.
- 2 La confiance qu'ont les gens dans les promoteurs et le système de gestion de la mutuelle. Certaines ont été gérées de façon calamiteuse et des souvenirs subsistent.
- 3 Enfin et surtout, la qualité des soins telle qu'elle est perçue par les adhérents.

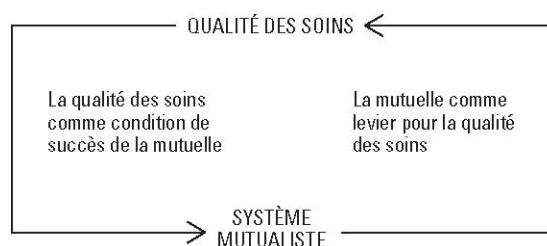
Que ce dernier facteur soit déterminant ne nous étonnera point. Adhérer à une mutuelle de santé, c'est décider d'échanger le paiement régulier de cotisations à la mutuelle contre la prise en charge par celle-ci de tout ou partie des frais de recours aux soins. C'est préfinancer, de façon solidaire, le coût de soins de santé. Cela n'a de sens que si ce qui doit être financé en vaut la peine, a une valeur suffisante, c'est-à-dire si les soins ont une qualité suffisante. Une mutuelle ne connaîtra le succès que dans des régions où la qualité des soins est perçue comme satisfaisante et où la population cible a une confiance suffisante dans la dispensation des soins⁷.

LA CRISE DES SYSTÈMES DE SANTÉ AFRICAINS : LA SPIRALE DE DÉGRADATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

Dans les pays où l'État a la responsabilité à la fois de l'organisation et du financement des services de santé, la limitation des moyens budgétaires disponibles a eu des retombées directes sur l'efficacité des services de santé et la qualité des soins délivrés. L'application à certains pays de plans d'ajustement structurel a encore aggravé la situation⁸. Beaucoup de formations sanitaires ont cessé d'être fonctionnelles ou ne reçoivent pas les moyens correspondant à la mission qui leur est impartie, et une spirale de dégradation se met en place. Echaudés par une qualité de services insuffisante, les usagers hésitent à recourir aux soins, privant ainsi les services de santé des recettes qui leur parviennent normalement le plus rapidement : les participations personnelles qu'ils paient. De plus, le manque de confiance dans les services de santé provoque le recours à des alternatives souvent dommageables, comme les thérapies traditionnelles ou les circuits illicites de délivrance des médicaments tels que les pharmacies « trottoir » ou « par terre ». Les patients consultent tardivement, avec dès lors un état de santé aggravé et un besoin de soins plus lourds. Lorsqu'ils finissent par s'adresser aux services de santé, ceux-ci ont encore plus de difficultés à prendre en charge les traitements.

Lorsque la population n'a plus confiance dans le système de soins, créer une mutuelle n'a guère de sens. Ainsi, avant de lancer une mutuelle de santé, il faut remettre à niveau la qualité des services de santé, renforcer l'offre de soins pour pouvoir ensuite relancer la demande⁹. Et vice-versa, quand une mutuelle de santé est lancée, la qualité des soins est au centre de ses préoccupations (voir graphique).

Graphique 1 : Lien mutuelle-qualité



Si les adhérents sont mécontents de la qualité des soins, même une mutuelle bien construite, bien gérée et qui a bien démarré, verra son effectif stagner voire régresser. Elle doit donc prendre des initiatives pour améliorer cette qualité des soins, en collaboration avec les prestataires.

MAIS QUE SIGNIFIE : « AMÉLIORER LA QUALITÉ » DES SOINS ?

Les différents acteurs du système de santé ont leur conception de la qualité, privilégiant les dimensions qui sont, à leurs yeux, essentielles¹⁰. Si on se place dans l'optique du patient, ce sera son niveau de satisfaction personnelle¹¹. Après l'accès géographique à la formation sanitaire, le patient sera surtout sensible à la qualité de l'accueil et de la relation avec le prestataire (écoute et respect), au délai d'attente pour obtenir rendez-vous et soins, à la qualité du cadre et l'agrément du cabinet de consultation, au caractère adéquat de l'information fournie. Sur la base de leurs expériences personnelles ou de celles de leurs connaissances et en parlant autour d'eux, les patients se forment une opinion et sont plus ou moins satisfaits. Cette opinion positive ou négative pour subjective qu'elle soit, aura des conséquences sur le recours aux soins, la santé financière du système de soins, et la volonté des ménages d'affecter une part de leurs ressources au financement des soins.

Le professionnel privilégiera la conformité du traitement aux indications de la science généralement admise (evidence based medicine) et aux meilleures pratiques (le regard et la vision de ses pairs). Les gestionnaires seront soucieux de la conformité des soins à des standards définis pour la prestation de service ou le traitement (au niveau micro).

