Etude de cas des mutuelles d'assurance maladie du Sud Borgou et du Nord Zou au Bénin

Programme appuyé par le CIDR, Centre International de développement et de Recherche

BP1 : 60350 Autrêches Tel : (33) 03 44 42 71 40

Email : cidr@compuserve.com

Sur financement de la DDC, Direction du Développement et de la Coopération Suissse

Introduction

Les premières mutuelles ont démarré en mars 1995 dans 5 communes. Elles ont commencé en Mars leur quatrième exercice. Les plus récentes commencent leur premier exercice cette année.

I. Présentation des organisations mutualistes mises en place et de leurs relations avec les services de santé

La Région dispose de trois hôpitaux privés sociaux, deux missionnaires, un géré par une Association de Développement, et d'un réseau de 17 centres de santé publics, un par commune. (Voir Schéma 1)

L'adhésion à la mutuelle se fait non pas par personne mais par famille. Au sein d'un village, les familles qui s'entendent et se font confiance se mettent ensemble pour former le groupement mutualiste muni d'un bureau de trois membres.

Dans un village, il peut y avoir plusieurs groupements (225 groupements en 2000). Les bureaux des groupements se mettent ensemble pour former la mutuelle du village.

Chaque groupement envoie des représentants pour former le Conseil de la Mutuelle Communale (17 mutuelles communales en 2000).

Les Mutuelles Communales qui utilisent principalement le même hôpital se font représenter chacune par deux à trois de leurs membres pour former l'Association Inter-mutuelles.

Les organisations mutualistes se sont mises en place progressivement. Au démarrage, il y a eu un groupement par village et très peu de communes adhérentes. La progression peut s'expliquer par l'effet de démonstration, qui permet aux populations de faire de plus en plus confiance à ce système de prévoyance en matière de maladie, étranger à leurs traditions.

LES ORGANISATIONS MUTUALISTES DU SUD BORGOU ET DU ZOU (BENIN)

