

**Mutuelles de santé
en Afrique :
Caractéristiques
et mise en place**



Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP)

Le programme "Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté" (STEP) de l'Organisation internationale du Travail est un instrument pour accroître la couverture et l'efficacité de la protection sociale dans le monde.

En accord avec les conclusions du Sommet mondial pour le développement social à Copenhague, le programme STEP promeut la conception et la diffusion de systèmes novateurs destinés à la protection sociale des populations exclues. Basés sur les principes d'équité, d'efficacité et de solidarité, ces systèmes contribuent à la justice et à la cohésion sociale.

Dans ses interventions, STEP combine différents types d'activités : développement des connaissances, production d'outils méthodologiques et d'ouvrages de référence, actions concrètes sur le terrain, appui technique à la définition et mise en œuvre des politiques.

Programme STEP

Département de la Sécurité sociale
Bureau international du Travail
4, route des Morillons
CH - 1211 Genève 22, Suisse
Tél. : (41 22) 799 65 44
Fax : (41 22) 799 66 44

e-mail: step@ilo.org, INTERNET: www.ilo.org/public/french/110secso/step/index.htm



Solidarité Mondiale (WSM) est le service de la Coopération au Développement du Mouvement Ouvrier Chrétien de Belgique. WSM mène depuis plusieurs années des actions en Afrique et ailleurs dans le Tiers-monde, par la promotion de mouvements sociaux à travers un appui technique, de la formation et une assistance financière. En Amérique Latine, WSM a travaillé avec la COLACOT, la Confédération des coopératives et des mutualités latino-américaines, qui a publié des manuels de formation et d'autres ouvrages au profit de leurs membres. En Afrique, WSM a été confrontée avec les besoins toujours plus grands des organisations et mouvements africains à l'ère de l'ajustement structurel, notamment l'émergence de nouvelles formes de solidarité en vue de la couverture des coûts des soins de santé.



L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique (ANMC) collabore étroitement avec Solidarité Mondiale (WSM) pour la réalisation de son programme d'appui aux mutualités. L'ANMC est spécialisée dans l'organisation et la gestion de l'assurance maladie et invalidité (obligatoire et complémentaire) au profit de ses 4,5 millions de membres, et dans l'organisation des services de soins de santé et d'éducation à la santé. Le Service Coopération internationale contribue à la promotion des mouvements mutualistes à travers le monde, notamment en développant des liens de partenariat avec des mutualités en Afrique et en Europe de l'Est.

WSM

Chaussée de Haecht 579
1031 Bruxelles
Belgique
Tél. : (32 2) 246 36 71
Fax : (32 2) 243 78 53

ANMC

Service coopération internationale
Chaussée de Haecht 579
1031 Bruxelles
Belgique
Tél. : (32 2) 246 43 30
Fax : (32 2) 246 49 15

Manuel de formateurs

Mutuelles de santé en Afrique : Caractéristiques et mise en place

Programme Stratégies et Techniques contre
l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP)
Département de la Sécurité sociale
Bureau international du Travail

Alliance Nationale des Mutualités
Chrétiennes de Belgique
(ANMC)

Solidarité Mondiale
(WSM)

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

ISBN 92-2-112080-5

La première édition de cet ouvrage a été publiée en 1997 sous le titre "Mutuelles de santé en Afrique - Manuel de formateurs" (ISBN 92-2-210773-0)

Mutuelles de santé en Afrique: caractéristiques et mise en place: manuel de formateurs. Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Département de la Sécurité sociale, 2000.

Mutualité, assurance-maladie, Afrique francophone. 02.03.2

Données de catalogage du BIT

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse.

Les publications du Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté du BIT (BIT-STEP) peuvent être obtenues à l'adresse suivante:

Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté,
Département de la Sécurité sociale,
Bureau international du Travail,
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22,
Suisse
Tél.: (+41 22) 799 65 44
Fax: (+41 22) 799 66 44
E-mail: step@ilo.org
<http://www.ilo.org/public/french/110secso/step/index.htm>

Avant-propos

Au seuil du XXI^e siècle, près de 50 pour cent de la population de l'Afrique subsaharienne vit en dessous du seuil de pauvreté. Plus de 100 millions de personnes n'ont pas accès à une alimentation suffisante pour vivre correctement. Depuis l'avènement des indépendances, la croissance par habitant a été à peine supérieure à zéro dans cette région du monde. Malheureusement, les perspectives de croissance pour les prochaines années ne permettent pas d'espérer un renversement rapide de ces tendances. La pauvreté en Afrique subsaharienne est structurelle et certainement durable.

Les difficultés économiques des pays de la région ont fortement pesé sur les dépenses sociales. Le secteur de la santé a été l'un des plus affectés par ces tendances adverses. La réduction des dépenses publiques de santé a eu une répercussion négative importante sur la disponibilité et la qualité des soins offerts à la population. Des mesures spécifiques ont été prises pour compenser en partie l'insuffisance des ressources disponibles : stratégies visant à accroître la productivité et la qualité des services de santé, à une meilleure adéquation entre besoins et offre de soins, etc.

L'Initiative de Bamako lancée par les ministres de la Santé des pays africains en 1987, lors d'une conférence organisée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), répond également à ce souci. Son but est *d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaires et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique*. L'Initiative de Bamako a instauré une participation des communautés tant dans la gestion que dans le financement des centres de santé. Plus généralement, la plupart des pays ont introduit un système de recouvrement du coût des soins, en faisant appel à la contribution des utilisateurs du système de santé.

L'Initiative de Bamako comme d'autres stratégies ont permis d'enregistrer des progrès importants. Cependant, elles n'ont pas suffi à surmonter tous les problèmes. Les systèmes de recouvrement des coûts ont certes contribué à améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé mais ils ont également rendu l'accès aux soins plus difficile pour les personnes disposant de revenus modestes.

Les acteurs africains du secteur de la santé, les mouvements sociaux et d'autres composantes de la société civile se sont également mobilisés pour rechercher, en parallèle ou en complément aux mesures publiques, des solutions au double défi de l'amélioration de la santé des populations et du financement durable des soins de santé. La mise en place de mutuelles de santé constitue l'une des initiatives prises dans ce cadre.

La mutualité combine les principes fondamentaux de l'assurance, de la participation et de la solidarité. Il y a assurance, puisque moyennant le versement de cotisations, le membre perçoit de l'ensemble du groupe une indemnité lorsque survient un risque (maladie, naissance, décès, etc). Il y a solidarité, car si tous les membres cotisent, seuls ceux qui sont affectés par un événement déterminé bénéficient d'un soutien financier. Il y a participation car l'adhésion est libre et tous les adhérents ont le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision et

de contrôler le fonctionnement de leur mutuelle. Cette participation est assurée par des mécanismes de représentation démocratique.

La mutualité est un système de prévoyance efficace pour se prémunir contre l'irrégularité saisonnière des revenus notamment en milieu rural. A travers la mutualité, une solidarité s'organise entre les malades et les bien-portants, entre les jeunes et les vieux, entre les riches et les pauvres. Contrairement à d'autres systèmes d'assurance, le membre paie une cotisation qui n'est pas liée à son risque individuel, et il n'y a pas en principe de critères d'exclusion.

Plusieurs études ont confirmé le potentiel des mutuelles de santé en matière d'accès aux soins de santé en Afrique¹. Ce potentiel a suscité un intérêt grandissant pour les mutuelles. Le soutien au mouvement mutualiste s'est organisé et développé à un rythme soutenu. Une Plate-forme² sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé a été définie à Abidjan, au cours d'un atelier réunissant une dizaine d'Etats et plus d'une cinquantaine de structures : fédérations mutualistes d'Afrique et d'autres régions du monde, organisations internationales, agences de coopération, prestataires de soins, ONG locales et internationales, universités, centres de recherche et confédérations syndicales. Une concertation³ des mutuelles de santé en Afrique francophone a été créée afin d'accroître les échanges d'expérience et d'information dans ce domaine.

Si elles connaissent un essor rapide en Afrique, les mutuelles de santé y sont encore peu nombreuses, et de création récente. Elles restent assez mal connues. Les compétences locales dans ce secteur sont encore rares en raison de sa nouveauté. Ces compétences sont à développer au sein des mutuelles et dans les structures qui peuvent leur venir en appui. C'est une condition pour assurer une bonne prise en compte des formes traditionnelles d'entraide et de solidarité, un appui de proximité durable, une véritable appropriation des idées et du "projet mutualiste" dans les pays concernés.

Ce manuel de formateurs sur les caractéristiques et la mise en place des mutuelles de santé constitue une contribution au développement de ces compétences. Il a été produit conjointement par le programme "Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté" du BIT, par l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique et par l'ONG Solidarité Mondiale. Ces structures œuvrent depuis plusieurs années au côté du mouvement mutualiste africain dont elles soutiennent le développement. La production de ce Manuel a bénéficié également de la précieuse contribution de mutualistes et de formateurs africains qui ont à la fois participé à la conception des modules de formation et à leur validation. Les éditeurs tiennent à remercier ici ces nombreuses personnes pour leur apport. Un second manuel consacré à la gestion, au suivi et à l'évaluation des mutuelles de santé sera publié prochainement.

1 Voir en particulier "Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre" ; BIT/STEP, BIT/ACOPAM, PHR/USAID, ANMC et WSM, Washington, 2000.

2 "Plate-forme d'Abidjan : Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique" ; BIT/STEP, BIT/ACOPAM, PHR/USAID, GTZ, ANMC et WSM, Genève, 1998.

3 Voir "[Http://www.concertation.org](http://www.concertation.org)"

Table des matières

Page

Introduction	1
---------------------	---

Ensemble modulaire 1 : Caractéristiques des mutuelles de santé	9
---	---

Module 1 : La prévoyance en matière de dépenses de santé	9
Module 2 : Fondements et spécificités des mutuelles de santé	37
Module 3 : L'organisation interne et la fédération des mutuelles de santé	69
Module 4 : L'adhésion à une mutuelle de santé.....	101
Module 5 : Les services offerts par une mutuelle de santé	127

Ensemble modulaire 2 : Mise en place d'une mutuelle de santé	169
---	-----

Module 1 : Les étapes de la mise en place d'une mutuelle de santé	169
Module 2 : La mise en place du système de gestion d'une mutuelle de santé	225

Module d'information : Découverte des mutuelles de santé	261
---	-----

Glossaire	295
------------------	-----

Introduction

Cette note introductive donne quelques indications facilitant une bonne utilisation du Manuel de formateurs – Mutuelles de santé en Afrique : Caractéristiques et mise en place. Il est vivement conseillé aux utilisateurs du Manuel d'en prendre connaissance avant la préparation d'une première formation.

1. Objectifs du Manuel de formateurs - Mutuelles de santé en Afrique : Caractéristiques et mise en place

Ce Manuel de formateurs a pour objectifs de renforcer les connaissances et compétences des promoteurs, des gérants et des dirigeants des mutuelles de santé dans les domaines suivants :

- fondements et spécificités des mutuelles de santé,
- organisation, fonctionnement et services des mutuelles de santé,
- mise en place des mutuelles de santé.

Il aborde une première étape de la formation sur les mutuelles de santé. Il sera complété par un second manuel consacré à la gestion, au suivi et à l'évaluation. En conséquence, les éléments relatifs à la gestion abordés dans ce premier manuel sont limités aux supports et outils à mettre en place lors de la création de l'organisation mutualiste elle-même.

2. Les ensembles modulaires du Manuel

Le Manuel de formateurs comporte deux ensembles modulaires :

1. **Caractéristiques des mutuelles de santé**
2. **Mise en place d'une mutuelle de santé**

Le premier ensemble modulaire traite de la notion de risque et de prévoyance en matière de santé, des principes de base de la mutualité, des modalités d'organisation et de fonctionnement des mutuelles de santé. Cet ensemble modulaire est constitué de cinq modules :

- Module 1 :** La prévoyance en matière de dépenses de santé
- Module 2 :** Fondements et spécificités des mutuelles de santé
- Module 3 :** L'organisation interne et la fédération des mutuelles de santé
- Module 4 :** L'adhésion à une mutuelle de santé
- Module 5 :** Les services offerts par une mutuelle de santé

Le second ensemble modulaire traite du processus de mise en place d'une mutuelle de santé. Il est composé de deux modules :

- Module 1 :** Les étapes de la mise en place d'une mutuelle de santé
- Module 2 :** La mise en place du système de gestion d'une mutuelle de santé

Ce Manuel comprend également un module à part destiné aux animateurs de sessions d'information à l'intention de promoteurs, d'adhérents potentiels, de prestataires de soins et autres acteurs de l'environnement d'une mutuelle de santé. Ce module d'information est intitulé "Découverte des mutuelles de santé".

Pour chaque module, un tableau de bord répertorie les éléments suivants :

- le titre du module,
- les objectifs du module,
- les groupes cibles,
- les pré-requis,
- l'estimation du temps nécessaire à l'exécution du module (durée),
- le contenu du module,
- les méthodes de formation,
- les supports pédagogiques à distribuer (en annexe de chaque module),
- les supports matériels.

Ce tableau de bord est présenté au début de chaque module.

Un glossaire, situé à la fin de ce Manuel, propose une définition des principaux termes techniques employés dans les modules.

Les ensembles modulaires, et les différents modules qui les composent, peuvent être exécutés conjointement ou séparément. Il est recommandé que toute utilisation séparée soit précédée d'un rappel ou d'une introduction sur les principes de base et les caractéristiques d'une mutuelle de santé.