À un niveau plus élevé, ils se préoccupent aussi de la réalisation des objectifs fixés dans le cadre de la politique de santé ou des programmes verticaux. La relation coût/efficacité sera un critère décisif pour une bonne qualité des soins.

Etant donné ces différences d'optiques que nous avons évidemment poussées à la caricature, Lohr¹² a pu constater qu'il existait une centaine de définitions de la qualité. Si les définitions de la qualité sont si nombreuses, il sera difficile d'avoir une vision unique de ce qu'il faut faire pour l'améliorer, et même seulement pour la mesurer. Mais à défaut de trouver cette définition, il est possible de faire un relevé des composantes de la qualité, des déterminants auxquels les divers acteurs reconnaissent une certaine importance. Ainsi la qualité n'apparaît pas comme une variable dichotomique. On n'est pas dans le « tout ou rien ». Par rapport à divers déterminants, on atteint un niveau plus ou moins élevé. Pris isolément, aucun de ces déterminants n'est un indicateur complet de la qualité. Il faut donc se résoudre à regrouper différents déterminants pour constituer un cadre d'analyse de la qualité acceptable pour les divers acteurs du système de santé. Il pourrait ainsi comporter la plupart des éléments suivants, exprimés de manière plus concrète :

- satisfaction des patients et en particulier qualité de la relation avec le prestataire
- accessibilité (dans le temps et financière)
- efficacité
- sécurité du traitement
- rapport coût/efficacité
- continuité

Pour que pareil cadre puisse être utile à des fins de mesure et d'évaluation, une pondération des différents déterminants doit être définie. Vu les visions propres à chacun des acteurs, on risque de se retrouver avec un nombre encore plus grand de grilles d'analyse de la qualité . . . , sauf si les divers acteurs admettent la nécessité de s'accorder sur des pondérations et priorités.

L'exercice est délicat car la notion de qualité est utilisée dans des perspectives parfois opposées pour défendre certains intérêts propres. Ainsi, lorsqu'ils définissent la qualité d'une manière qu'ils sont les seuls à bien maîtriser (la conformité à la science, aux preuves scientifiques), les prestataires tentent de se préserver une certaine autonomie professionnelle. Au contraire, lorsqu'ils mettent l'accent sur l'aspect coût/efficacité et définissent des normes pour une fourniture de soins efficiente, les gestionnaires (autorités sanitaires, gestionnaires d'institutions, de programmes et aussi mutuelles) entendent réduire la sphère de liberté des prestataires pour influencer leur comportement.

Lorsque les patients désirent une relation avec le prestataire empreinte d'écoute et de respect, un vrai dialogue, un accès rapide et un accueil dans des locaux agréables, tout ceci peut aller à l'encontre du souci des gestionnaires de rationaliser et standardiser le processus de soins et de maîtriser les coûts. Lorsque la mutuelle recherche auprès des formations sanitaires un meilleur rapport coût/qualité pour les soins à ses adhérents, celles-ci pourront y voir un danger¹³. Les enjeux de pouvoir sont bien présents dans la recherche de la qualité des soins. Des risques de conflits de pouvoir se profilent donc. Souvent le dialogue entre deux acteurs débouchera sur la confrontation.

Tous les déterminants de la qualité que nous avons cités ont cependant du sens et une certaine importance. Tous les acteurs soucieux de maintenir le système en conviendront. Ce qui crée problème, c'est leur importance relative et le choix des priorités. En fait, la qualité suppose la présence d'un peu de chacun des attributs précités. Ainsi les gestionnaires ne peuvent ignorer l'importance de l'aspect humain et relationnel de la fourniture de soin. De même, les professionnels ne peuvent négliger le poids des contraintes économiques sur le financement de leurs activités et la nécessité, pour une plus grande efficacité, d'une certaine standardisation des procédures.

Il reste donc aux acteurs à s'entendre, en fonction d'une analyse du contexte, sur l'importance à conférer à chaque attribut de la qualité, et sur les priorités dans les actions à mener. Comme la vie et le contexte social sont très mouvants, les acteurs désireux de garantir ou améliorer la qualité des soins s'engageront, en fait, dans un processus d'ajustement permanent de l'importance des attributs de qualité. Plus ce processus sera participatif et débouchera sur une vision partagée, plus il y a de chances que les acteurs s'impliquent dans les actions visant à améliorer la performance par rapport à un attribut donné. Le processus devant conduire à un équilibre entre les valeurs des divers protagonistes, il y aura aussi un équilibre dans les actions à mener, celles souhaitées par chacun des acteurs du système de soins dépendant pour leur mise en œuvre d'une certaine contribution des autres. Le renforcement de la présence d'un attribut de qualité n'a pas nécessairement pour conséquence une dégradation au regard d'un autre. Mais comme les ressources pour des actions visant à améliorer différents indicateurs sont limitées, l'énergie et les moyens utilisés pour améliorer un attribut ne sont plus disponibles pour améliorer un autre.