Niveau de **responsabilité**

Négociation
Gestion du fonds de garantie

Remboursement
Appui
Diffusion

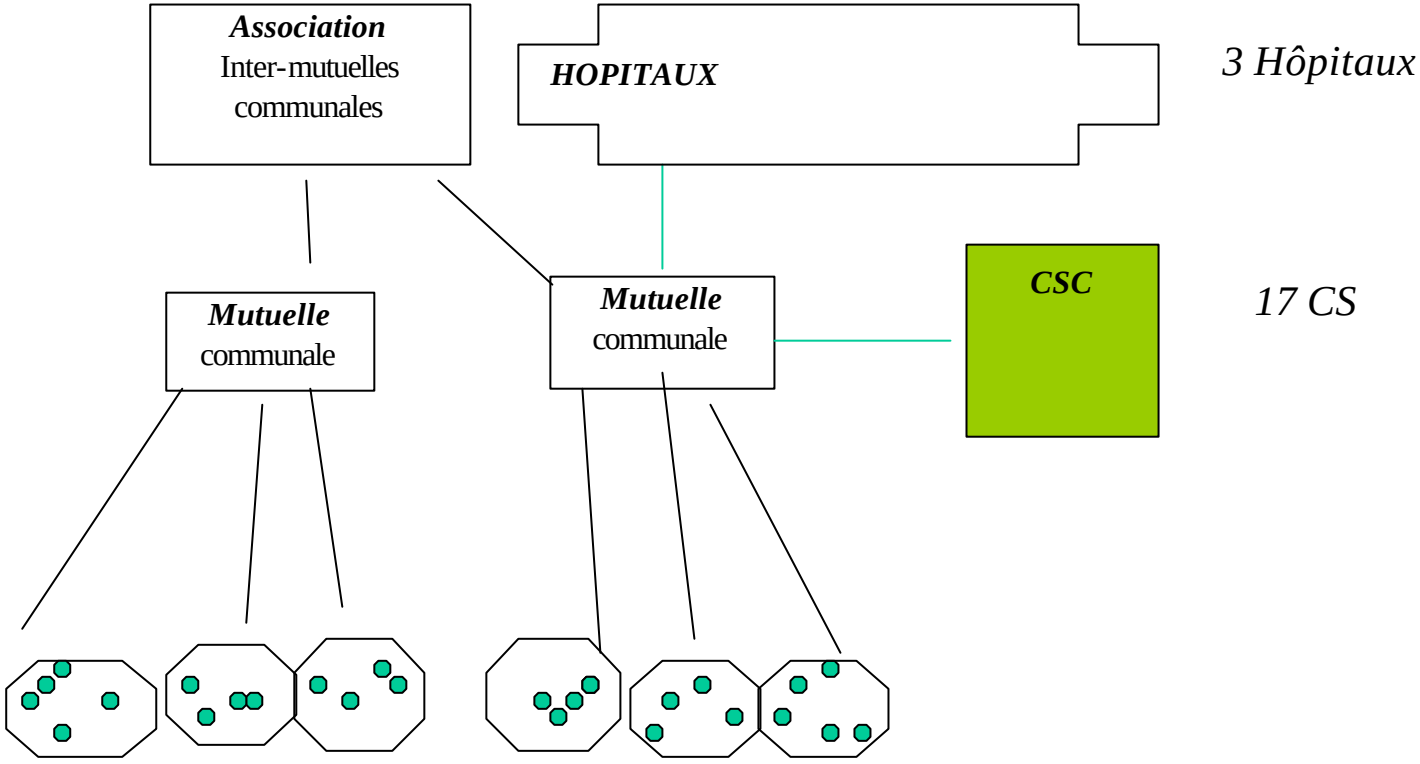
Inscription
Collecte
Contrôle

3 Inter mutuelles

17 Mutuelles Communales

72 Villages

225 Groupements mutualistes



3 Hôpitaux

17 CS

II. Présentation de l'assurance maladie gérée par les mutuelles

II.1– Les garanties

Les mutuelles gèrent une assurance maladie à adhésion volontaire.

Elles fonctionnent sur le **mode du tiers-payant** : Les soins consommés par les mutualistes sont payés par leur Mutuelle Communale grâce aux seules cotisations collectées parmi les membres.

Lors de l'étude de faisabilité, les courbes annuelles de fréquentation des services hospitaliers montraient l'existence d'un fléchissement marqué entre Juillet et Septembre, période de soudure monétaire, de plus forte endémie palustre et de gastro-entérite, traduisant l'existence d'exclusions saisonnières.

Les actes pris en charge ont été définis au démarrage du programme avec les villageois des premières communes. Ils sont pris en charge à 100%, sans ticket modérateur.

Lors de la définition des prestations, il est apparu que les mutuelles ne pouvaient pas prendre en charge TOUS les cas de maladie avec une cotisation abordable. Les situations d'urgence ont été privilégiées par les villageois lors de l'étude de faisabilité :

- Les hospitalisations en urgence.
- Les petites interventions au centre de santé et à l'hôpital.
- Tous les accouchements sont également pris en charge.

Les Mutuelles couvrent surtout les gros risques.

Les prestations non prises en charge sont par exemple :

- Les Consultations.
- Les Soins ambulatoires.
- Le Transport de malade.
- La nourriture du malade et de celui qui le garde.
- Les médicaments achetés dans les pharmacies privées (à l'extérieur de la formation sanitaire).
- Les hernies simples.
- La cataracte.

II.2 – Les cotisations

II.2.1 Montant

Les cotisations, seules ressources permettant aux Mutuelles de faire face à leurs dépenses, sont calculées par classe de famille (célibataire, familles de 2 à 5 personnes... etc.). Le montant de la cotisation est le même pour les villages d'une Mutuelle Communale. Il peut différer d'une Mutuelle Communale à une autre, en fonction des éléments techniques, par exemple la proximité de l'hôpital, la consommation des années antérieures... etc.

La cotisation moyenne par personne pour le 3° exercice était de 970 F et la cotisation moyenne par famille, de 6 600 F.

II.2.2 Modalités de paiement

Versement unique

Les familles qui le souhaitent payent les cotisations en une fois. Cependant, la carte n'est délivrée qu'après la réunion suivante de la mutuelle communale. Le délai de carence est inférieur à un mois.

Par ailleurs, il arrive dans certains villages que les mutuelles et les producteurs de coton s'organisent pour faciliter le paiement des cotisations lors du paiement de la récolte. Parfois, les cotisations sont prélevées « à la source » auprès des producteurs qui le souhaitent.

Avec ces modalités de paiement, le taux de recouvrement des cotisations est proche de 100 %.

Période d'adhésion

A partir de fin août, il n'est plus possible d'adhérer mais les familles peuvent épargner au sein de la mutuelle. Au cours d'un exercice, une famille peut préparer son adhésion à la Mutuelle pour l'exercice suivant, en donnant de l'argent au fur et à mesure et selon ses moyens.

3 – Les flux financiers au sein du réseau

Les cotisations sont collectées au niveau des groupements par les responsables de chacun des groupes. Ces fonds sont transférés au niveau communal, lieu de la mutualisation du risque.

Au niveau communal, deux comptes en banque existent. Un compte dit de «fonctionnement », alimenté par les cotisations, qui est destiné à faire face aux dépenses de l'exercice en cours (prestations maladie, frais de gestion...). Un second compte, centralise les réserves constituées au cours des exercices précédents, il ne peut être utilisé que si le premier est épuisé.

La gestion des ces fonds se fait de façon transparente (contrôle de caisse), les décisions sont prises lors de la réunion mensuelle de la mutuelle communale, au cours desquelles elle décide du remboursement des formations sanitaires.