3. Groupes cibles

Le premier ensemble modulaire “Caractéristiques des mutuelles de santé” est destiné principalement aux promoteurs, adhérents et gestionnaires des mutuelles et à toute autre personne intéressée par les principes de base de la mutuelle de santé.

Le deuxième ensemble modulaire “Mise en place d’une mutuelle de santé” s’adresse principalement aux administrateurs, aux promoteurs et gestionnaires des mutuelles de santé. Il situe le cadre général dans lequel s’inscrivent toutes les étapes et les activités concourant à une mise en place réussie des mutuelles de santé.

Le module d’information “Découverte d’une mutuelle de santé” s’adresse à toute personne ou organisation intéressée par l’émergence des mutuelles de santé en Afrique : promoteurs, adhérents potentiels, ONG, prestataires de soins, autorités sanitaires, agences de coopération, etc.

4. Pré-requis

4.1 Pré-requis concernant le formateur

Les ensembles modulaires ne sont pas conçus comme des documents d’auto-formation. Ils sont utilisés dans le cadre de sessions de formation mettant en présence un ou plusieurs formateurs et des participants. Il est souhaitable que les modules soient exécutés par un spécialiste du contenu et un animateur, conjointement.

Des “éléments d’analyse à l’intention du formateur” sont donnés dans certains modules. Ils fournissent des informations complémentaires dont les formateurs doivent prendre connaissance avant d’exécuter une session de formation.

4.2 Pré-requis concernant les bénéficiaires de la formation

Les participants devront nécessairement savoir lire, écrire et calculer. Il peut arriver que des participants à une session de formation ne répondent pas totalement à ces conditions, par exemple, il est possible qu’ils ne maîtrisent pas la langue d’enseignement. Dans ce cas, les formateurs devront avoir recours à une personne ressource pouvant assurer les traductions nécessaires. Il n’y a pas d’autres pré-requis généraux à l’exécution des deux ensembles modulaires. Par contre, des pré-requis spécifiques à chaque module sont indiqués dans les tableaux de bord.

5. Approche et méthodes de formation

La démarche pédagogique retenue favorise une participation très active des bénéficiaires de la formation. Les méthodes utilisées cherchent à valoriser le savoir et le savoir-faire des participants, en privilégiant l'échange d'expériences et la mobilisation de leurs connaissances.

La formation est conçue de manière à leur permettre d'acquérir les connaissances pratiques nécessaires à la maîtrise des différents aspects du développement des mutuelles de santé. Cependant, les ensembles modulaires ne proposent pas de méthodes ou de systèmes standardisés concernant les mutuelles de santé. Les participants doivent développer une démarche propre et adaptée à leur milieu.

L'exécution d'un module de formation demande l'utilisation de plusieurs méthodes pédagogiques. Par exemple, il est possible d'utiliser successivement un brainstorming, une étude de cas et un travail de groupes.

Les méthodes utilisées pendant le développement des modules sont choisies en fonction d'un certain nombre de paramètres :

- les objectifs de la formation,
- les connaissances et compétences des groupes cibles,
- les caractéristiques des modules,
- le contexte et les ressources disponibles,
- la capacité des formateurs,
- les méthodes de formation utilisées précédemment.

Les méthodes actives sont privilégiées : études de cas, travail individuel ou de groupes, jeux de rôles, discussions de groupe, etc.

Chaque méthode pédagogique requiert l'utilisation d'un ou de plusieurs supports matériels et pédagogiques qui sont spécifiés dans le tableau de bord du module.

Les formateurs doivent remettre à chaque participant un exemplaire de tous les "supports pédagogiques". Le moment où chaque support doit être remis aux participants est indiqué dans les différentes sections.

Le vocabulaire utilisé dans les modules s'adresse aux formateurs chargés de l'exécution de la formation. Il appartiendra à ceux-ci de choisir un vocabulaire adapté au niveau de compréhension des participants à un atelier de formation donné.

Les repères visuels (les icônes), présentés ci-après, identifient les principales méthodes utilisées dans les modules :



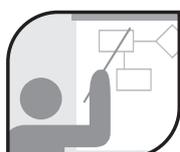
Travail en plénière



Travail de groupes



Travail individuel



Exposé



Brainstorming



Synthèse



Jeu de rôles



Schéma



Texte d'appui

6. Durée

Le programme complet portant sur les deux ensembles modulaires peut être dispensé en deux semaines. Le tableau ci-dessous indique la durée conseillée des deux ensembles modulaires ainsi que celle des modules qui les composent. Cependant, ce programme peut être adapté aux besoins spécifiques des participants et les modules peuvent être subdivisés en plusieurs sessions. Dans tous les cas, les formateurs devront préparer un emploi du temps à présenter et à discuter avec les participants.

Durée conseillée des ensembles modulaires et des modules

	Durée conseillée
Ensemble modulaire 1	
Module 1 : La prévoyance en matière de dépenses de santé	4h 20
Module 2 : Fondements et spécificités des mutuelles de santé	5h 40
Module 3 : L'organisation interne et la fédération des mutuelles de santé	5h 35
Module 4 : L'adhésion à une mutuelle de santé	6h 55
Module 5 : Les services offerts par une mutuelle de santé	9h 30
Total ensemble modulaire 1 :	32h 00
Ensemble modulaire 2	
Module 1 : Les étapes de la mise en place d'une mutuelle de santé	12h 45
Module 2 : La mise en place du système de gestion d'une mutuelle de santé	6h 20
Total ensemble modulaire 2 :	19h 05

Le module "Découverte des mutuelles de santé" est conçu de manière à pouvoir être exécuté en une seule journée.

7. Adaptation des modules et évaluation

Les modules doivent faire l'objet, chaque fois, d'une adaptation spécifique, à partir d'une évaluation des connaissances et des besoins des groupes cibles. Le formateur devra également tenir compte dans son analyse d'autres aspects liés à l'environnement des bénéficiaires de la formation.

Le contenu des ensembles modulaires devra être adapté aux conditions locales en ce qui concerne les noms, les situations et exemples présentés et le vocabulaire utilisé. Pour évaluer les connaissances acquises par les participants, il est souhaitable de réaliser un test au début (pré-test) et à la fin de chaque module (post-test). Réalisé au départ, le test permettra de connaître le niveau de connaissance des participants avant de commencer les séances de formation. Appliqué à la fin de chaque module, le même test permettra d'apprécier les connaissances et compétences acquises pendant les sessions de formation.

Des évaluations journalières, réalisées avec un groupe de participants, permettront d'apporter les adaptations nécessaires aux différentes étapes de la formation pour atteindre les objectifs initialement fixés.

8. Préparation du programme

Avant la session

Avant de débiter une session de formation, les formateurs devront prendre un certain nombre de dispositions :

- prendre connaissance des principaux documents de référence des structures dont sont issus les participants ;
- mener des entretiens avec les responsables de ces structures et, dans la mesure du possible, avec certains participants. Ces entretiens permettent d'une part, de mieux connaître les attentes des personnes ayant demandé la formation et d'autre part, d'identifier les participants disposant d'une expérience intéressante susceptible d'être mise à profit au cours de l'exécution du module ;
- connaître les activités et expériences de chaque participant. Cette connaissance est surtout utile pour une bonne constitution des groupes de travail ;
- préparer l'ensemble du matériel nécessaire au déroulement de la formation, reproduire les textes d'appui et d'études de cas, les tests ainsi que la grille d'évaluation finale de la formation. Une bonne organisation matérielle est importante pour le succès d'une session de formation. Le formateur devra attirer l'attention des responsables de la structure ou des organisateurs sur les problèmes d'hébergement, de transport, de restauration, etc.

Pendant la session

Une session de formation, surtout lorsqu'elle doit durer plusieurs jours, n'est pas exempte de situations difficiles, voire conflictuelles. Les difficultés ou conflits peuvent intervenir au plan pédagogique, organisationnel/logistique ou du fait que des personnes ayant des tempéraments différents se rencontrent. Le formateur peut, à cet effet, proposer la mise en place d'un comité de pilotage de la session. Ce comité peut être composé :

- du ou des formateurs,
- du représentant de l'institution sous l'égide de laquelle l'atelier est organisé,
- de deux à trois participants désignés par leurs pairs.

Le comité de pilotage est un facilitateur de la communication pendant toute la durée de la session. Il doit se réunir de préférence avant d'entamer chaque journée de formation pour dresser le bilan des sessions passées et de proposer d'éventuels recentrages.

Ils est important de présenter et discuter les objectifs de chaque module avant d'en commencer l'exécution.

Ensemble modulaire de formation n° 1 :
Caractéristiques des mutuelles de santé

MODULE 1

**La prévoyance
en matière
de dépenses
de santé**

Sommaire

Module 1 : La prévoyance en matière de dépenses de santé

Déroulement de la formation		Page
1.	Le "risque maladie"	15
2.	Les conséquences financières de la maladie	18
3.	Les alternatives pour faire face aux dépenses liées à la maladie	20
4.	Deux mécanismes de prévoyance : le prépaiement et l'assurance	23
5.	Clôture du module.....	25
 Supports pédagogiques		
Schéma n° 1 :	La pyramide de la santé	29
Texte d'appui n° 1 :	Les alternatives pour faire face aux dépenses liées à la maladie	31

1

La prévoyance en matière de dépenses de santé

Objectifs

A la fin de ce module, les participants seront capables :

- de définir le “risque maladie” ;
- de décrire les conséquences financières de la maladie ;
- de présenter différents mécanismes de protection face au “risque maladie”.

Groupes cibles

- Promoteurs des mutuelles de santé
- Adhérents des mutuelles de santé
- Gestionnaires des mutuelles de santé

Pré-requis

Aucun

Durée

4h 20

Contenu

- Définition du “risque maladie”
- Les conséquences financières de la maladie
- Les alternatives pour faire face aux dépenses liées à la maladie

Méthodes

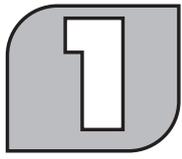
- Brainstorming
- Exposé
- Travail de groupes
- Plénière (travail et synthèse)

Supports matériels

- Méta-plan
- Tableau noir
- Tableau papier
- Rétroprojecteur

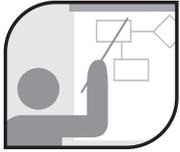
Supports pédagogiques

- Schéma
- Texte d'appui



Le "risque maladie"

a. Exposé (0h 15)



Introduisez ce module à l'aide du texte suivant :

Au cours des trois dernières décennies, les crises économiques répétées ont eu un impact négatif sur les dépenses sociales dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne. Le secteur santé a été particulièrement affecté par cette situation à partir de 1970, avec pour conséquences la dégradation du service public et l'augmentation du coût des soins de qualité.

Face à cette situation, les ministres de la Santé des pays africains se sont réunis à Bamako en 1987, au cours d'une conférence organisée conjointement par l'UNICEF et l'OMS, en vue de définir une stratégie de réforme des systèmes de santé. Cette conférence a mis l'accent sur l'extension des soins de santé primaires, la participation de la communauté à la gestion des services de santé et au financement des soins.

Dès 1993, presque tous les pays d'Afrique au sud du Sahara avaient abandonné la gratuité des soins au profit de systèmes de recouvrement des coûts : une contribution financière était désormais demandée aux usagers afin de couvrir une partie des coûts des soins de santé et d'améliorer l'approvisionnement en médicaments.

Cette politique a permis de renforcer la disponibilité et la qualité des soins. Elle pose cependant des problèmes d'équité et d'accès aux soins des couches les plus pauvres de la population.

b. Travail en plénière (0h 30)



Animez un débat sur les difficultés rencontrées par les individus et les familles pour faire face aux dépenses liées à la maladie. Complétez, si nécessaire, les réponses avec les éléments suivants :

- *La maladie est le plus souvent imprévisible ; la période et le montant des dépenses de santé ne peuvent être déterminés à l'avance. L'individu ou la famille doivent pourtant être en mesure d'assumer ces dépenses au moment où la maladie survient.*
- *En cas d'hospitalisation ou de maladie grave, le montant des dépenses à effectuer dépasse la capacité de paiement de la plupart des individus et familles. En Afrique, de nombreuses personnes ne peuvent même pas assumer les dépenses pour des maladies bénignes. Ces difficultés sont accrues par les frais indirects qui s'ajoutent à la facture de soins : déplacements, garde malade, nourriture, etc.*

Concluez ce débat en vous inspirant du texte suivant :

Personne n'est à l'abri de la maladie. Celle-ci déjoue les prévisions et peut avoir des conséquences financières désastreuses sur le patrimoine et l'existence des individus. La contribution financière des malades ou de leur famille à la prise en charge de la maladie est nécessaire pour assurer le bon fonctionnement des services de santé, mais elle limite l'accès des plus démunis aux soins. Bien souvent, les individus et leur famille ne peuvent pas assumer les dépenses nécessaires pour bénéficier de soins appropriés.

c. Travail en plénière (0h 30)



Demandez aux participants de proposer une définition du "risque maladie". Complétez les réponses avec la définition ci-dessous.

Pour l'individu, la maladie constitue un risque dont la portée dépasse les seules questions de santé. Lorsqu'elle survient, la maladie est susceptible d'engendrer des dommages financiers importants. Pour réduire le risque de subir ces dommages, l'individu a intérêt à se protéger. Ce risque lié à la maladie est appelé, en matière d'assurance, "risque maladie".