La qualité des soins est donc un concept construit par rapport à un contexte donné et donc très évolutif. Les acteurs partent d'un état donné de la qualité et veulent faire bouger les choses, dans une direction qui est bonne d'abord pour eux, mais probablement aussi pour d'autres. Notons en passant que cette vision dynamique de la qualité se heurte à certaines pratiques visant à garantir la qualité via une accréditation des prestataires et structures de santé. Ainsi, l'accréditation, c'est parfois tout ou rien : le prestataire satisfait ou non à des conditions fixées. Si elle est obtenue une fois pour toutes, elle peut engendrer un certain immobilisme : « Nous avons eu ce label, et maintenant qu'on nous laisse tranquille ». Et on oublie les exigences auxquelles il fallait satisfaire ! En fait, pour maintenir la compétence des professionnels également, il faudrait mettre en place un processus continu et participatif pour rester en phase avec l'évolution des bonnes pratiques. Une accréditation devrait donc «se mériter tous les

jours».

Nous avons ainsi montré le caractère relatif, évolutif, dynamique de la recherche d'améliorations par rapport à divers attributs de la qualité des soins.

QUE PEUT FAIRE UNE MUTUELLE DE SANTÉ ?

Comme ses membres souhaitent des soins de qualité, elle va naturellement s'efforcer de négocier avec les prestataires une amélioration de cette qualité des soins. Elle fournira aussi à ses membres une information utile pour qu'ils recourent aux soins de façon avisée (respect des règles et conventions), dialoguent et interagissent efficacement avec les prestataires (bonnes attitudes, bonnes questions, bonne mémoire de ce qui a été dit par le prestataire). Elle peut jouer le rôle d'un intermédiaire informé, actif et compétent entre patients et prestataires.

Dans les pays africains, l'étroitesse des moyens financiers des systèmes publics de santé et la faible capacité de paiement d'une grande partie de la population et de ses systèmes d'assurance imposent des limites aux normes et objectifs de qualité qu'ils se fixent. Une grande part des traitements conformes aux indications de la science des pays occidentaux ne peut pas être payée par les populations, les États, ni par des systèmes de protection sociale ou d'assurances encore embryonnaires. Dans ces pays, la qualité et les bonnes pratiques sont définies de façon moins précise et moins exigeante pour les prestataires. Les structures pour en suivre le respect sont encore embryonnaires. Les usagers des systèmes de soins ont donc moins de garanties. De plus, les autorités sanitaires organisent et gèrent des services publics de soins parfois déficients. Elles sont en situation délicate lorsqu'elles soutiennent la définition de normes auxquelles leurs services publics de santé ne satisfont pas. Et que peuvent-elles réaliser de façon efficace si elles ne disposent pas de l'information et de la capacité administrative suffisante ?

Dans pareil contexte, les initiatives de mutuelles de santé visant à garantir ou améliorer la qualité des soins semblent nécessaires et bienvenues. Les mutuelles de santé peuvent contribuer à améliorer la qualité des soins par leur dialogue et leurs relations avec les prestataires de soins grâce aux leviers¹⁴ que nous allons décrire. Nous évoquerons aussi ce qu'elles peuvent faire en relation avec les autres acteurs¹⁵.

Un levier financier

La mutuelle de santé apporte aux services de santé des ressources supplémentaires et plus stables dans le temps, qui leur permettent d'améliorer la qualité des soins lorsque leurs insuffisances sur le plan de la qualité résultent d'une insuffisance de moyens financiers. En rendant leur demande de soins plus solvable, elle permet à ses adhérents un recours aux soins plus fréquent. Elle augmente ainsi le chiffre d'affaires des prestataires de soins, qui peuvent donc s'engager davantage dans une activité mieux financée. Par exemple, un recours aux soins plus élevé de la part des mutualistes a augmenté les recettes du centre de santé dans le projet Prima en Guinée¹⁶. Si les services de santé ne disposent pas d'un financement suffisant, et que l'apport de la mutuelle est conséquent, ce levier peut être fort.

Un levier contractuel

Si la mutuelle prend en charge uniquement les soins délivrés par les formations sanitaires avec lesquelles elle a conclu une convention, elle pourra, dans cette convention, inclure certaines exigences quant à la qualité des soins fournis. Par exemple une mutuelle prenant en charge les médicaments négociera avec les prescripteurs et pharmacies qui ont passé une convention avec elle, diverses dispositions pour encourager la prescription de médicaments génériques essentiels.