4 – Evolution des adhésions

La première année, le nombre d'adhérents a été faible, ce qui s'explique par le nombre réduit de mutuelles et par la nouveauté de ce genre d'instruments financiers dans les villages. Une certaine méfiance initiale peut expliquer ces chiffres et on peut alors parler de « phase de démonstration ».

Les années suivantes, les adhésions ont connu une progression lente, en grande partie dans les villages qui étaient déjà dans la mutuelle. Les taux de croissance interne ont été de 10 % lors du 4° exercice.

Les taux de pénétration varient d'une mutuelle à l'autre. Ils sont globalement de 7.3 % (Exercice 99/2000).

5 –Situation financière (Exercice 99/2000).

A) – Analyse des résultats

Compte de résultats consolidés de l'exercice 99/2000 en FCFA

Cotisations acquises : 10 621 400

Prestations servies : 8 621 815

Solde technique : 1 999 585

Produits financiers : 77 231

Produits exceptionnels : 84 635

Autres recettes : 28 500

Frais de gestion : 2 248 685

Résultat : -58 734 FCFA

Le ratio de sinistralité (prestations servies sur cotisations acquises) a été de 81,2 % en progression de 3 % par rapport à l'exercice antérieur.

Ratio de frais de gestion / cotisation a été de 21, 2 %.

1 – Ratio de sinistralité

C'est un ratio d'équilibre technique qui est un bon indicateur du « dérapage » d'un portefeuille de risques.

Ce ratio est très variable d'une mutuelle communale à une autre. Il dépend de la proximité de l'hôpital, de la taille de la mutuelle et, dans certains cas, de phénomènes de surconsommation qui ont été identifiés.

La progression de ce ratio implique de maîtriser les dépenses des mutualistes dans les centres de santé.

Notons que pour les « grosses » mutuelles communales (plus de 1 000 bénéficiaires), le ratio de sinistralité est de 70 à 76%.

2 – Ratio de frais de gestion

Ces frais de gestion représentent des frais de déplacement, des indemnités des dirigeants, des frais administratifs (fournitures). Il est essentiellement fonction du nombre d'adhérents à la mutuelle.

Il faut noter que certaines activités de gestion (calcul des cotisations, audit, surveillance du portefeuille...) sont actuellement réalisées par l'équipe du projet pour le compte des mutuelles et n'apparaissent donc pas dans le ratio ci dessus. Ces activités seront progressivement transférées aux mutuelles et apparaîtront donc dans leurs frais de gestion.

Notre objectif est que les frais de gestion ne dépassent pas 30 % des cotisations lorsque le système sera autonome et que tous les frais liés au personnel salarié seront intégrés..

3 - Résultat

Le résultat consolidé de - 58 734 FCFA traduit notamment les difficultés des mutuelles à couvrir leurs frais de gestion et de fonctionnement et à maîtriser la consommation des membres avec un nombre restreint d'adhérents.

4 - Réserves

Les mutuelles déficitaires ont pu absorber leur déficit d'exploitation grâce aux réserves constituées lors des précédents exercices.

Le taux de réserves (montant des réserves sur prestations distribuées en 99/2000) étaient de 61 % pour un montant nominal de 5 275 532 FCFAA.

L'objectif fixé est que chaque Mutuelle ait des réserves égales à au mois 6 mois de fonctionnement pour avoir une marge de sécurité suffisante. 50% des bénéfices sont obligatoirement affectés aux réserves tant que ce niveau de sécurité n'est pas atteint.

III. Principaux enseignements tirés

1. **La faible densité de la population (estimée à 12 habitants au km2) et la dispersion des villages avec une incidence sur l'organisation et le coût de gestion de l'appui conseil**

   Le réseau s'étend sur un territoire d'environ 100 km de diamètre. Il existe des villages et des hameaux difficiles à atteindre. Actuellement chaque animateur suit 20 villages et 4 Mutuelles Communales.

2. **La lourdeur et la complexité de certaines tâches de gestion**

   Les mutuelles ont assuré la responsabilité de la gestion courante dont la collecte des cotisations et les remboursements. Dés leur démarrage elles assurent la gestion des fonds collectés. La surveillance des coûts des prestations, l'émission des cartes et le calcul des cotisations nécessitent encore l'intervention du projet.

   Les limites du bénévolat ont été identifiées.

   Une professionnalisation partielle de la gestion des mutuelles s'impose.

3. **Le temps nécessaire pour inscrire la prévoyance dans la gestion des budgets des ménages**

   Pour un système à adhésion volontaire, on doit parler de processus qui nécessite un accompagnement dans la durée, en témoigne le taux de recotisation, 54 % pour le dernier exercice. Une sensibilisation soutenue dans la durée et une relation de proximité avec les membres sont nécessaires.