Complétez la discussion sur la définition du risque maladie à l'aide du texte ci-dessous. Projetez, ensuite, le schéma n° 1 (La pyramide de la santé).

Le risque correspond à l'éventualité qu'un événement futur, bon ou mauvais, se produise. Par extension, le terme "risque" désigne un événement indésirable contre la survenue duquel une assurance est souscrite. Les principaux risques sociaux sont : la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage et le décès.

La maladie peut provoquer des dommages durables et parfois irréversibles sur la santé de l'individu. Elle constitue donc un risque pour la santé. S'il n'est pas assuré, l'individu peut être dans l'incapacité de faire face aux dépenses nécessaires à son rétablissement, accroissant ainsi le risque que la maladie fait courir à sa santé. La maladie peut provoquer des pertes matérielles importantes contre lesquelles l'individu a intérêt à se protéger. Enfin, la maladie peut entraîner une incapacité de travail momentanée ou durable et donc une perte de revenus.

Sur le plan financier, les risques se répartissent habituellement en deux catégories :

● *Les gros risques :*

Ils regroupent les risques liés aux maladies graves et, plus globalement, aux atteintes qui nécessitent des dépenses importantes pour les soins : hospitalisations, interventions chirurgicales, accouchements dystociques et autres actes spécialisés. La probabilité de survenue de ces événements est faible. L'effort financier qu'ils demandent est en revanche hors de portée de la plupart des familles. Peu d'individus sont en effet en mesure de financer eux-mêmes et intégralement une intervention lourde, surtout si celle-ci nécessite de recourir à des prestataires de soins éloignés.

● *Les petits risques :*

Les petits risques concernent les cas plus bénins qui nécessitent des dépenses de soins moindres mais dont la fréquence de survenue est nettement plus élevée que celle des gros risques. Sont inclus, par exemple, dans cette catégorie, les soins infirmiers et les consultations ambulatoires.

Très schématiquement, les petits risques se situent à la base de la pyramide sanitaire, au niveau des soins de santé primaires. Les gros risques interviennent aux échelons supérieurs de cette pyramide, au niveau des soins de santé secondaires et spécialisés.



Les conséquences financières de la maladie

d. Travail en plénière (0h 30)



Demandez aux participants de décrire les principales conséquences financières de la maladie. Complétez les réponses en vous inspirant du texte suivant :

Les exclusions

La charge financière résultant du traitement d'une maladie se traduit d'abord en termes d'exclusion. Le fait de ne pas disposer des ressources nécessaires pour faire face aux dépenses de santé limite en effet l'accès du malade aux soins. Dans un contexte de pauvreté, cette exclusion ne touche pas seulement les indigents, mais la plupart des familles.

L'exclusion revêt différentes formes dépendantes des sources et des niveaux de revenus des individus et des familles :

L'exclusion économique

L'inexistence ou l'insuffisance de revenus durant toute l'année entraîne une impossibilité permanente de financer des dépenses de santé. Cette exclusion touche les familles en situation d'indigence.

L'exclusion financière

Lorsque l'on s'élève dans l'échelle des revenus, la possibilité économique d'accès aux soins de santé s'améliore. Toutefois, les revenus des familles ne sont pas toujours réguliers ; apparaissent alors différentes formes d'exclusion liées à des contraintes financières :

- *L'exclusion temporaire se produit lorsque la famille ne dispose pas immédiatement des ressources dont elle a besoin pour financer les dépenses liées à une maladie. Le recours aux soins est alors retardé, le temps de trouver les moyens nécessaires.*

- *L'exclusion partielle concerne les utilisateurs des services de santé qui ne disposent pas de suffisamment de ressources pour prendre en charge l'intégralité des soins et/ou des traitements prescrits.*
- *L'exclusion saisonnière touche les familles dont les revenus sont inégalement répartis au cours de l'année. Les revenus des ménages ruraux, par exemple, sont souvent concentrés sur une ou plusieurs périodes, généralement au moment de la vente des récoltes. Ces ménages souffrent durant le reste de l'année de difficultés importantes pour faire face aux dépenses de santé y compris dans le cas de maladies bénignes.*

L'impact en termes de pauvreté

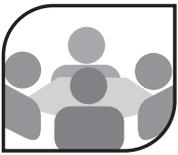
La maladie est souvent à l'origine d'une pauvreté durable, en particulier, lorsque :

- *L'un des conjoints, qui assurait l'une des sources — souvent l'unique — de revenus de la famille, décède ou devient invalide, faute de soins.*
- *Pour faire face à une dépense importante et urgente de soins, une famille s'endette lourdement auprès d'un usurier ou vend un bien, notamment un outil de production, à vil prix.*



Les alternatives pour faire face aux dépenses liées à la maladie

e. Travail de groupes n° 1 (0h 45)



Constituez des groupes de travail et demandez-leur de répondre à la question suivante :

“Le risque maladie engendre un réel besoin de protection auquel les individus et les familles tentent de répondre individuellement ou collectivement. Concrètement, quelles sont les alternatives à la disposition d’un individu ou d’une famille pour faire face aux dépenses liées à la maladie ?”

f. Synthèse (0h 45)



Notez les réponses des groupes en les répartissant en trois grandes catégories conformément au tableau ci-dessous.

Demandez aux participants d’illustrer leurs réponses, en mettant en valeur les avantages (rapidité de l’obtention de l’argent nécessaire, sécurité apportée, etc.) et inconvénients (endettement, etc.) de chacune des alternatives proposées.

	Les alternatives usuelles et traditionnelles	Les systèmes de prépaiement et d'assurance	Les autres alternatives
Individuelles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recours à l'emprunt usuraire ✓ Vente de biens (bétail, meubles, outil de travail, bijoux, etc.) ✓ Utilisation des fonds de la boutique ou de l'atelier ✓ Détournement d'un crédit de son objet ✓ Travail chez un particulier ✓ Autres 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Souscription à des mécanismes de prépaiement (sans partage de risques): <ul style="list-style-type: none"> • d'épargne/ crédit santé • d'abonnement santé ✓ Autres 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recours à la médecine traditionnelle ✓ Automédication, achat de médicaments dans une boutique ou sur le marché ✓ Autres
Collectives	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recours à l'entraide et à la solidarité au sein de la famille ou entre amis/voisins : prêts et/ou dons ✓ Participation à une association d'entraide ✓ Autres 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adhésion à un système d'assurance : <ul style="list-style-type: none"> • sécurité sociale • assurances commerciales • assurances sans but lucratif • mutuelles de santé • autres 	

En vous aidant si nécessaire du texte ci-dessous, soulignez la différence entre les alternatives qui constituent une forme de prévoyance pour se protéger du risque maladie (événement non survenu) de celles qui constituent simplement un moyen de se procurer les ressources pour faire face aux dépenses une fois le risque survenu.

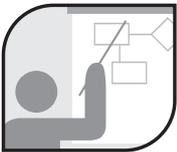
Les individus et les familles ont deux attitudes possibles face aux dépenses de santé. Ils peuvent soit attendre que la maladie survienne pour chercher les ressources nécessaires aux dépenses de santé, soit prendre des dispositions pour se préparer à faire face à ce type de dépenses avant qu'une maladie ne survienne. Dans le premier cas, il ne s'agit pas d'une protection contre le risque mais simplement d'en surmonter les implications financières. L'incertitude quant à la possibilité de faire face aux problèmes de ressources reste très élevée. Dans le second cas, l'anticipation des conséquences financières de la maladie permet de surmonter celles-ci avec plus de facilité. Il s'agit d'une démarche de prévoyance pour se protéger contre le risque maladie.

Dans toutes les sociétés, la plupart des individus présentent une aversion aux risques. C'est pourquoi, les femmes et les hommes ont partout développé des mécanismes de prévoyance pour se protéger des risques. Ces mécanismes se sont perfectionnés au cours de l'histoire, notamment avec le développement de l'assurance qui constitue l'outil le plus efficace de protection contre les risques.

4

Deux mécanismes de prévoyance : le prépaiement et l'assurance

g. Exposé (0h 30)



Mettez en relief, à l'aide des éléments présentés ci-dessous, la distinction entre les systèmes de prépaiement sans partage de risques et l'assurance.

Le prépaiement sans partage de risque

Le prépaiement sans partage de risques regroupe un ensemble de mécanismes simples qui permettent à une personne de payer des soins futurs à un moment où elle dispose de revenus suffisants. Ceci peut être avantageux pour les personnes qui ont des revenus irréguliers et qui, par conséquent, sont susceptibles d'être confrontées à des dépenses de santé à un moment où elles ne disposent pas de ressources. En cas de maladie, ces personnes ne pourront cependant consommer des soins qu'à concurrence du montant qu'elles auront "prépayé". La prévoyance est individualisée ; il n'y a pas mise en commun de ressources pour faire face aux risques.

Les systèmes de prépaiement sans partage de risques les plus courants sont :

- *la carte d'abonnement ;*
- *le paiement anticipé forfaitaire de certaines prestations, notamment des soins maternels et infantiles.*

Ces systèmes sont le plus souvent proposés par des prestataires de soins pour qui ils sont relativement avantageux et simples à mettre en place.

Ils présentent certains handicaps. En limitant la couverture offerte à une personne, au montant des dépenses de soins qu'elle a prépayé (parfois augmenté légèrement d'un intérêt), ils ne permettent pas de faire face aux gros risques qui demandent un effort financier hors de portée d'un seul individu. Cette même limitation réduit l'attrait de ces systèmes et demande de la part des adhérents un fort désir de prévoyance face au risque maladie.

Les systèmes de prépaiement sans partage de risques apparaissent comme des mécanismes de protection adaptés aux dépenses de santé considérées comme certaines, c'est-à-dire par exemple aux consultations non spécialisées dont la fréquence est importante, et d'un coût relativement peu élevé.

L'assurance

Contrairement aux systèmes précédents, l'assurance se définit comme un instrument qui permet à plusieurs personnes de partager les risques. Les ressources des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un risque. Les assurés, en contrepartie du versement de leurs cotisations (ou primes), obtiennent de l'assureur la garantie de cette réparation financière (ou prise en charge). Les risques couverts par la garantie sont précisément déterminés. Les assurés renoncent à la propriété des cotisations versées et ne peuvent donc les réclamer s'ils ne sont pas victimes de ces risques.

En d'autres termes, l'assurance conduit à ce que ceux qui ne tombent pas malades paient pour ceux qui ont moins de chance. En souscrivant une assurance, les individus acceptent le principe de ce transfert parce qu'ils sont conscients de ne pas être à l'abri des risques couverts par l'assurance, que leur aversion pour ces risques est forte et qu'ils ne sont pas en mesure d'y faire face individuellement.

L'assurance se distingue des formes d'entraide traditionnelles qui sont alimentées par des cotisations modestes et dont le montant des prestations est fixé de façon aléatoire, sans rapport avec les conséquences financières des risques couverts.

L'assurance est particulièrement adaptée aux soins de santé secondaires et tertiaires. Ceux-ci sont liés à des événements imprévisibles dont la probabilité de survenue est faible mais dont le traitement est très coûteux. Il s'agit donc bien de risques qui peuvent être répartis sur un nombre important d'individus. La cotisation ou prime d'assurance sera ainsi faible pour l'assuré au regard des dépenses qu'il aurait à effectuer lors de la survenue du risque (s'il n'était pas assuré).

En conclusion, la mise en place d'un système de protection contre le risque maladie repose sur une analyse de ce risque et le choix d'une réponse adaptée :

- *Le prépaiement sans partage de risques ne convient qu'à la protection des petits risques, c'est-à-dire ceux ayant des coûts faibles et une fréquence de survenue élevée.*
- *En revanche, l'assurance est également adaptée aux cas de maladie relevant des soins de santé secondaires et tertiaires. Sur la base d'une cotisation ou prime faible, l'assurance peut proposer une protection efficace contre ce risque et ses conséquences qui, en temps normal, peuvent aboutir à des situations économiques et financières catastrophiques pour une famille.*

h. Brainstorming (0h 20)



Demandez aux participants quels sont les avantages d'une assurance pour ses bénéficiaires. Faites une synthèse des réponses à l'aide du texte d'appui n° 1. Distribuez ensuite ce texte d'appui.