Ce faisant, elle améliorera l'accessibilité des soins et procurera une valeur ajoutée à ses membres.

Un levier de contre-pouvoir vis-à-vis des prestataires de soins

Grâce à la capacité des membres de la mutuelle de se défendre, leurs droits seront mieux respectés et les abus seront sanctionnés. Les adhérents à la mutuelle sont mieux informés au sujet des problèmes d'accès aux soins, des soins délivrés par les formations sanitaires et de leurs coûts. Plus sûrs de leur bon droit, ils peuvent se montrer plus exigeants et exprimer leur point de vue avec davantage de force. Par ailleurs, les membres des mutuelles ne sont plus isolés, soumis. Ils ont des canaux et relais d'information (l'Assemblée Générale de la mutuelle ou le contact avec des délégués). Ils peuvent décider d'adopter des comportements communs dans la relation avec les prestataires de soins¹⁷. Avec la mutuelle, ils ont des moyens (financiers et humains) pour défendre un point de vue commun au nom d'un groupe important d'adhérents.

Un levier de porte-parole compétent des usagers dans les débats et enjeux de politique de santé

Enfin, les réunions de « la Concertation »¹⁸ nous ont suggéré un quatrième levier. Ensemble, les mutuelles de santé pourraient exprimer avec compétence la voix des usagers, dans les débats de politique de santé et particulièrement par rapport à la qualité des soins. Porteur de valeurs de solidarité, participation, démocratie, un ensemble de mutuelles de santé pourrait contribuer à éclairer certains débats et enjeux stratégiques dans différents pays d'Afrique de l'Ouest. Par cette participation aux débats, les mutuelles de santé bénéficieront d'une légitimité de représentants des usagers et d'un crédit renforcé dans leur pays.

DES LEVIERS PUISSANTS ; EN FAIT, PAS SI PUISSANTS QUE CELA !

En théorie, la mutuelle de santé peut donc mettre en œuvre de puissants leviers pour améliorer la qualité des soins. Certains promoteurs des mutuelles de santé ont même eu l'espoir qu'il suffise de mettre en place une mutuelle de santé pour que la qualité des soins s'améliore. La littérature existante concernant les expériences de mutuelles de santé est trop limitée pour valider ou infirmer cette vision théorique. Il y a, à notre connaissance, peu d'expériences bien documentées qui décrivent un impact sur la qualité des soins. Quelle est l'explication de cela ? Certes, il n'est pas simple de mesurer l'évolution de la qualité des soins à partir de l'apparition de la mutuelle de santé et du fait de son action. Mais le peu de littérature peut s'expliquer par le manque d'expériences concluantes. A défaut de littérature, il est tout de même possible d'expliquer, sans trop de risque d'erreur, pourquoi l'influence actuelle des mutuelles de santé sur la qualité des soins reste limitée. Quelle est l'efficacité réelle des différents leviers ?

Le levier financier

À ce jour, le taux de pénétration des mutuelles de santé au niveau de la population cible reste faible¹⁹ et l'apport de ressources supplémentaires pour les formations sanitaires reste donc assez marginal. Le levier financier a donc des effets limités. Seul un développement plus rapide du nombre d'adhérents permettra d'y remédier. Pour y arriver, on peut envisager diverses voies :

- se développer en s'appuyant sur des organisations existantes ayant une base de

- membres assez large comme, par exemple, les syndicats.
- essayer d'en arriver à une obligation de s'affilier plus pressante au sein des groupes cibles.
- obtenir un appui plus considérable de l'État ou de partenaires financiers pour convaincre les adhérents potentiels que ce serait une erreur de ne pas devenir membre d'une mutuelle de santé.

Le levier contractuel

Son efficacité est liée à certaines conditions :

- une pluralité de prestataires entre lesquels la mutuelle fera jouer la concurrence. Mais en beaucoup d'endroits, il n'y a pas toujours plusieurs formations sanitaires dans le cadre des services de santé mis en place par les États²⁰.
- la capacité juridique pour les formations sanitaires de conclure des conventions avec des mutuelles. Dans des services de santé publics, toute la capacité juridique ne restet-elle pas concentrée à la direction du ministère de la santé ou de la région ?
- la possibilité pour la mutuelle d'obtenir, le cas échéant, l'exécution forcée de la convention par un recours au système judiciaire.