4. **L'apprentissage de la consommation**

   Les taux de fréquentation chez les mutualistes ont régulièrement progressé. Les mutualistes et les prestataires apprennent à utiliser les services des mutuelles.

   Le contrôle de la surconsommation et de la sur prescription est indispensable pour la viabilité financière des mutuelles. Il nécessite de contractualiser les relations des mutuelles et des services de santé.

5. Une collaboration plus difficile avec les services publics

Dans les services publics, des conflits ont émergé entre les mutuelles et les agents de santé, les plus concernés par l'introduction d'une transparence dans la facturation des prestations.

Les dérapages des consommations dans les centres de santé sont imputables à des prescriptions abusives des agents de santé avec ou sans la pression des mutualistes. Les consommations dans les hôpitaux privés sociaux sont maîtrisées.

6. L'importance de la contractualisation sur la maîtrise des dépenses

Un processus de contractualisation avec un «Hôpital» public (Centre de Santé de sous-préfecture) a été initié.

L'introduction d'une tarification forfaitaire des prestations, d'un audit médical, d'une commission de suivi du contrat impliquant les mutualistes, le prestataire et son autorité de Tutelle ont permis une maîtrise des consommations. Ce processus est en cours de généralisation dans les autres centres de santé publics.

7. Le potentiel d'initiatives que représentent les organisations mutualistes pour mener des actions préventives.

Les organisations mutualistes créent un cadre de discussion et de résolution des problèmes liés à la santé du village. Au-delà de la prise en charge des maladies couvertes par la mutuelle, des initiatives pourront être prises pour l'amélioration de la santé.

Les groupements mutualistes d'un village ont organisé la distribution et la vente de moustiquaires imprégnées pour réduire l'incidence du paludisme.

8. Un outil de développement social

Les organisations mutualistes créent également un cadre de réflexion sur l'entraide et la solidarité. Tous ceux qui le veulent, peuvent adhérer au système mais on réfléchit également sur la situation de ceux qui sont intéressés mais n'ont pas les moyens nécessaires pour adhérer ou pour la prise en charge des actes non couverts par la mutuelle.

1. Des pratiques d'entraide sont observées au sein du groupement pour le paiement de la cotisation.
2. Des caisses de solidarité ont été organisées dans 5 villages pour la prise en charge des indigents.
3. Les bureaux des Mutuelles Communales décident de l'attitude à adopter devant des situations particulières se présentant : une tentative de suicide ou la prise en charge de l'accouchement d'une fille mère par exemple. Les mutualistes construisent leur code de la mutualité à partir de leurs pratiques culturelles.

Annexe : L'assurance maladie gérée par les mutuelles de santé au Bénin

Etude technique

Région : Sud Borgou et Nord Zou.

Démarrage Novembre 1994.

Appui technique et méthodologique : Centre International de Développement et de Recherche.

Première partie : Le contexte

Caractéristiques de la Région

Population

- Densité : 20 habitants/km.
- Population totale du Sud Borgou et du Nord Zou : 850 000 habitants dont ville de Parakou : 150 000 habitants

Population cible concernée par le projet

	Exercice 95-96	**Exercice 96-97**	**Exercice 97-98**	**Exercice 98-99**	**Exercice 99-100**
Population cible	30 170	43 993	101 057	178 376	189 250

Economique

- Activités économiques ; saisonnalité des revenus.
- Revenus monétaires : vente du coton ; paiement en Mars Avril.

Social

- Pluri ethnique.
- Religions : christianisme et islam.
- Bonne capacité organisationnelle : groupement de producteurs et CLCAM.
- Culture d'entraide avec de nombreux groupements traditionnels, à vocation agricole, financiers (tontines) ou culturels.

L'offre de soins rurale

	Publics	**Privés**	**Activités**

		Sociaux	
Complexes communaux de santé	14	3	Soins ambulatoires (PMA Hospitalisation pour observation
Centres de santé de sous-préfecture	3	0	Soins ambulatoires (PMA) médicalisés Hospitalisations médicales
Hôpitaux	1	3	PMA type hôpital de district Consultations, hospitalisation et chirurgie digestive et gynéco-obstétricale

L'utilisation des services et accessibilité financière avant le démarrage du programme

	Taux d'utilisation	Taux d'hospitalisation
Complexes communaux de santé et CSSP	0,20-0.30 /nvx cas/hbt/an	ND
Hôpitaux	3%	2,2 %

La tarification des services de santé

Dépense moyenne par nouveaux cas consultants dans les CCS : 800 FCFA

Tarifs appliqués par les hôpitaux privés sociaux (FCFAA) après dévaluation	Année 1994
Forfait hospitalisation enfants	3 000
Forfait hospitalisation adulte	6 000
Accouchement eutocique	3 000
Accouchement dystocique	5 000
Intervention chirurgicale	20 000

NB: Le forfait est valable pour une semaine, double à partir de la deuxième semaine.