5 Clôture du module

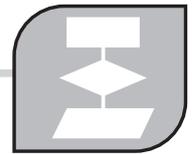
i. Synthèse en plénière (0h 15)



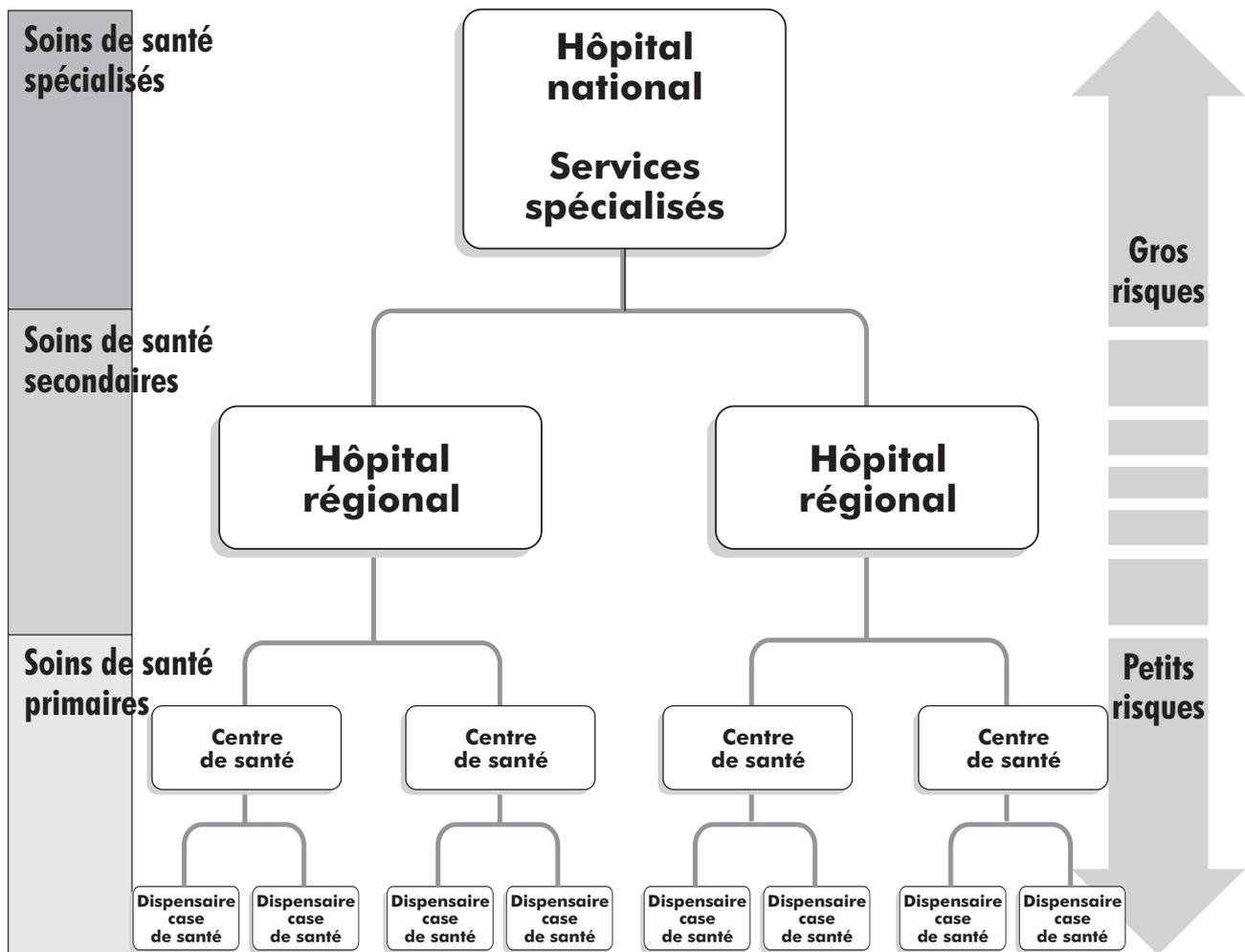
Clôturez le module en rappelant les objectifs et les différents thèmes abordés.

Supports pédagogiques

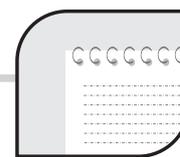
Schéma n° 1



La pyramide de la santé



Texte d'appui n° 1



Les alternatives pour faire face aux dépenses liées à la maladie

On peut tenter de classer ces alternatives en trois grandes catégories :

- les alternatives usuelles et traditionnelles,
- les assurances et les préparations,
- les autres alternatives.

Les alternatives usuelles et traditionnelles

Cette première catégorie regroupe des réponses développées par des individus ou des familles et qui sont souvent très liées au contexte social et culturel.

Les réponses individuelles

Une famille confrontée à un cas de maladie et qui ne dispose pas de l'argent nécessaire pour prendre en charge les soins peut avoir recours à différents moyens :

- emprunter de l'argent auprès de la famille élargie, d'amis, de voisins, d'une institution financière ou encore d'usuriers ;
- vendre un bien (mobilier, bijoux, bétail, outil de travail, stock de nourriture, etc.) ;
- prélever des fonds sur l'entreprise familiale : commerce, atelier, etc. ;
- détourner un crédit de son objet.

Ces solutions permettent certes à une famille de faire face à un besoin d'argent immédiat, quoique le délai nécessaire pour trouver par exemple un ou plusieurs prêteurs peut être long, mais peuvent accroître sa pauvreté (endettement très lourd, perte d'un outil de production, etc.).

Les réponses collectives

Elles reposent sur un recours à l'entraide et la solidarité entre amis/voisins, au sein de la famille élargie, d'une association ou d'autres formes de groupement.

Les mouvements d'entraide en Afrique et dans d'autres pays en développement sont très largement répandus, sous des formes traditionnelles très vivantes. L'entraide en cas de maladie se réalise généralement sous deux formes :

- en nature : transport des malades, entretien des champs d'un agriculteur hospitalisé, garde des enfants, etc. ;

- en espèces : octroi de prêts ou dons d'argent pour aider au paiement des dépenses de soins de santé.

On peut distinguer :

a) L'entraide non organisée : elle s'exerce au coup par coup, sans reposer sur une organisation sociale permanente. L'entraide est ponctuelle et spontanée. Elle se réalise au sein de la famille élargie, de réseaux d'amis, de voisins, etc. Elle est régie par le principe du "tout bien fait est réciprocity" et l'on y participe en vue d'être secouru à son tour lorsque l'on sera dans le besoin.

La sécurité apportée reste aléatoire car il se peut que tous les individus soient dans le besoin au même moment ou dans l'impossibilité d'apporter une aide financière suffisante (période de soudure monétaire en milieu rural).

b) Les groupements d'entraide et de prévoyance : il s'agit d'un premier type d'organisation créé pour dépasser les limites de l'entraide non organisée. Ces groupements se constituent autour de critères précis de cooptation de leurs membres (avoir le même métier, habiter le même quartier, etc.) et de règles définies à l'avance, écrites ou orales. Ils exigent une volonté de s'entraider et une confiance mutuelle importantes. L'appui aux membres dans le besoin est le plus souvent apporté en espèces, à partir d'un fonds commun, alimenté par des cotisations régulières.

La tontine représente la forme la plus connue et la plus documentée en Afrique. Elle constitue une entraide financière organisée par des petits groupes de personnes qui forment une union d'épargne et de crédit. Son mode de fonctionnement est défini selon le niveau de revenus des participants, de leurs besoins prioritaires et du contexte dans lequel elle évolue.

D'autres groupements, également très répandus, exercent des activités autour d'un objectif d'entraide face aux risques sociaux et aux événements de la vie, malheureux (décès, maladie, etc.) ou heureux (naissance, mariage, etc.).

Ces groupements sont cependant confrontés à une évolution de leur environnement et rencontrent un certain nombre de limites :

- ▶ Ils gèrent de façon empirique des ressources financières rares, avec tous les risques de découragement que cela comporte suite aux erreurs et aux échecs.
- ▶ Ils n'ont pas d'existence juridique.
- ▶ Enfin, beaucoup d'entre-eux reposent sur le charisme de leurs leaders et se désagrègent quand ceux-ci disparaissent.

La sécurité apportée reste fragile face aux grosses dépenses.

Les systèmes de prépaiement sans partage de risques et l'assurance

Ces systèmes sont encore peu nombreux en Afrique mais de plus en plus de gouvernements et d'acteurs incluent leur promotion au sein de leurs stratégies.

Le prépaiement sans partage de risques

Le prépaiement sans partage de risques regroupe un ensemble de mécanismes simples qui permettent à une personne de payer des soins futurs à un moment où elle dispose de revenus suffisants. Ceci peut être avantageux pour les personnes qui ont des revenus irréguliers et qui, par conséquent, sont susceptibles d'être confrontées à des dépenses de santé à un moment où elles ne disposent pas de ressources. En cas de maladie, ces personnes ne pourront cependant consommer des soins qu'à concurrence du montant qu'elles auront "prépayé". La prévoyance est individualisée ; il n'y a pas de mise en commun de ressources pour affronter les risques.

Les systèmes de prépaiement sans partage de risques les plus courants sont :

- la carte d'abonnement,
- le paiement anticipé forfaitaire de certaines prestations, notamment des soins maternels et infantiles.

Ces systèmes sont le plus souvent proposés par des prestataires de soins pour qui ils sont relativement avantageux et simples à mettre en place.

Ils présentent certains handicaps. En limitant la couverture offerte à une personne, au montant des soins qu'elle a prépayé (parfois augmenté légèrement d'un intérêt), ils ne permettent pas de faire face aux gros risques qui demandent un effort financier hors de portée d'un seul individu. Cette même limitation réduit l'attrait de ces systèmes et demande, de la part des adhérents, un fort désir de prévoyance face au risque maladie.

Les systèmes de prépaiement sans partage de risques apparaissent comme des mécanismes de protection adaptés aux dépenses de santé considérées comme certaines, comme par exemple les consultations dont la fréquence est importante, et d'un coût relativement peu élevé.

L'assurance

Contrairement aux systèmes précédents, l'assurance se définit comme un instrument qui permet à plusieurs personnes de partager les risques. Les ressources des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un risque. Les assurés, en contrepartie du versement de leurs cotisations (ou primes), obtiennent de l'assureur la garantie de cette réparation financière (ou prise en charge). Les risques couverts par la garantie sont précisément déterminés. Les assurés renoncent à la propriété des cotisations versées et ne peuvent donc les réclamer s'ils ne sont pas victimes de ces risques.

En d'autres termes, l'assurance conduit à ce que ceux qui ne tombent pas malades paient pour ceux qui ont moins de chance. Les assurés acceptent le principe de ce transfert parce qu'ils sont conscients de ne pas être à l'abri des risques couverts par l'assurance, que leur aversion pour ces risques est forte et qu'ils ne sont pas en mesure d'y faire face individuellement.

L'assurance se distingue des formes traditionnelles d'entraide qui sont alimentées par des cotisations modestes et dont le montant est fixé de façon aléatoire, sans rapport avec les conséquences financières des risques couverts.

L'assurance est particulièrement adaptée aux soins de santé secondaires et spécialisés. Ceux-ci sont liés à des événements imprévisibles dont la probabilité de survenue est faible mais dont le traitement est très coûteux. Il s'agit donc bien de risques qui peuvent être répartis sur un nombre important d'individus. La cotisation ou prime d'assurance sera ainsi faible pour l'assuré au regard des dépenses qu'il aurait à effectuer lors de la survenue du risque s'il n'était pas assuré.

Les systèmes d'assurance se présentent sous différentes formes :

- **L'assurance maladie obligatoire** : organisée sous l'impulsion des pouvoirs publics dans le cadre des régimes de sécurité sociale, l'assurance maladie obligatoire est un système qui permet la prise en charge, par la collectivité, des dépenses de santé des individus. Elle s'adresse principalement aux salariés du secteur public et privé. Les cotisations sont généralement prélevées directement sur les salaires.
- **Les assurances commerciales à but lucratif** : comme toute entreprise commerciale, leur stratégie est guidée par un souci de rentabilité. De ce fait, elles tendent à instaurer des conditions restrictives d'adhésion afin d'éviter la souscription de personnes qui présentent un fort risque de maladie. Elles pratiquent, si la réglementation l'autorise, des primes différenciées selon les risques personnels de l'assuré. La gestion et les décisions sont centralisées par les propriétaires de l'assurance, les adhérents ont un rôle passif et se positionnent en ayant droit.
- **Les systèmes de micro-assurance santé** : ce terme regroupe une assez grande diversité de systèmes qui s'adressent à des populations démunies non couvertes par les systèmes d'assurance maladie obligatoire et qui n'ont pas accès aux assurances commerciales habituelles.

Font notamment partie de cette catégorie :

- ▶ *Les mutuelles de santé.*
- ▶ *Les assurances proposées par des prestataires de soins* : un centre de santé ou un hôpital peut proposer à ses utilisateurs potentiels de payer une cotisation leur donnant droit soit à la

gratuité, soit à une réduction du prix des soins. Le plus souvent, les adhérents ne sont pas impliqués dans la gestion du système.

- ▶ *D'autres formes d'assurance sans but lucratif* : il peut s'agir, par exemple, d'une assurance transport mise œuvre par une commune qui dispose d'une ambulance ; l'adhésion est soit volontaire, soit obligatoire (la cotisation est alors collectée sous forme d'une taxe), les fonds collectés assurent une gratuité ou une réduction du coût d'une évacuation en urgence et n'ont pour but que de financer les frais de fonctionnement du véhicule.

Les micro-assurances couvrent un très large champ d'activités, s'intéressent aux différents niveaux de risques (petits et gros risques) et sont mises en œuvre par divers acteurs tels que les ONG, les organisations communautaires et autres formes de groupements.

Les avantages d'un système d'assurance pour ses bénéficiaires

L'assurance contribue à :

- Une plus grande sécurité en cas de maladie pour les adhérents et leurs personnes à charge :

En payant une somme connue à l'avance et de façon programmée (chaque jour, chaque semaine, etc.), l'adhérent n'est plus contraint d'engager des dépenses exceptionnelles parfois très importantes lors de situations imprévues.

- Une meilleure continuité des traitements :

Le nombre de recours aux soins durant la période couverte n'est pas limité et pour un même épisode de maladie, le bénéficiaire dispose de plus de facilités pour accéder aux soins nécessaires.

- Une réduction du délai de recours aux soins :

L'adhérent bénéficie de soins gratuits ou d'un prix sensiblement réduit. L'accès aux soins n'est donc plus ou est beaucoup moins retardé par les délais nécessaires pour que le malade ou sa famille trouve de l'argent.