De manière plus fondamentale, il n'est pas facile pour une mutuelle de santé d'arriver à introduire dans des conventions des objectifs d'amélioration de la qualité. Pour qu'elle puisse négocier avec les prestataires concernant la qualité des soins, il faut que ceux-ci lui reconnaissent une certaine compétence en la matière. Or si les prestataires comprennent l'intérêt d'une mutuelle comme instrument technique de prépaiement des soins, ils ne la perçoivent pas encore comme un instrument de promotion de la qualité des soins, dans l'intérêt de ses adhérents. Pour beaucoup, une mutuelle est d'abord un instrument financier, qui progressivement, au fur et à mesure de son développement pose des exigences plus précises pour un paiement direct ou un remboursement (composantes de la prestation, conditions pour la prise en charge). La mutuelle est crédible lorsqu'elle demande que soient définies des règles plus précises et transparentes pour la participation personnelle des usagers²¹. Ainsi une des premières retombées de la création d'une mutuelle en Guinée a été la disparition des suppléments illicites réclamés par les infirmiers et agents du centre de santé²². Ceci a malheureusement engendré une certaine méfiance des agents à l'égard de la mutuelle.

Une définition trop sommaire des prestations de soins dans le système de recouvrement des coûts ne facilite pas le suivi et l'évaluation de la dépense par la mutuelle de santé. Par contre, si la mutuelle arrive dans la convention à définir ce que doit payer tout usager pour divers types de soins, elle pourra par la suite imposer des conditions de prise en charge de plus en plus précises. Et ces conditions pourront avoir un effet sur la qualité du service rendu aux adhérents. On ne peut sous-estimer la difficulté de capter dans des conventions les différentes dimensions de la qualité. Capter les intrants est encore relativement facile. Par contre, capter le processus et les résultats des soins offerts aux mutualistes est bien plus difficile.

A sa création, la mutuelle ne dispose d'ailleurs pas immédiatement des compétences et de l'organisation pour s'occuper de la qualité des soins : la priorité est la mise en place d'une bonne administration et d'un circuit administratif efficace pour l'inscription des membres, la collecte des cotisations, la vérification des droits à la prise en charge, le remboursement. La priorité pour la mutuelle est de construire une capacité de gestion administrative solide. Dans la négociation avec les prestataires, la priorité est de mettre en place un processus, un flux administratif qui tienne la route. Une bonne maîtrise de tous ces aspects est vitale pour la mutuelle. Par contre, lorsqu'elle s'avance sur le terrain de la qualité des soins, les prestataires

rechignent, ne l'estimant pas qualifiée pour ce débat²³. Des services de santé créés et gérés directement par le ministère de la santé n'admettront pas non plus spontanément comme interlocuteurs les représentants d'une simple association d'usagers. Leur statut au sein d'un service public de santé leur fait l'obligation de traiter tous les usagers de la même manière²⁴ et de servir l'intérêt général : pas question de prendre des engagements spéciaux, privilégiés, au profit d'adhérents à une mutuelle.

Nous voudrions ci-après illustrer toutes les difficultés qu'ont les représentants de mutuelles de parler de qualité avec les prestataires, les techniciens, en nous référant au projet PRIMA en Guinée Conakry. Face à une remise en cause critique de la qualité de leur offre, les prestataires peuvent éprouver un malaise et peuvent même faire de la résistance.

LE PROJET PRIMA EN GUINÉE CONAKRY

L'expérience du projet PRIMA²⁵ en Guinée Conakry a été pour l'équipe de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers une source importante de nouvelles connaissances sur le phénomène des mutuelles de santé en Afrique. Le contexte était évidemment particulier : un important projet de recherche, avec la présence sur le terrain de chercheurs de disciplines diverses rassemblant une énorme documentation et évaluant de façon systématique les différentes étapes de la mise en place d'une mutuelle de santé.

Et qu'est-ce qui a été constaté ?

- Rappelons d'abord que le facteur essentiel de la faible pénétration de la mutuelle était la perception de la faible qualité des soins de première ligne délivrés par le centre de santé proche des adhérents.

Comment y remédier ? Ce n'était pas simple²⁶.

- Malgré toute l'attention et l'énergie investies par l'équipe de recherche dans la préparation du lancement de la mutuelle (préparation qui a duré environ un an avec une information et une sensibilisation en profondeur), les prestataires étaient mal à l'aise par rapport aux changements intervenus à la suite de la création de la mutuelle de santé et craignaient d'engager un dialogue avec elle.

Les premiers constats étaient les suivants :

- Beaucoup d'agents de santé estimaient que les mutualistes ont une attitude plus exigeante, plus revendicative.
- La première conséquence de la mutuelle a été la suppression de la perception de suppléments illicites (même s'il y avait une forme de compensation pour les agents sous la forme d'une augmentation des primes, certains se sentaient lésés).
- la mutuelle se faisait le relais du mécontentement des adhérents par rapport à la qualité des soins du centre de santé (prestataires peu respectueux et peu attentionnés, bons médicaments non disponibles ou non délivrés, pas de guérison rapide . . .). Certains agents refusaient ces critiques.