Les radios et certains médicaments ne sont pas compris

Dépense moyenne par cas hospitalisé en 1994 : 11 500 FCFA Minimum 3 000 Maximum : 25 000

Les exclusions financières des services hospitaliers

Taux d'impayés dans les hôpitaux : 2 à 3 %

Taux d'exclusions saisonnières : 25 %

Temps de latence financier en cas de nécessité d'hospitalisation : 4.5 jours

Deuxième partie : L'assurance maladie

Objectifs de l'assurance mutuelle

Objectif 1 : réduire les exclusions pour motifs financiers en période de soudure.

Objectif 2 : Réduire le temps de latence tout au long de l'année

Les risques couverts

Prestations couvertes par les mutuelles d'assurance	Hôpital	Centres de santé	Taux de prise en charge
Accouchements simples	OUI	OUI	100%
Accouchements compliqués	OUI		100%
Petites interventions	OUI	OUI	100%
Hospitalisations non programmées	OUI	OUI	100%
Interventions chirurgicales non programmées	OUI		100%
Consultations ambulatoires	NON	NON	0%
Hospitalisations programmées	NON	NON	0%
Interventions chirurgicales programmées	NON	NON	0%

Le montant de la cotisation

	Exercice 95-96	Exercice 96-97	Exercice 97-98	Exercice 98-99
Cotisation moyenne par bénéficiaire	12 86	816	916	994
Cotisation moyenne par famille	5 249	5 666	6 628	7 335

L'évolution des adhésions

	Exercice 95-96	Exercice 96-97	Exercice 97-98	Exercice 98-99
Nombre de familles adhérantes	186	670	1 016	1 552
Nombre de personnes couvertes	759	4 652	7356	11 448
Nombre moyen de bénéficiaires par famille	4,08	6,94	7,24	7,38

Le positionnement de la cotisation

Cotisation en FCFA	Exercice 95-96	Exercice 96-97	Exercice 97-98	Exercice 98-99
Nombre de familles adhérantes	186	670	1 016	1552
Cotisation moyenne annuelle par bénéficiaire	1286	816	916	927
Dépense moyenne annuelle par bénéficiaire	631	670	667	780
Taux de sinistralité	49 %	82 %	73 %	76 %

Commentaires

La cotisation est forfaitaire par tranche de familles (2-5, 6-10, 11-15, >15). Son montant est calculé annuellement pour chaque mutuelle en fonction des résultats financiers de l'année précédente.

La capacité contributive et l'identification du public cible de la mutuelle d'assurance

Tableau 12 - Capacité contributive estimée à partir des revenus des ménages

Revenu médian annuel des ménages : 260 000 FCFA

Année	Exercice 95/96	Exercice 96/97	Exercice 97/98	Exercice 98/99
Montant moyen de la cotisation/ménage	5 249	5 666	6 628	6 800
Montant moyen de la cotisation/bénéficiaires	1 286	816	916	927

Distribution du revenu annuel des ménages :

Hypothèse de solvabilité de la demande de prévoyance : 2 % des revenus des ménages

Pourcentage des ménages	Revenus moyens	Solvabilité de la demande
10 %	26 273	525
20 %	69 575	1 392
30 %	119 202	2 384
40 %	188 777	3.776
50 %	258 838	5 117
60 %	351 767	7.035
70 %	466 590	9.332
80 %	605 740	12.115
90 %	835 873	16. 717
100 %	1 942 749	38.855

Capacité contributive médiane : 5 117 FCFA

Capacité contributive moyenne : 9 700 FCFA si mécanisme de redistribution

Appréciation du profil des revenus des adhérents à la mutuelle

Tableau : Appréciation qualitative

	Réponses des mutualistes	**Réponses des non mutualistes**	**Total des réponses**
Les indigents	0 %	0 %	0 %
Les pauvres	29 %	25 %	27 %
Les ni riches/ni pauvres	38 %	34 %	36 %
Les un peu riches	11 %	17 %	14 %
Les riches	2 %	4 %	3 %
Tout le monde	18 %	14 %	16 %
Ne sait pas	2 %	6 %	4 %

(Source Sondage Avril 1997)

Troisième partie : Les relations entre les mutuelles d'assurance et les services de santé

L'évolution de la consommation par bénéficiaire

Evolution de la consommation globale des membres mutualistes

Evolution de la consommation par bénéficiaire : Base : exercice 95/96	Exercice 96-97	Exercice 97-98	Exercice 98-99
Evolution de la fréquence des prises en charge/ bénéficiaire	-9,8%	7,4%	36,5%
Evolution du coût moyen des actes pris en charge	17,7%	6,2%	-2,2%
Evolution de la dépense moyenne /bénéficiaire	6,1%	14,1%	33,6%