- Une réduction des exclusions financières :

Les formes d'exclusion liées au manque d'argent au moment de la survenue de la maladie sont réduites puisque les montants à payer pour les soins sont nuls ou peu élevés. L'adhérent peut recourir aux services de santé même durant les périodes les plus difficiles financièrement (soudure monétaire, périodes de fêtes et de cérémonies, etc.).

- Une réduction des pratiques parallèles :

L'adhérent est informé de la part de la facture de soins qu'il doit, éventuellement, payer au centre de santé ou à l'hôpital. Par conséquent, les relations avec le prestataire de soins sont plus transparentes et les possibilités de pratiques parallèles (perception illicite d'argent par le personnel de santé) moins importantes.

Ensemble modulaire de formation n° 1 :
Caractéristiques des mutuelles de santé

MODULE 2

**Fondements
et spécificités
des mutuelles
de santé**

Sommaire

Module 2 : Fondements et spécificités des mutuelles de santé

Déroulement de la formation		Page
1.	Mutualité et mutuelles de santé : Définitions et fondements	43
1.1	La mutualité	43
1.2	Les mutuelles de santé	46
2.	Les autres systèmes de couverture des dépenses de santé	48
3.	Clôture du module.....	49
 Supports pédagogiques		
Texte du travail de groupes n° 1 :	Définition et principes de base de la mutualité	53
Schéma n° 1 :	Principes de base de la mutualité.....	55
Texte d'appui n° 1 :	Définition et principes de base de la mutualité	57
Texte du travail de groupes n° 2 :	Définition et mode de fonctionnement d'une mutuelle de santé.....	61
Texte d'appui n° 2 :	Application des principes de base de la mutualité dans une mutuelle de santé	63
Texte du travail de groupes n° 3 :	Les similitudes et différences entre les mutuelles de santé et les autres systèmes de couverture des dépenses de santé	65
Corrigé du travail de groupes n° 3 :	Les similitudes et différences entre les mutuelles de santé et les autres systèmes de couverture des dépenses de santé	67

2

Fondements et spécificités des mutuelles de santé

Objectifs

A la fin de ce module, les participants seront capables :

- de définir ce qu'est la mutualité et de présenter les principes qui la régissent ;
- d'expliquer les bases du fonctionnement des mutuelles de santé ;
- de décrire les similitudes et les différences entre les mutuelles de santé et les autres systèmes de couverture des dépenses de santé.

Groupes cibles

- Promoteurs des mutuelles de santé
- Adhérents des mutuelles de santé
- Gestionnaires des mutuelles de santé

Pré-requis

Aucun

Durée

5h 40

Contenu

- Définition et principes de base de la mutualité
- Définition et mode de fonctionnement des mutuelles de santé
- Similitudes et différences entre les mutuelles de santé et les autres systèmes de couverture des dépenses de santé

Méthodes

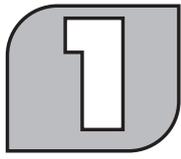
- Exposé
- Plénière (travail et synthèse)
- Travail de groupes

Supports matériels

- Méta-plan
- Tableau noir
- Tableau papier
- Rétroprojecteur

Supports pédagogiques

- Schéma
- Textes de travail de groupes
- Textes d'appui



Mutualité et mutuelles de santé : Définitions et fondements

1.1 La mutualité

a. Travail de groupes n° 1 (1h 00)



Distribuez le texte de travail de groupes n° 1, faites le lire et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement. Présentez et discutez, éventuellement, la constitution des groupes. Demandez aux participants de noter les réponses de leur groupe sur de grandes feuilles.

b. Synthèse en plénière (0h 30)



La synthèse du travail de groupes n° 1 sera réalisée question par question. La présentation des résultats se fera par un ou plusieurs membres de chaque groupe. Les réponses seront visualisées, pour toute la durée du module, sur les tableaux papiers ou sur les murs.

La synthèse doit déboucher sur une liste commune de réponses aux questions. Si nécessaire, complétez ces réponses avec les éléments présentés ci-dessous.

Question 1) Quelle différence faites-vous entre l'entraide et la solidarité ? Illustrez vos réponses par des exemples tirés des pratiques traditionnelles de votre localité d'origine ou de résidence.

- *L'entraide est une relation d'échange entre des individus confrontés aux mêmes difficultés et qui se sont identifiés autour de critères communs de cooptation (être du même quartier, du même statut socio-économique, etc.). Quelle que soit sa forme (en nature ou financière), l'entraide repose sur le principe de réciprocité attendue de l'aide.*
- *La solidarité s'exprime envers les plus démunis, sans attendre une contrepartie en retour de la part du bénéficiaire (dons aux indigents, etc.). Quelle soit organisée par l'État, par des organisations confessionnelles ou par la société civile, la solidarité reste la seule réponse à l'exclusion permanente des indigents. Ceux-ci sont en effet exclus des systèmes d'entraide puisqu'ils ne sont pas en mesure de rendre l'aide qu'ils reçoivent.*

Éléments d'analyse à l'intention du formateur

L'entraide dans les sociétés africaines

L'entraide s'exprime de diverses manières dans les sociétés africaines : par le travail, le soutien financier, etc. L'individu ou la famille, qui doit faire face à des dépenses exceptionnelles et/ou inattendues – naissances, mariages, maladies, décès – s'adresse à la famille élargie, ainsi qu'aux amis et aux voisins. Souvent, cette entraide s'étend à tous les membres du lignage ou du village.

Les tontines constituent une forme d'entraide financière très répandue en Afrique, particulièrement parmi les travailleurs des zones urbaines. Les tontines sont constituées par de petits groupes de personnes qui forment une sorte d'union d'épargne et de crédit, dans laquelle les membres reçoivent, à tour de rôle, une somme d'argent déterminée d'un commun accord et prélevée sur les cotisations de tout le groupe.

Les membres des tontines font généralement partie d'un même groupe familial, d'un même quartier, d'une même entreprise ou d'un même milieu professionnel. Ainsi, par exemple, il existe, au Ghana de très nombreuses susu (dénomination des tontines au Ghana) dans les entreprises et les quartiers populaires.

Ces formes traditionnelles d'entraide jouent un rôle social important. Parallèlement, les pays africains sont soumis, depuis la période coloniale, à l'influence des systèmes de solidarité et de protection sociale venus d'Europe.

Question 2) Parmi les éléments ci-dessous, lesquels constituent des principes de base de la mutualité ?

- *la solidarité,*
- *l'autonomie et la liberté,*
- *l'épanouissement de la personne,*
- *la responsabilité dans la gestion et dans le comportement des adhérents,*
- *la dynamique d'un mouvement social.*

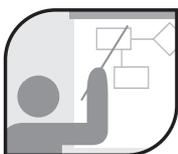
Question 3) Quels autres principes de base de la mutualité ne sont pas répertoriés ci-dessus ?

- *la participation démocratique,*
- *le but non lucratif de l'organisation.*

Question 4) Quelle définition de la mutualité proposeriez-vous ?

- *La mutualité désigne le mode d'organisation, le système de pensée et la philosophie d'action propres aux institutions mutualistes.*
- *Une institution mutualiste – ou mutuelle – est une association volontaire de personnes (donc à adhésion libre), à but non lucratif (qui ne recherche donc pas le profit), dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre adhérents. Sur la base des décisions des adhérents et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène, en leur faveur et en celle de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux. De ce fait, une mutuelle constitue un mouvement social.*

c. Exposé (0h 20)



Projetez le schéma n° 1 sur les principes de base de la mutualité et commentez-le. Distribuez, ensuite, le texte d'appui n° 1 intitulé : "Définition et principes de base de la mutualité".

1.2 Les mutuelles de santé

d. Travail de groupes n° 2 (1h 00)



Distribuez le texte du travail de groupes n° 2. Faites le lire et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement. Demandez aux participants de noter les réponses de leur groupe sur de grandes feuilles.

e. Synthèse en plénière (0h 30)



La présentation des résultats se fera de la même façon que pour la synthèse précédente (synthèse b.). Au besoin, complétez les réponses des groupes avec les éléments présentés ci-dessous.

Question 1) D'après la description qui est donnée ci-dessus, expliquez en quoi le fonctionnement d'une mutuelle de santé fait appel aux notions de prévoyance et de solidarité.

Prévoyance

Il y a prévoyance, puisque l'adhérent verse des cotisations sans certitude quant à la survenue du risque (survenue d'un cas de maladie). Lorsque le risque survient, la mutuelle permet à l'adhérent de faire face aux dépenses. En s'acquittant aujourd'hui de ses cotisations, l'adhérent de la mutuelle s'assure d'avoir les moyens d'accéder aux soins de santé dont il aura besoin, seulement, demain.

Solidarité

La solidarité s'exprime à travers les modalités de calcul des cotisations. Chaque adhérent paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade. Il s'agit d'une solidarité entre les malades et les bien-portants ainsi qu'entre les jeunes et les personnes âgées. Lorsque la cotisation est proportionnée aux moyens financiers des adhérents, la solidarité joue également entre les riches et les pauvres.

Question 2) Quelle définition d'une mutuelle de santé proposeriez-vous ?

Une mutuelle de santé est une organisation mutualiste constituée pour assurer à ses adhérents, et généralement à leur famille, une couverture des risques maladie et, plus globalement, un accès à des soins de santé de qualité.

En reprenant la définition de la mutualité présentée auparavant, il est également possible de définir une mutuelle de santé de la façon suivante :

Une mutuelle de santé est une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous ses adhérents. Au moyen de la cotisation des adhérents, et sur la base de leurs décisions, la mutuelle organise des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine de la santé.

Une mutuelle de santé combine les deux principes fondamentaux de l'assurance et de la solidarité. Par cette solidarité, les adhérents d'une mutuelle de santé expriment leur volonté de prendre en main eux-mêmes leurs problèmes, en s'assistant mutuellement. Ils s'engagent dans un processus de développement individuel et collectif. La mutuelle constitue de ce fait un mouvement social.

La cotisation concrétise le principe d'entraide et de solidarité au sein de la mutuelle : chaque adhérent bien portant accepte que sa cotisation soit utilisée pour couvrir les dépenses des autres adhérents malades. Il s'agit d'un partage des risques entre les adhérents ; aussi un individu ne peut bénéficier des prestations de sa mutuelle de santé s'il n'est pas à jour dans le versement de ses cotisations.

Distribuez le texte d'appui n° 2 sur l'application des principes de base de la mutualité dans une mutuelle de santé.

2

Les autres systèmes de couverture des dépenses de santé

f. Travail en plénière (0h 20)



Demandez aux participants de citer d'autres institutions ou systèmes de couverture des dépenses de santé. Notez les réponses sur le tableau papier. Complétez éventuellement leurs réponses avec les éléments ci-dessous :

- *assurance maladie obligatoire (sécurité sociale),*
- *assurances commerciales,*
- *caisses et mutuelles d'épargne et de crédit,*
- *coopératives de santé,*
- *plans de prépaiement.*

g. Travail de groupes n° 3 (1h 00)



Distribuez le texte du travail de groupes n° 3. Répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.

h. Synthèse en plénière (0h 45)



Faites la synthèse des résultats en remplissant, avec les participants, un tableau vierge identique à celui présenté dans le texte du travail de groupes n° 3.

3 Clôture du module

i. Synthèse en plénière (0h 15)



Clôturez le module en rappelant ses objectifs et les principaux éléments de contenu qui ont été abordés.

Supports pédagogiques

Travail de groupes n° 1

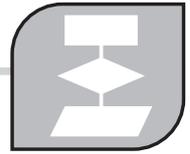


Définition et principes de base de la mutualité

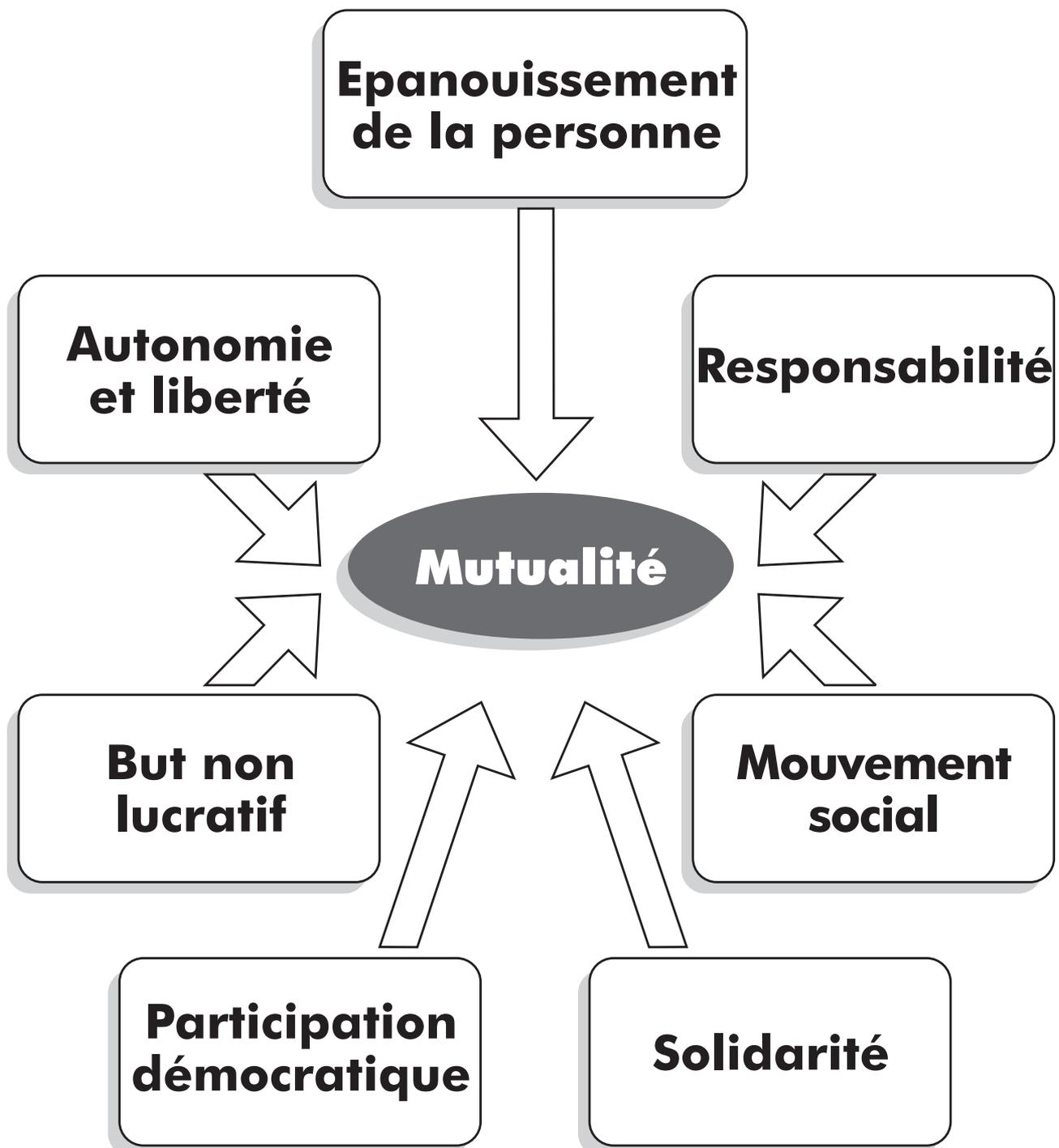
Les organisations mutualistes mènent en faveur de leurs adhérents et de leur famille une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, dans le domaine des risques sociaux.