Si les prestataires reconnaissent²⁷ l'intérêt de la mutuelle comme outil technique pour améliorer l'accès aux soins par le prépaiement, ils ne la considèrent pas comme un interlocuteur, un partenaire pour une négociation visant à améliorer l'offre de soins²⁸. Elle n'a pas à demander de « revoir l'organisation du travail, le circuit du malade, le dialogue avec les malades et la population »²⁹. Confrontés aux critiques des usagers concernant la qualité des

soins du centre de santé lors de la restitution des résultats de l'enquête, certains prestataires exprimaient le sentiment que « la population n'y connaissait rien et n'avait qu'à s'occuper de ses propres affaires ».

Cette absence d'ouverture des prestataires a conduit à se demander si le projet « a suffisamment préparé les agents de santé à la situation et tenu compte des contraintes et de la rigidité du système pour eux : ils n'ont aucune marge de manœuvre, et il n'est pas forcément bon de les exposer au partenariat avec ses exigences³⁰. Il aurait fallu former et intéresser le personnel au dialogue, au partenariat, à la négociation avec la population et les représentants de la mutuelle. Ceci impliquerait aussi des changements dans l'organisation du travail et les niveaux de prise de décision. Il faut arriver à ce que les services de santé se sentent plus responsables vis-à-vis des usagers (cf. la notion d'« accountability ») et que leur gestion soit plus transparente³¹. Une évolution de la « culture d'entreprise » du centre de santé est nécessaire et elle n'est possible qu'avec l'aval des autorités sanitaires. Celles-ci doivent montrer la voie et sans doute procéder à certaines adaptations du cadre de fonctionnement des centres de santé.

Pour que la mutuelle puisse jouer ce rôle de négociateur et de contre-pouvoir une préparation intense des interlocuteurs est donc indispensable. D'abord, il faut lever la méfiance et les craintes liées au risque d'une dégradation du statut (disparition de certains avantages) et de la position des professionnels (obligation de rendre compte). Il faut ensuite les convaincre que la relation sera porteuse pour chacun (relation gagnant-gagnant de véritables partenaires). Dans le cas d'espèce, il est probable que le maintien de procédures étouffant l'initiative et la créativité n'intéressait qu'une minorité d'agents. Mais la majorité n'a pas perçu les changements positifs qui auraient pu se produire : la dynamique s'est arrêtée. Le poids des appréhensions, des logiques bureaucratiques, de la résistance au changement a été sous-estimé dans ce projet, avec pour conséquences qu'après quelques avancées³², et malgré une apparente bonne volonté, le processus de dialogue s'est enlisé. Pour l'éviter, il aurait fallu envisager une action durable de supervision des agents du centre de santé, avec un objectif de formation pour développer leur créativité, l'écoute active du patient, une meilleure perception de l'aspect relationnel dans le processus de soins. Les agents auraient réalisé qu'il y a des alternatives à l'observance stricte et rigide de normes et procédures standardisées, d'autres manières de bien faire leur métier. Ce dialogue à propos de la qualité leur serait apparu intéressant et valorisant.

Le levier de contre-pouvoir

La capacité collective des adhérents de se poser en contre-pouvoir par rapport aux prestataires de soins sera limitée aussi longtemps que la mutuelle ne représentera qu'un pourcentage limité des usagers. Il ne suffit donc pas qu'une mutuelle apparaisse et manifeste sa volonté d'améliorer la qualité des soins pour que les choses s'améliorent : les pressions exercées, le rôle de contre-pouvoir, ne conduisent pas automatiquement à des changements de comportements des prestataires dans la façon de délivrer leurs services, leurs soins. Le réalisme devrait inciter la mutuelle à se présenter plutôt comme partenaire que comme contre-pouvoir, un partenaire soucieux d'établir une relation durable et profitable pour les deux. C'est particulièrement le cas de la discussion concernant la qualité des soins. Une attitude trop dure de contre-pouvoir peut faire passer d'une logique de collaboration, de partenariat à une logique de confrontation. Une mutuelle doit toujours veiller à ne pas perturber les prestataires avec des peccadilles administratives, en se concentrant sur l'essentiel. En principe, elle doit faciliter la vie et simplifier l'administration des formations sanitaires.

Ceci suppose que les mutuelles s'organisent pour travailler en réseau, en évitant de disperser leurs efforts et en partageant les informations, et donc . . . certaines évolutions par rapport à ce qui s'observe dans différents pays. La collaboration entre mutuelles est seulement en train de s'y structurer. De plus, la qualité des soins étant un domaine collatéral à l'activité des mutuelles de santé, leur expertise en la matière ne pourra se construire que progressivement. En revanche, la capacité d'une mutuelle de santé à rassembler des données chiffrées, à quantifier et à évaluer est un élément important dans le contexte de divers pays d'Afrique où les données sont rares. Elle donne aux mutuelles de santé une valeur appréciable. Il faudra certes y ajouter une capacité de bien communiquer, surtout avec les prestataires, mais aussi avec les autorités sanitaires. Dans cette démarche de qualité, en fait, les mutuelles de santé défendront les intérêts de tous les usagers, et pas uniquement de leurs adhérents, ce qui est mieux perçu par les prestataires lorsque les services publics de santé, en raison de leur mission d'intérêt général, ont des difficultés à imaginer un traitement plus favorable pour les mutualistes.