Commentaires

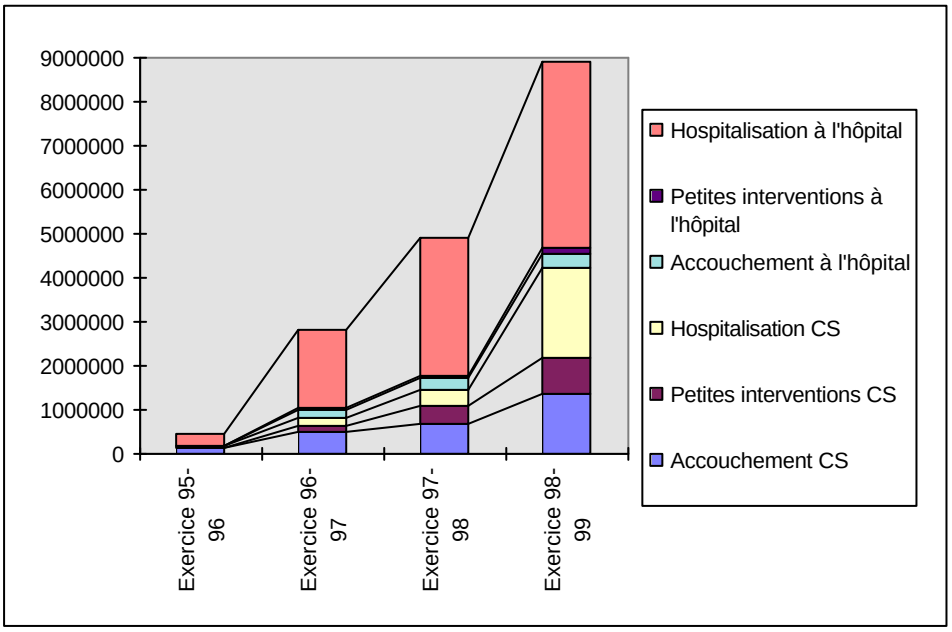
La dépense moyenne par bénéficiaire a progressé de 33.6 % en trois ans par rapport au premier exercice.

Cette augmentation est le résultat d'une progression de la consommation des membres (+36,5 %) et non à une augmentation globale du coût des prestations (-2.2 %).

On observe un transfert de la consommation du niveau secondaire vers le niveau primaire.

Evolution de la distribution des prestations remboursées par les mutuelles d'assurance

Distribution par catégorie de prestations

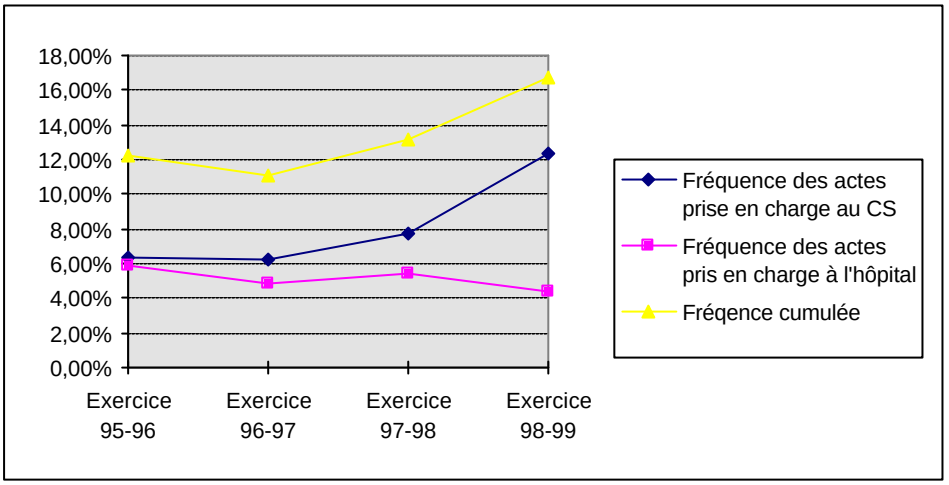


Commentaires

Augmentation forte des prestations autres que les hospitalisations en urgence dans les hôpitaux.

Forte augmentation des prises en charge des hospitalisations dans les centres de santé

Diagramme : Répartition des prises en charge entre le niveau primaire et secondaire



Commentaires : On observe une forte augmentation des recours dans les centres de santé et à une légère diminution dans les hôpitaux.

Il n'y a pas de système de « gate keeper » ou de recours préalable.