1. Quelle différence faites-vous entre l'entraide et la solidarité ? Illustrez vos réponses par des exemples tirés des pratiques traditionnelles de votre localité d'origine ou de résidence.
2. Parmi les éléments ci-dessous, lesquels constituent des principes de base de la mutualité ?
 - a) la solidarité,
 - b) la participation des adhérents au capital,
 - c) l'autonomie et la liberté,
 - d) l'épanouissement de la personne,
 - e) le but commercial (logique de profit),
 - f) la répartition des bénéfices entre les adhérents,
 - g) la responsabilité dans la gestion et dans le comportement des adhérents,
 - h) la dynamique d'un mouvement social,
 - i) le nombre de voix de chaque adhérent lors des assemblées générales proportionnel à son apport en capital.
3. Quels autres principes de base de la mutualité ne sont pas répertoriés ci-dessus ?
4. Quelle définition de la mutualité proposeriez-vous ?

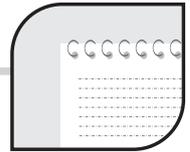
Schéma n° 1



Principes de base de la mutualité



Texte d'appui n° 1



Définition et principes de base de la mutualité

Définition de la mutualité

La mutualité désigne le mode d'organisation, le système de pensée et la philosophie d'action propres aux institutions mutualistes.

Une institution mutualiste – ou mutuelle – est une association volontaire de personnes (donc à adhésion libre), à but non lucratif (qui ne recherche donc pas le profit), dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre ses adhérents. Sur la base des décisions des adhérents et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène, en leur faveur et en celle de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux. De ce fait, une mutuelle constitue un mouvement social.

Principes de base de la mutualité

Solidarité entre les adhérents

Le principe de solidarité est véritablement le fondement de la mutualité, laquelle refuse les discriminations financières et une sélection des risques. Dans une mutuelle, les modalités de fixation des cotisations – cotisation égale pour tous ou proportionnée aux moyens financiers des adhérents (par exemple en pourcentage du salaire) – ne dépendent pas du risque encouru par l'adhérent.

La solidarité est l'un des moyens d'instauration de la justice sociale ; mais il n'y a pas de solidarité sans responsabilité, notamment dans l'utilisation des ressources.

Par ailleurs, la solidarité est un concept dynamique : sa mise en œuvre, les moyens et les mécanismes pour la réaliser doivent évoluer avec la société dans laquelle la mutualité se développe.

La solidarité ne s'exprime pas seulement sur le plan financier. Elle peut aussi se manifester par un engagement bénévole, en faveur des plus démunis, des handicapés, des personnes âgées, etc., autrement dit vis-à-vis des groupes à risques.

Fonctionnement démocratique et participatif

La mutualité est le fruit de la liberté d'association ; chacun est libre d'adhérer à une mutuelle et ce, sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique.

Tous les adhérents ont les mêmes droits et obligations. Ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision.

Cette démocratie participative s'exprime à travers des structures qui garantissent aux adhérents la participation aux prises de décisions et la possibilité de contrôler le fonctionnement de leur organisation mutualiste. Dans les mutuelles de grande taille, il faut trouver des mécanismes de représentation des différents groupes qui les composent (géographiques, professionnels, etc.).

Autonomie et liberté

Une mutuelle est une organisation libre qui, en conséquence, doit pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités publiques. Cette souplesse dans l'action est bénéfique pour les adhérents car elle permet d'adapter les services offerts à leurs besoins qui évoluent. C'est ce droit à l'initiative qui permet la créativité dans la définition des objectifs et l'efficacité dans l'utilisation des moyens. Ce droit ne peut s'exercer sans la responsabilisation des adhérents de la mutuelle.

Cependant, cela ne signifie pas que la mutualité ne doit pas être soumise aux lois et règlements comme ceux régissant l'enregistrement, la comptabilité, l'audit, le contrôle, etc. Dans certains pays africains, un code de la mutualité existe déjà, comme au Mali par exemple, depuis fin 1995. Dans d'autres, les mutuelles sont enregistrées comme des associations ou encore comme des groupements coopératifs, faute d'une législation spécifique. Pour combler ce déficit, des projets de loi sont en préparation dans plusieurs pays du continent.

L'indépendance et l'autonomie signifient qu'il ne doit pas y avoir d'ingérence dans la gestion d'une mutuelle et dans le processus interne de prise de décisions.

Une mutuelle ne doit pas être autonome seulement par rapport à l'État, mais également vis-à-vis des partis politiques, des employeurs ou des groupes de pression qui défendent parfois des intérêts autres que les siens.

Epanouissement de la personne

Le respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions, quels que soient son sexe, sa race, son ethnie, son origine sociale, est un autre principe de base de la mutualité. Reconnaisant l'originalité de chacun, la recherche de l'épanouissement de la personne doit aboutir à une plus grande autonomie et responsabilité vis-à-vis de soi-même et des autres.

But non lucratif

Une organisation mutualiste qui, par vocation, a pour ambition de consacrer son action au service de ses adhérents, ne peut poursuivre un but lucratif. Toute recherche de profit est incompatible avec sa nature. Cependant, cela ne veut pas dire que la couverture des coûts de fonctionnement ne soit pas un impératif absolu. Les considérations économiques et les principes de bonne gestion ne peuvent être négligés, car ils contribuent à la réalisation du bien-être collectif.

Un surplus des recettes sur les dépenses peut, une fois qu'une réserve raisonnable a été constituée, permettre d'améliorer les services existants, de répondre à d'autres besoins des adhérents ou,

éventuellement, de réduire les montants des cotisations. Ces surplus ne devraient pas être redistribués aux adhérents, sous forme de dividendes ou de trop perçus par exemple.

Responsabilité

La solidarité, la démocratie participative, l'autonomie et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses adhérents aient un comportement responsable.

Tous les autres principes de la mutualité resteront, finalement, lettre morte si la gestion d'une organisation mutualiste n'est pas rigoureuse, si les adhérents ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis de leur santé et de celle des autres, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle ou dans les décisions qu'ils prennent.

Dynamique d'un mouvement social

De tout ce qui précède, il découle que les adhérents des mutuelles ne sont pas des "consommateurs" passifs mais des personnes engagées dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense du bien et des intérêts communs.

Ce mouvement social peut faire partie d'un ensemble plus large, dont le syndicat, le mouvement féminin, le mouvement des jeunes ou de personnes âgées par exemple seraient les autres composantes. Il a intérêt à collaborer avec d'autres organisations pour atteindre ses objectifs.

Travail de groupes n° 2



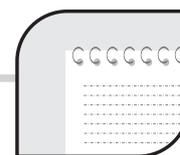
Définition et mode de fonctionnement d'une mutuelle de santé

Dans une mutuelle de santé, chaque adhérent verse des cotisations, selon une périodicité variable et indépendamment de son risque personnel de tomber malade. En contrepartie de ces cotisations, la mutuelle garantit à ses adhérents le paiement (ou le remboursement) de tout ou d'une partie du coût de leurs soins de santé. Les soins sont fournis par des prestataires avec qui la mutuelle a conclu des accords portant, entre autres, sur les tarifs et la qualité des soins ou par des institutions qui appartiennent à la mutuelle de santé.

Répondez aux questions ci-dessous et notez vos réponses sur le tableau papier.

1. D'après la description qui est donnée ci-dessus, expliquez en quoi le fonctionnement d'une mutuelle de santé fait appel aux notions de prévoyance et de solidarité.
2. Quelle définition d'une mutuelle de santé proposeriez-vous ?

Texte d'appui n° 2



Application des principes de base de la mutualité dans une mutuelle de santé

Solidarité entre les adhérents

L'adhésion à une mutuelle de santé n'est ni obligatoire, ni conditionnée par l'état de santé des futurs adhérents. Dans la pratique, les personnes présentant le plus de risques de maladie ont plus intérêt à s'affilier que les autres. Il peut en résulter un déséquilibre financier dangereux pour la viabilité de la mutuelle. Pour éviter ce problème, les mutuelles ont été obligées d'appliquer certaines techniques : imposition d'une période d'observation (pas de droit aux prestations pendant les premiers mois d'affiliation), possibilité d'adhésion limitée à une période déterminée de l'année, obligation d'assurer tous les membres de la famille, etc.

Fonctionnement démocratique et participatif

Une vie démocratique ne se construit pas uniquement par des règlements. Par conséquent, le fonctionnement d'une mutuelle de santé ne sera réellement démocratique que si les adhérents prennent leurs responsabilités, dans les différentes instances, en connaissance de cause. La mutuelle doit donc veiller à leur donner aussi bien une formation adéquate que des informations claires, complètes et facilement compréhensibles. Sinon, la gestion ne sera pas transparente et les adhérents ne pourront pas exercer pleinement leurs droits.

Autonomie et liberté

Une mutuelle de santé est une structure privée et indépendante des pouvoirs publics, des organisations confessionnelles ainsi que des prestataires de soins. Les conventions passées avec ces derniers ne les associent pas au fonctionnement de la mutuelle.

La contrepartie de cette autonomie se traduit pour la mutuelle par la nécessité d'assurer sa viabilité financière et un équilibre financier constant entre les cotisations et les dépenses, sans subvention systématique.

Epanouissement de la personne

L'adhésion à une mutuelle de santé n'est pas un simple acte individuel. Elle résulte de la volonté de s'associer à d'autres et de respecter les droits et obligations de chacun. C'est un acte de responsabilité vis-à-vis de sa propre santé et de celle des autres.

C'est dans cet esprit que les mutuelles offrent à leurs adhérents, non seulement des formations, mais aussi des programmes d'éducation à la santé et qu'elles les encouragent à un engagement social au profit des malades et des plus démunis.

But non lucratif

Comme toute autre organisation mutualiste, une mutuelle de santé n'a pas pour but de réaliser des profits, ni de redistribuer une part des résultats entre les adhérents. Elle a cependant l'obligation d'équilibrer ses comptes et de réaliser des excédents qui seront utilisés pour constituer une réserve financière, afin de se prémunir contre une augmentation imprévue du nombre des malades (épidémie, etc.). Une partie de ces excédents peut également être utilisée pour offrir de nouvelles prestations.

Responsabilité

Les activités d'une mutuelle de santé s'exercent dans la recherche permanente d'une responsabilisation des adhérents vis-à-vis de leur propre santé et d'une rigueur de fonctionnement permettant de garantir le respect des engagements vis-à-vis des bénéficiaires et des tiers.

**Dynamique
d'un mouvement
social**

A la différence des clients d'une assurance commerciale, les adhérents d'une mutuelle de santé ne sont pas des "ayants droit". Ils se sont volontairement engagés dans un processus de développement individuel et collectif.

Une mutuelle de santé repose sur la dynamique locale d'entraide et de solidarité ainsi que de développement. C'est pourquoi les mutuelles de santé peuvent présenter une importante diversité en matière d'organisation et de fonctionnement. Elles œuvrent cependant toutes vers un même objectif et peuvent s'associer, au sein d'une région, d'un pays, etc., afin de renforcer la défense des intérêts des adhérents.

Les mutuelles de santé pourraient ainsi jouer un rôle important en matière de cogestion des formations sanitaires publiques, dans le cadre de l'Initiative de Bamako, et dans la définition de la politique sanitaire locale et nationale.

Travail de groupes n° 3



Les similitudes et différences entre les mutuelles de santé et les autres systèmes de couverture des dépenses de santé

Complétez les colonnes du tableau ci-dessous en utilisant la liste des autres organisations ou systèmes de couverture des dépenses de soins que vous avez dégagée en plénière. Remplissez ensuite le tableau si l'organisation ou le système satisfait le principe énoncé sur la ligne, mettez une croix dans la case correspondante, laissez la case en blanc dans le cas contraire.