LA MUTUELLE DE SANTÉ, ACTEUR DANS UN ENSEMBLE

Il ne suffit donc pas qu'une mutuelle s'intéresse à la qualité des soins des institutions fréquentées par ses adhérents pour que la qualité des soins qu'elles dispensent s'améliore. Des initiatives isolées de la mutuelle comportent leurs limites. Pour que le contexte devienne favorable aux évolutions en matière de qualité, la mutuelle soutiendra les initiatives valables d'autres acteurs ayant un impact sur cette qualité. Elle stimulera des actions pour réduire les blocages et la résistance aux changements. Si elle n'est qu'un des acteurs parmi d'autres du système de santé, elle est normalement bien placée pour sensibiliser, faciliter, accompagner le changement. Les mutuelles de santé s'efforceront aussi, ensemble, de convaincre les autorités sanitaires de mettre en route un processus d'amélioration de la qualité dans ses différentes dimensions, en associant tous les acteurs concernés. Pour ce faire, les autorités sanitaires peuvent recourir à des stimulants et autres leviers. Dans un contexte devenu plus favorable, il sera plus facile aux mutuelles de santé de proposer aux formations sanitaires qui leur sont proches des initiatives d'amélioration de la qualité en phase avec la vision et le discours des principaux acteurs.

CONCLUSION

La qualité des soins dispensés dans les formations sanitaires accessibles aux adhérents des mutuelles de santé est une condition indispensable à leur développement. Malgré les leviers dont elles disposent, les mutuelles de santé n'arrivent pas aisément, par leur action isolée, à influencer la qualité des soins. L'espoir qu'il suffise de mettre en place une mutuelle de santé pour que la qualité des soins s'améliore est peu réaliste. Une relation de partenariat avec les formations sanitaires ne se réalise pas naturellement. Cela nécessite un gros effort pour convaincre les prestataires qu'ils ont aussi à gagner dans un dialogue au sujet de la qualité des soins. Pour être vraiment efficace, l'action de la mutuelle s'inscrira dans l'ensemble des interventions des divers acteurs en faveur de la qualité. Elle soutiendra les initiatives des autres acteurs pour améliorer la qualité des soins et s'efforcera de les relayer dans sa relation de proximité avec les formations sanitaires. Et ce qui est à gagner par cette « construction sociale permanente » de la qualité, c'est un renforcement de la confiance de chacun dans le système de soins. Alors,

chaque acteur est gagnant, et le système de soins entre dans une spirale vertueuse de constante amélioration.