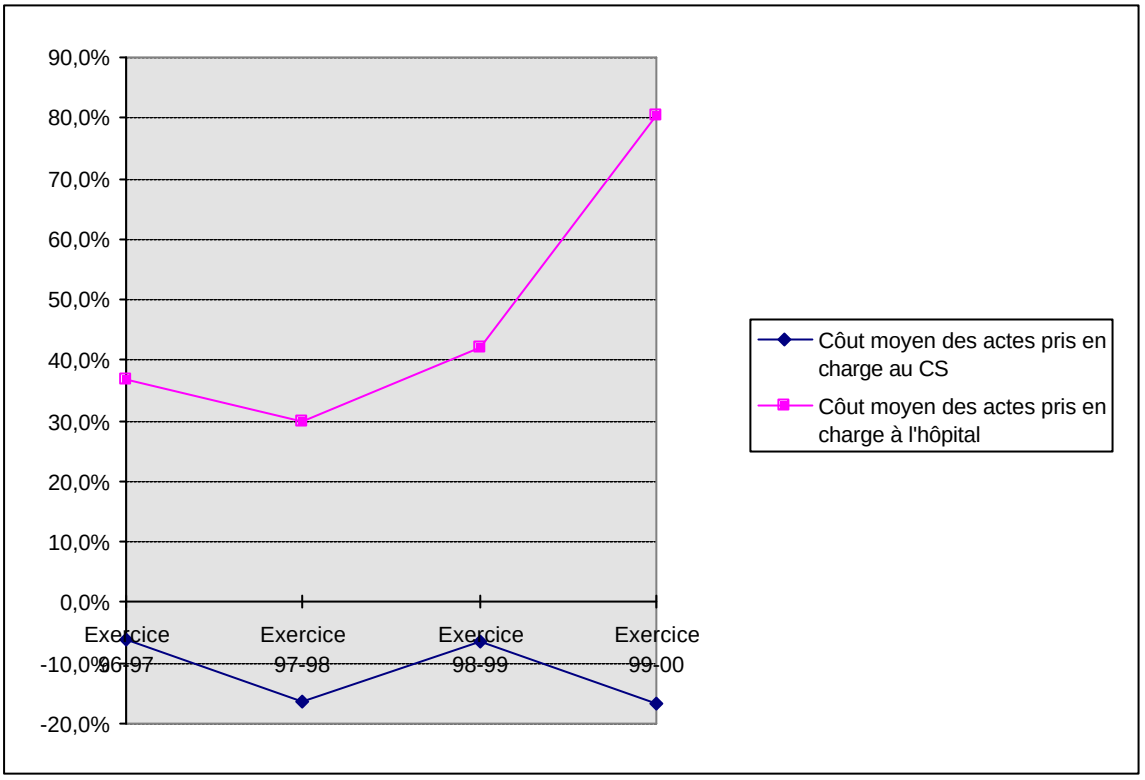
Un audit réalisé en 1999 a montré l'existence de facturation abusive dans les centres de santé pour des prestations d'hospitalisation et de petite chirurgie.

Evolution de la consommation des mutualistes	Exercice 95-96	Exercice 96-97	Exercice 97-98	Exercice 98-99
Fréquence des actes pris en charge au CS	6,40%	6,18%	7,70%	12,34%
Fréquence des actes pris en charge à l'hôpital	5,87%	4,90%	5,48%	4,12%
Fréquence cumulée	12,28%	11,08%	12,2%	16,46%

Evolution du coût moyen des prestations

Le coût moyen des prestations hospitalières remboursées par les mutuelles d'assurance a plus fortement augmenté que celui des centres de santé.

Diagramme : Evolution des coûts des prestations par rapport à l'exercice 1995/1996



Commentaires

Le coût moyen des prestations a augmenté à l'hôpital en raison d'une augmentation du prix des forfaits (suite à la dévaluation de 1994).