	Mutuelles de santé			
Adhésion libre				
Participation des adhérents à la gestion				
Versement régulier de cotisations				
Apport des adhérents au capital social				
Distribution des bénéfices				
But non lucratif				
Contribution des adhérents liée au risque personnel				
Mouvement de solidarité entre adhérents				
Mouvement social autonome				

Corrigé du travail de groupes n° 3

Les similitudes et différences entre les mutuelles de santé et les autres systèmes de couverture des dépenses de santé

	Mutuelles de santé	Assurance maladie obligatoire	Assurances commerciales	Coopératives de santé
Adhésion libre	X		X	X
Participation des adhérents à la gestion	X			X
Versement régulier de cotisations	X	X	X	
Apport des adhérents au capital social				X
Distribution des bénéfices				X
But non lucratif	X			(X) ¹
Contribution des adhérents liée au risque personnel			X	
Mouvement de solidarité entre adhérents	X			X
Mouvement social autonome	X			X

¹ Variable selon les législations appliquées dans les pays.

Ensemble modulaire de formation n° 1 :
Caractéristiques des mutuelles de santé

MODULE 3

**L'organisation
interne
et la fédération
des mutuelles
de santé**

Sommaire

Module 3 : L'organisation interne et la fédération des mutuelles de santé

Déroulement de la formation		Page
1.	Les organes d'une mutuelle de santé	75
2.	Les fonctions et compétences des organes d'une mutuelle de santé	77
3.	La répartition des responsabilités au sein du comité d'exécution	79
4.	La structuration et la fédération des mutuelles de santé	80
5.	Clôture du module.....	82
 Supports pédagogiques		
Schéma n° 1 :	Organigramme type d'une mutuelle de santé	85
Texte du travail individuel n° 1 :	La répartition des compétences au sein d'une mutuelle de santé.....	87
Corrigé du travail individuel n° 1 :	La répartition des compétences au sein d'une mutuelle de santé	89
Texte d'appui n° 1 :	Les compétences des organes d'une mutuelle de santé.....	91
Texte d'appui n° 2 :	Les fonctions des membres du comité d'exécution de la mutuelle de Djogo.....	93
Schéma n° 2 :	Structures décisionnelles d'une mutuelle d'envergure nationale.....	95
Texte du travail de groupes n° 2 :	Rôle d'une union régionale de mutuelles de santé	97
Texte d'appui n° 3 :	Rôle d'une union régionale de mutuelles de santé.....	99

3

L'organisation interne et la fédération des mutuelles de santé

Objectifs

A la fin de ce module, les participants seront capables :

- de citer les différents organes d'une mutuelle de santé ;
- de décrire leurs compétences et responsabilités ;
- d'expliquer les raisons conduisant les mutuelles à se fédérer à un niveau régional ou national.

Groupes cibles

- Promoteurs des mutuelles de santé
- Membres des mutuelles de santé
- Gestionnaires des mutuelles de santé

Pré-requis

Module "Fondements et spécificités des mutuelles de santé"

Durée

5h 35

Contenu

- Nature, fonctions et compétences des organes d'une mutuelle de santé
- Structuration et fédération des mutuelles de santé

Méthodes

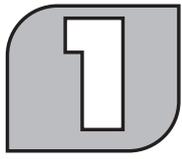
- Exposé
- Plénière (travail et synthèse)
- Travail de groupes
- Travail individuel

Supports matériels

- Méta-plan
- Tableau noir
- Tableau papier
- Rétroprojecteur

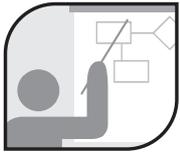
Supports pédagogiques

- Schémas
- Textes d'appui
- Texte de travail de groupes
- Texte de travail individuel



Les organes d'une mutuelle de santé

a. Exposé (0h 15)



Faites un rappel sur les principes fondamentaux de la mutualité en vous inspirant du texte suivant :

La mutualité est le fruit de la liberté d'association et d'adhésion. Chacun est libre de devenir adhérent d'une mutuelle et ce, sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique.

Tous les adhérents ont les mêmes droits et obligations. Ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux décisions, à la gestion et au contrôle du fonctionnement de leur mutuelle. Pour garantir ce droit il est mis en place au sein des mutuelles des organes spécifiques.

Dans une mutuelle de grande taille, des mécanismes de représentation des différents groupes qui la composent (géographiques, professionnels, etc.) sont à établir pour permettre la participation des adhérents sans que celle-ci ne devienne trop coûteuse ou paralysante pour l'activité.

Le fonctionnement d'une mutuelle ne sera réellement démocratique que si les adhérents ont la possibilité d'exercer pleinement leurs droits. Les règlements ne suffisent pas pour assurer cette condition ; les adhérents doivent également disposer d'une formation adéquate et d'informations fiables, complètes et facilement compréhensibles.

b. Travail en plénière (0h 15)



Après avoir rappelé que le fonctionnement de toute organisation nécessite la mise en place d'instances de décision, d'exécution et de contrôle, demandez aux participants de citer les différents organes d'une mutuelle de santé.

Recensez les réponses sur un tableau papier et complétez-les, s'il y a lieu :

- *Assemblée générale (AG),*
- *Conseil d'administration (CA),*
- *Comité (ou commission) d'exécution (CE),*
- *Comité (ou commission) de surveillance (CS).*

Indiquez que le modèle d'organisation peut différer d'une mutuelle à une autre. Certains aspects de l'organisation sont toutefois régis par la loi et sont donc fixés par le cadre législatif du pays concerné. En l'absence d'une législation spécifique aux mutuelles, la loi sur les associations ou les coopératives est généralement appliquée.

2

Les fonctions et compétences des organes d'une mutuelle de santé

c. Travail en plénière (0h 30)



Inscrivez les mots clés suivants sur le tableau papier :

- organes,
- fonctions,
- compétences,
- responsabilités.

Demandez aux participants de décrire en une phrase la fonction de chacun des organes d'une mutuelle.

- AG = *définition de la politique générale en conformité avec les statuts ;*
- CA = *mise en application de la politique générale définie par l'AG (orientations) ;*
- CE = *exécution des décisions du CA et prise de décisions dans la gestion quotidienne ;*
- CS = *contrôle de la gestion et du respect des procédures comptables et administratives.*

En guise de synthèse, distribuez l'organigramme type d'une mutuelle (schéma n° 1) et commentez-le.

d. Travail individuel (0h 30)



Distribuez le texte du travail individuel n° 1 sur la répartition des compétences au sein d'une mutuelle de santé. Présentez le but de l'exercice : attribuer à chaque organe les compétences qui lui reviennent.

Pendant que les participants font l'exercice, préparez sur le tableau papier une grille similaire à celle que les participants ont à compléter au cours du travail individuel n° 1.

e. Synthèse en plénière (0h 30)



Remplissez la grille avec les participants. Distribuez le corrigé type et le texte d'appui n° 1 sur les compétences des organes d'une mutuelle de santé.



La répartition des responsabilités au sein du comité d'exécution

f. Travail de groupes n° 1 (1h 30)



Formez des groupes de 3 personnes et demandez à chacun d'entre-eux de désigner parmi ses membres :

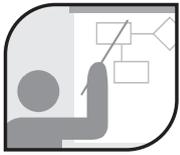
- *un président,*
- *un secrétaire général,*
- *un trésorier.*

En s'inspirant du texte d'appui n° 1 (les compétences des organes d'une mutuelle de santé), chaque responsable rédige individuellement son propre cahier des charges. L'exploitation commune de ces différents cahiers des charges permettra, ensuite, l'harmonisation des divers points de vue dans chaque groupe. Il n'y aura pas de plénière, mais la discussion de l'exemple de la mutuelle de Djogo (texte d'appui n° 2).

4

La structuration et la fédération des mutuelles de santé

g. Exposé (0h 20)



En vous inspirant des éléments ci-dessous, faites un exposé sur la structuration interne des mutuelles, en l'illustrant si possible avec des exemples concrets vécus dans les localités d'origine ou de résidence des participants. Projetez et commentez ensuite le schéma n° 2 sur les structures décisionnelles d'une mutuelle d'envergure nationale.

Selon sa dimension et sa zone d'activité, une mutuelle peut être structurée en plusieurs niveaux (ou échelons).

Une mutuelle située au niveau d'un village ou d'un quartier aura son assemblée à laquelle tous les adhérents pourront participer afin de prendre effectivement part à la vie de l'association mutualiste. Cette assemblée, en raison de la proximité géographique de la résidence des membres, aura le plus souvent la possibilité de se réunir régulièrement et plusieurs fois par an, pour suivre le développement de la mutuelle.

Si l'organisation mutualiste s'étend sur tout ou partie d'un district couvrant plusieurs villages ou quartiers, la mutuelle pourra être structurée en sections locales représentant différentes entités selon les cas : villages, collines, quartiers, etc. Chacune de ces sections devra être représentée au niveau des organes supérieurs de la mutuelle pour les prises de décisions importantes.

Si la mutuelle couvre plusieurs districts, chacun d'eux sera représenté par des membres de son conseil d'administration à l'échelon supérieur (même schéma que le passage du niveau local au niveau district).

Si la mutuelle a un champ d'action national, on l'appellera une mutuelle nationale et elle aura des représentations couvrant plusieurs districts, appelées le plus souvent délégations.

L'extension géographique de la mutuelle présente des avantages – répartition des risques sur un plus grand nombre d'individus, économies d'échelle au niveau administratif, etc. – cependant, elle peut comporter des dangers pour le fonctionnement démocratique interne.

En effet, il pourrait en résulter pour les adhérents des sections locales une exclusion des instances de décisions. Pour que la mutuelle reste démocratique et assure à tous les adhérents la possibilité de faire valoir leurs points de vue, des membres du conseil d'administration des sections locales devront représenter les adhérents à l'échelon supérieur. Ils seront membres de l'assemblée générale à cet échelon qui élira, à son tour, son conseil d'administration car elle ne pourra pas se réunir régulièrement plusieurs fois par an.

La structure est donc pyramidale et basée sur une élection de représentants à chaque niveau.

Une mutuelle peut entretenir des liens avec des mutuelles d'autres pays. Elle peut faire partie d'une confédération de mutuelles de plusieurs pays et même appartenir à de grands réseaux continentaux.

h. Travail de groupes n° 2 (1h 00)



Distribuez le texte de travail de groupes n° 2, faites le lire et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.

i. Synthèse en plénière (0h 30)



Tirez un groupe de travail au sort. Celui-ci présentera ses résultats aux autres participants qui les discuteront.

Complétez cette présentation à l'aide du texte d'appui n° 3 que vous distribuerez ensuite.

Clôture du module

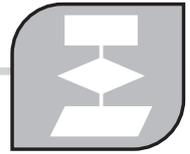
i. Synthèse en plénière (0h 15)



Clôturez ce module en demandant à quelques participants de récapituler les principaux éléments traités.

Supports pédagogiques

Schéma n° 1



Organigramme type d'une mutuelle de santé

FONCTIONS

Politique
générale

Contrôle

Gestion

Exécution

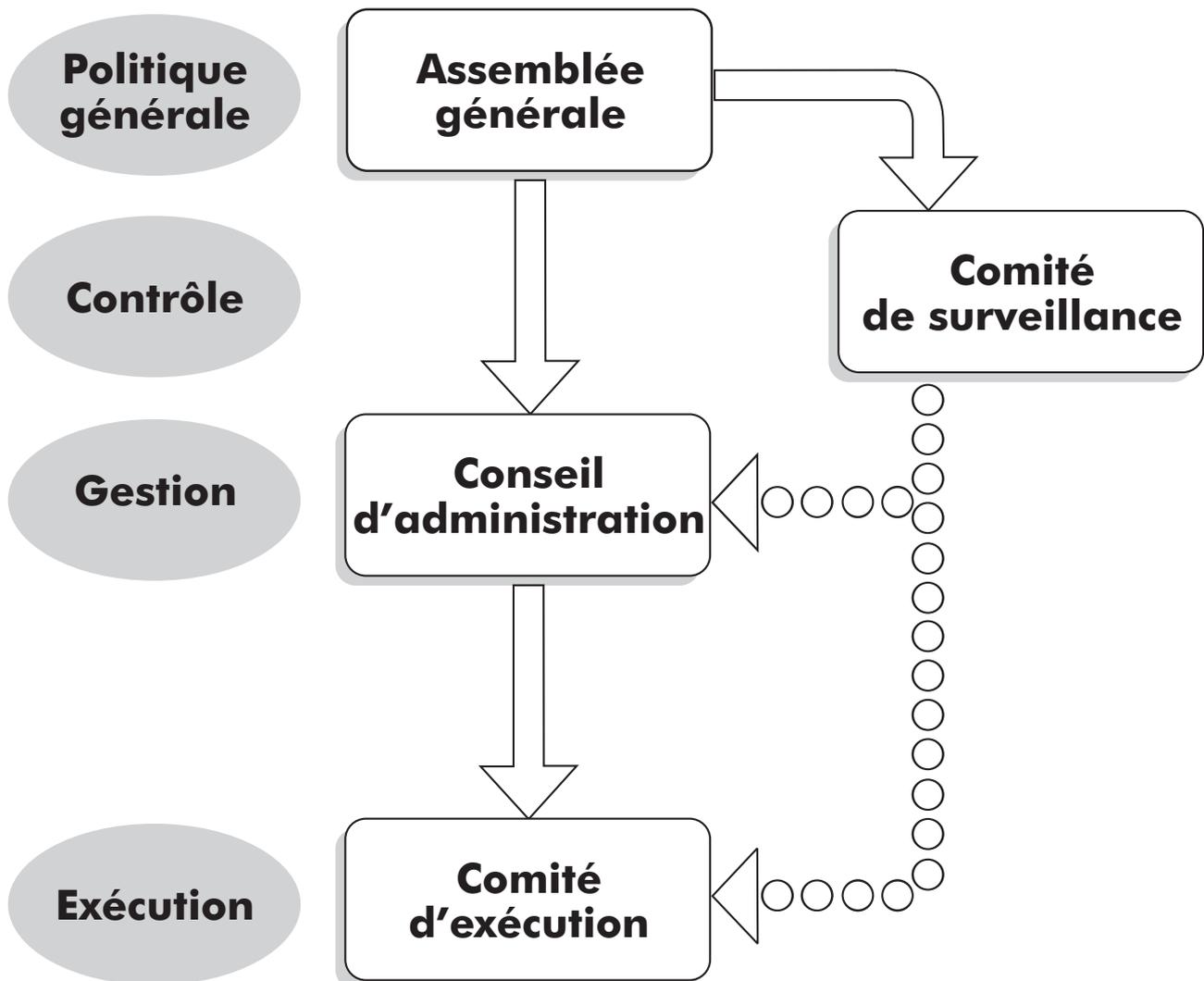
ORGANES D'UNE MUTUELLE

Assemblée
générale

Conseil
d'administration

Comité
d'exécution

Comité
de surveillance



Travail individuel n° 1



La répartition des compétences au sein d'une mutuelle de santé

Attribuez à chaque organe, l'une des compétences ci-dessous en inscrivant une croix dans la colonne appropriée :