NOTES

- 1 Mutual Health Organisation. Pour saisir les nuances par rapport à un concept proche (Community Health Insurance) voir M.P. Waelkens et B. Criel (2004) pp 26 et suiv.
- 2 C'est le cas pour le pays qui retiendra particulièrement notre attention, la Guinée Conakry. Voir Criel, B., A. Noumou Barry et F. Roenne (2002)
- 3 Criel, B., A. Noumou Barry et F. Roenne (2002) pp. 7 et suiv.
- 4 Pour les références Criel, B., A. Noumou Barry et F. Roenne (2002) pp 61
- 5 Criel, B., A. Noumou Barry et F. Roenne (2002) pp. 61 et suiv.
- 6 Pour les indigents, le mécanisme de la mutuelle de santé est inadéquat, sauf si l'État alloue une subvention importante à la mutuelle pour leur prise en charge.
- 7 Nous parlons bien de la qualité perçue : ainsi dans plusieurs pays, les autorités sanitaires, confrontées au marketing agressif de l'industrie pharmaceutique auprès des médecins, rencontrent de grosses difficultés à convaincre la population que les médicaments génériques essentiels qui sont pris en charge par le système de santé public et les mutuelles ne sont pas, en règle, de qualité moindre.
- 8 Voir le constat du rapport de la Commission pour l'Afrique (2005) pp. 183 à 192
- 9 C'est, par exemple, la vision qui ressort du Plan de Développement sanitaire du Niger : le renforcement des services de santé est la priorité.
- 10 Les réflexions qui suivent concernant le concept de qualité sont inspirées de travaux de P. Blaise, (2003).
- 11 Voir Criel, B., A. Noumou Barry et F. Roenne (2002) sur le Projet Prima. Les usagers souhaitent d'abord que les médicaments nécessaires, les « bons » médicaments soient disponibles pour eux-mêmes. De façon plus générale, ils attendent seulement « une guérison rapide », de « retrouver rapidement la santé».
- 12 P. Blaise (2003) pp. 29
- 13 Le dialogue entre les groupes de mutuelles et les prestataires évolue souvent vers la confrontation. Ainsi pour diverses raisons, dont le fait que les mutualités gèrent elles-mêmes indirectement certaines institutions, le corps médical belge a refusé de considérer les mutuelles comme des interlocuteurs compétents en matière de qualité des soins. Les mutuelles n'ont été admises à débattre de qualité qu'à partir du moment où le législateur a créé un cadre pour la promotion de la qualité associant tous les acteurs.
- 14 Letourmy, A. (1998) ; Waelkens M.P., et B. Criel (2004) et références qui y sont citées p. 56.
- 15 Voir levier de porte-parole compétent des usagers dans les débats et enjeux de politique de santé.
- 16 Quatre fois plus élevées pour les membres de la mutuelle du projet PRIMA op. cit. p. 37.
- 17 Les infirmiers et agents de santé n'ont plus la possibilité d'exiger des suppléments illicites. Projet PRIMA op. cit.
- 18 « La Concertation » est une plateforme d'échanges et de rencontre des mutuelles de santé en Afrique de l'ouest. Elle est appuyée par une dizaine d'organisations européennes non gouvernementales, de coopération bilatérale et multilatérales, <http://www.concertation.org/>
- 19 Waelkens M.P., et B. Criel (2004)
- 20 Dans le projet PRIMA, c'était le cas pour le centre de santé de Yendé.
- 21 Voir le projet de mutuelle de santé pour les agents de l'État au Niger : il est difficile pour une mutuelle de bien financer les soins de première ligne délivrés par les centres de santé intégrés si les règles de recouvrement des coûts varient par district sanitaire. Ainsi pour Niamey, il y a trois systèmes de forfaits par épisode de maladie, couvrant ou non les médicaments. Les promoteurs du projet se sont engagés à négocier avec les autorités

- sanitaires des conditions permettant une bonne prise en charge de ces soins par la mutuelle.
- 22 Leur importance était non négligeable : 22 % des recettes du Centre de Santé, le Projet PRIMA, Waelkens M.P., et B. Criel (2004) pp. 116 et 117.
 - 23 En Belgique, les médecins se sont toujours refusés à considérer les mutuelles comme des partenaires pour gérer la qualité des soins. Ils ne s'y sont résolus que quand le législateur a créé des instances pour la promotion de la qualité où tous les acteurs étaient représentés, y compris les mutuelles.
 - 24 Waelkens M.P., et B. Criel (2004) pp. 220.
 - 25 Projet de recherche sur le partage du risque maladie.
 - 26 Le projet a permis un certain nombre d'améliorations de la qualité des soins : disponibilité d'une gamme étendue de médicaments, financement des transports de malades rendant les formations sanitaires plus accessibles, recours plus rapide à la consultation, référence plus rapide à l'hôpital. Mais ce n'était pas suffisant.
 - 27 Waelkens M.P., et B. Criel (2004) Chap. 3 : La perception des professionnels de la santé.
 - 28 Les prestataires du centre de santé ne considèrent pas non plus la population comme un interlocuteur valable : « Une masse ignorante et passive qu'il faut sans cesse encadrer, informer éduquer ».
 - 29 Waelkens M.P., et B. Criel (2004) pp. 217.
 - 30 Waelkens M.P., et B. Criel (2004) pp. 219.
 - 31 Waelkens M.P., et B. Criel (2004) pp. 229.
 - 32 Rappel : le projet a permis un certain nombre d'améliorations de la qualité des soins : disponibilité d'une gamme étendue de médicaments, financement des transports de malades rendant les formations sanitaires plus accessibles, recours plus rapide à la consultation, référence plus rapide à l'hôpital.

BIBLIOGRAPHIE

Blaise P (2003). « Measuring quality ». Texte présenté au séminaire d'épidémiologie de l'Institut de Médecine Tropicale : Méthodes en santé publique Anvers (13 Mars).

Commission for Africa (2005). Notre intérêt commun. Rapport de la Commission for Africa, Londres.

Criel B, A Noumou Barry et F von Roenne (editeurs) (2002). *Le projet PRIMA en Guinée Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelles de santé en Afrique rurale.* Anvers : Institut de Médecine Tropicale - Méthodes en santé publique.

Letourmy A (1998). *Etude pour une stratégie d'appui aux mutuelles de santé.* Paris : Ministère des Affaires Etrangères.

Waelkens MP et B Criel (2004). « Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-saharienne ». HNP Discussion Paper. Washington, DC. : World Bank.