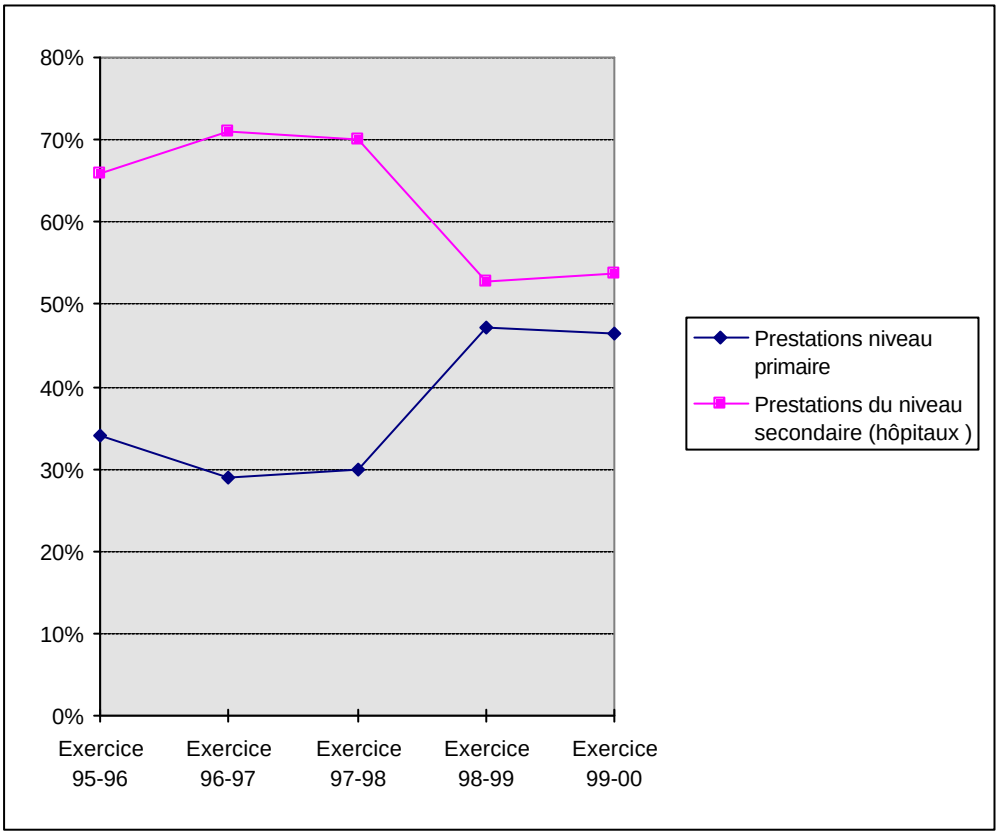
Les prestations dans les centres de santé publics ont peu augmenté en raison d'un encadrement strict des prix.

Tarifs appliqués par les hôpitaux privés sociaux	**1994**	**1998**
	FCFA	**FCFA**
Forfait hospitalisation enfants	3 000	5 000
Forfait hospitalisation adulte	6 000	9000
Accouchement eutocique	3 000	5 000
Accouchement dystocique	5 000	8 000
Intervention chirurgicale	20 000	35 000

Suivi du coût moyen des actes	Exercice 95-96	Exercice 96-97	Exercice 97-98	Exercice 98-99	Exercice 99-00
Accouchement CS	3 794	3 283	3 759	3 658	3 310
Petites interventions CS	1 090	2 762	2 086	2 196	1 601
Hospitalisation CS	**1 722**	**3 118**	**2 570**	**3 601**	**3 818**
Accouchement à l'hôpital	0	10 441	8 476	8 584	10 834
Petites interventions à l'hôpital	2 300	5 527	3 367	5 364	4 757
Hospitalisation à l'hôpital	7 568	9 894	9 525	10 508	13 275

Quatrième partie : Synthèse : la relation économique entre les assurances mutuelles et les prestataires de soins

Schéma : Répartition entre le niveau primaire et secondaire



Commentaires

Le pourcentage des remboursements des mutuelles d'assurance dans les centres de santé a fortement augmenté.

Il atteint prés de 50 % des remboursements effectués.

Les mutuelles d'assurance sont de plus en plus dépendantes du comportement du contrôle des prix et des prises en charge des prestataires du niveau primaire.

Les districts ne sont pas encore opérationnels. Il n'existe pas de système de référence.

Les relations entre les agents de santé et les patients mutualistes

Avec les centres de santé publics et privés sociaux

- Bon accueil des mutualistes en cas d'hospitalisation : 85 % des interrogés (Sondage 1998).
- Contrôle de la validité des cartes et des prises en charge effectué.

- Facturation rationnelle des prestations : Coût moyen facturé aux mutualistes 9 800 FCFA en 1998 contre 10 500 FCFA pour les non mutualistes.
- Le personnel de santé fait la promotion de la mutuelle.
- Pas de pratique parallèle.
- Respect du contrat tacite passé avec les mutualistes : forfait global respecté.

Avec les centres de santé publics

- Présence de pratiques parallèles dans les maternités.
- Accouchements surfacturés.
- Relations conflictuelles avec certains agents de santé.
- Prises en charge abusives (hospitalisation ou soins infirmiers non justifiés).
- Coût moyen facturé des actes aux mutuelles de santé supérieur à ceux des non mutualistes. (Sondage effectué parle PADS en 1999.
- Enregistrement des mutualistes rarement effectué et détournement des remboursements par le personnel de santé.
- Certains agents de santé dissuadent la population d'adhérer à la mutuelle.

Conclusions de l'étude de cas

Dépendance des mutuelles de santé par rapport à l'offre de soins.

L'amélioration du fonctionnement des centres de santé est un facteur de pérennisation des mutuelles.

L'attribution d'un statut juridique est un élément clef de la viabilité institutionnelle.

Les relations entre les mutuelles et les prestataires doivent être contractualisées.

L'engagement des services de santé dans le respect du contrat est un facteur de viabilité des mutuelles d'assurance.