Compétences	Organes	AG	CA	CE	CS
1. Approuve et modifie les statuts					
2. Contrôle l'exactitude de la comptabilité et la régularité des opérations financières					
3. Fixe le montant des cotisations et de toute contribution spéciale					
4. Décide de l'admission et l'exclusion des adhérents de la mutuelle de santé					
5. Veille au respect du règlement intérieur de la mutuelle de santé					
6. Coordonne le travail des divers comités					
7. S'occupe de l'administration quotidienne de la mutuelle de santé					
8. Gère les biens et les fonds de la mutuelle de santé					
9. Etablit les comptes annuels et le budget pour l'exercice suivant					

AG : Assemblée générale

CA : Conseil d'administration

CE : Comité d'exécution

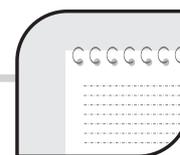
CS : Comité de surveillance

Corrigé du travail individuel n° 1

La répartition des compétences au sein d'une mutuelle de santé

Compétences	Organes	AG	CA	CE	CS
1. Approuve et modifie les statuts		X			
2. Contrôle l'exactitude de la comptabilité et la régularité des opérations financières					X
3. Fixe le montant des cotisations et de toute contribution spéciale		X			
4. Décide de l'admission et l'exclusion des adhérents de la mutuelle de santé		X			
5. Veille au respect du règlement intérieur de la mutuelle de santé					X
6. Coordonne le travail des divers comités			X		
7. S'occupe de l'administration quotidienne de la mutuelle de santé				X	
8. Gère les biens et les fonds de la mutuelle de santé				X	
9. Etablit les comptes annuels et le budget pour l'exercice suivant			X		

Texte d'appui n° 1



Les compétences des organes d'une mutuelle de santé

Principales compétences de l'assemblée générale

L'assemblée générale a pour fonctions de :

- définir la mission de la mutuelle et formuler sa politique générale ;
- approuver et modifier les statuts ;
- examiner et approuver les rapports d'activités des divers organes, y compris le comité de surveillance ;
- examiner et approuver les comptes annuels et le budget ;
- fixer le montant des cotisations et de toute contribution spéciale ;
- élire les membres du conseil d'administration ;
- élire les membres du comité de surveillance ;
- décider des nouvelles orientations de la mutuelle ;
- décider de la fusion avec une autre mutuelle, de la dissolution de la mutuelle ;
- décider de l'admission ou de l'exclusion des adhérents de la mutuelle de santé (dans les mutuelles de taille réduite ou dans celles où les cotisations sont annuelles) ;
- décider dans toutes les autres matières prévues par les statuts.

Compétences du conseil d'administration

Le conseil d'administration doit :

- veiller au respect des statuts en vue d'atteindre les objectifs de la mutuelle ;
- proposer l'admission ou l'exclusion des adhérents et appliquer, le cas échéant, les sanctions disciplinaires prévues ;
- nommer les adhérents responsables de l'exécutif (comité d'exécution) ;
- établir les comptes annuels et le budget pour l'exercice suivant ;
- coordonner le travail des divers comités ;
- établir annuellement le rapport d'activités de l'ensemble de la mutuelle ;
- représenter la mutuelle dans ses rapports avec les tiers et établir des relations avec d'autres associations, plus spécialement avec les autres mouvements sociaux, également fondés sur la solidarité ;
- signer les accords et conventions, notamment avec les prestataires de soins ;
- fixer la rémunération du personnel ;

Compétences du comité d'exécution

- engager le directeur ou le gérant (s'il est salarié et non élu) ;
- remplir toutes les autres missions qui lui sont conférées par les statuts ou confiées par l'assemblée générale.

Le comité d'exécution a pour fonctions de :

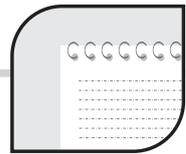
- s'occuper de l'administration quotidienne de la mutuelle ;
- préparer pour le conseil d'administration le budget et, une fois celui-ci approuvé, veiller à sa bonne exécution ;
- présenter les comptes annuels et l'exécution du budget au conseil d'administration ;
- faire toute proposition utile au conseil d'administration pour une meilleure atteinte des objectifs de la mutuelle ;
- négocier des conventions et accords après les avoir soumis au conseil d'administration ;
- gérer les biens et les fonds de la mutuelle ;
- engager et superviser le personnel (sauf le directeur ou gérant) ;
- veiller à assurer la liaison entre les adhérents et l'administration ;
- négocier avec les prestataires de soins et défendre les intérêts des adhérents en matière de santé vis-à-vis de l'extérieur ;
- exercer toutes les fonctions qui lui sont dévolues par les statuts ou qui lui sont déléguées par le conseil d'administration et l'assemblée générale.

Compétences du comité de surveillance

Le comité de surveillance doit :

- s'assurer que les actes des organes de la mutuelle sont conformes aux statuts et règlement intérieur et ne sont pas contraires aux lois et règlements en vigueur dans le pays ;
- contrôler l'exactitude de la comptabilité et la régularité des opérations financières ;
- contrôler l'exécution des décisions de l'assemblée générale ;
- attirer l'attention des organes responsables sur les irrégularités qui auraient été commises et proposer des mesures ou de nouvelles procédures visant à en éviter la répétition ;
- veiller au respect du règlement intérieur de la mutuelle ;
- recueillir les plaintes des adhérents concernant les services offerts et en référer à l'organe ou à la personne compétente pour y remédier ;
- requérir la personne ou l'organe compétent pour effectuer une tâche non ou mal accomplie et exiger l'application des procédures requises ;
- examiner et contrôler les conditions d'éligibilité des adhérents participant à l'assemblée générale ;
- exercer toutes les fonctions qui lui sont assignées par les statuts et le règlement intérieur.

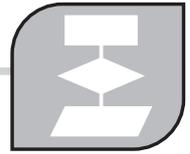
Texte d'appui n° 2



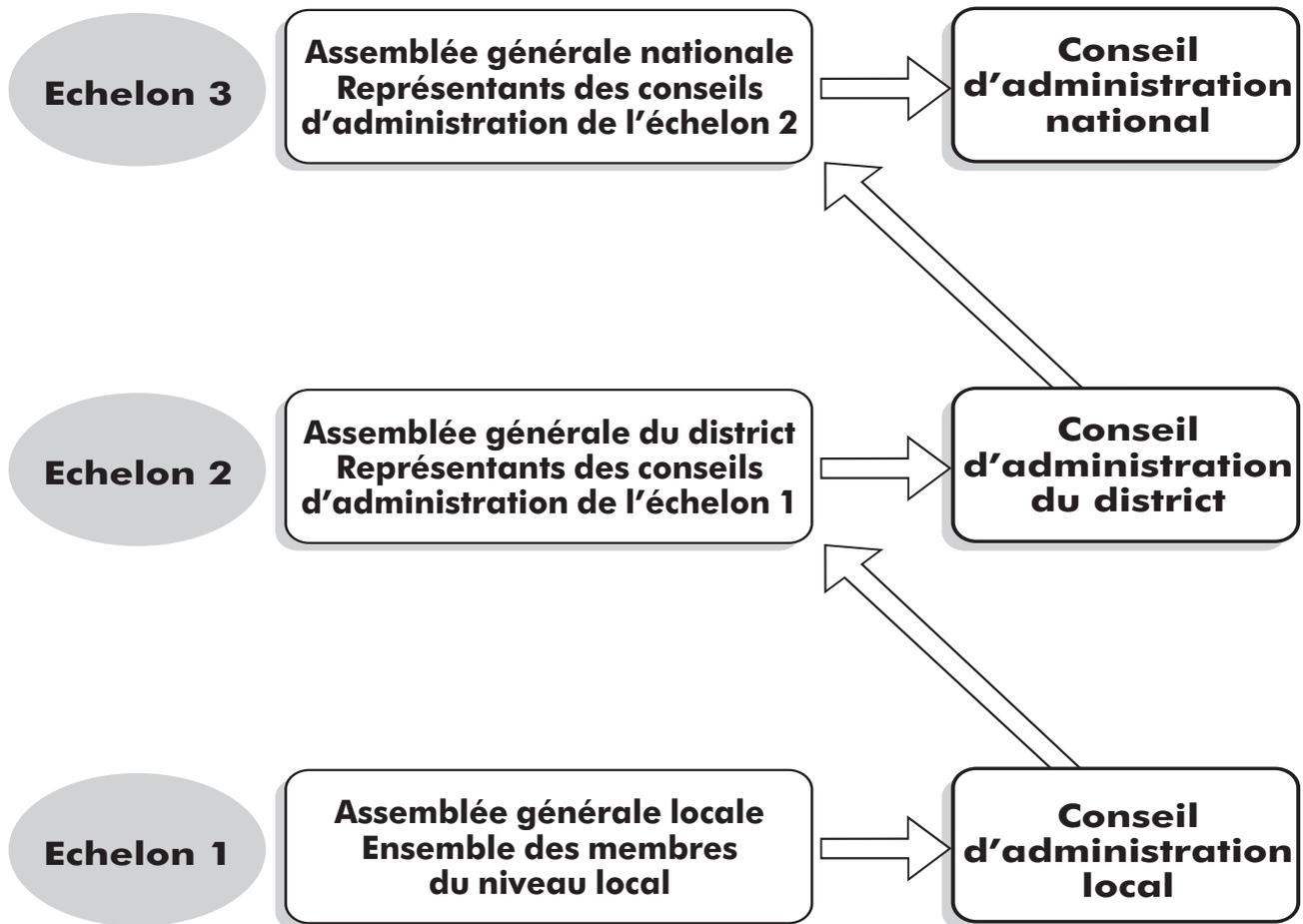
Les fonctions des membres du comité d'exécution de la mutuelle de Djogo

Titre	Fonctions ou rôles
Président	<ul style="list-style-type: none"> ✓ coordonne les activités de la mutuelle ✓ préside la réunion du comité ✓ dirige l'équipe de permanents ✓ ordonne les dépenses ✓ fixe l'ordre du jour des réunions ✓ cosigne les chèques
Secrétaire général	<ul style="list-style-type: none"> ✓ dirige l'administration de la mutuelle ✓ propose l'ordre du jour et dresse les PV des réunions ✓ assure la correspondance de la mutuelle ✓ détient et conserve les documents
Secrétaire général adjoint	<ul style="list-style-type: none"> ✓ seconde le secrétaire général dans ses fonctions
Trésorier	<ul style="list-style-type: none"> ✓ gère les fonds de la mutuelle ✓ détient les pièces comptables ✓ établit les rapports financiers ✓ s'occupe des recouvrements ✓ exécute les dépenses et cosigne les chèques ✓ veille au respect des budgets
Trésorier adjoint	<ul style="list-style-type: none"> ✓ seconde le trésorier dans ses fonctions

Schéma n° 2



Structures décisionnelles d'une mutuelle d'envergure nationale



Travail de groupes n° 2



Rôle d'une union régionale de mutuelles de santé

Dans une région donnée, de plus de 100.000 habitants, il existe un nombre important de mutuelles de santé. Certaines ont déjà plusieurs années d'existence, d'autres débutent à peine leurs activités et une grande majorité sont en cours de constitution. Cet ensemble de mutuelles est peu homogène :

- Le nombre de leurs adhérents varie de plus de 10.000 à quelques dizaines.
- Leurs activités et prestations (assurance, épargne santé, etc.) sont diverses de même que les niveaux de couverture des risques.
- Les publics cibles de ces mutuelles ainsi que les prestataires de soins (publics et privés) auxquels elles sont liées sont différents.

Lors d'une rencontre sur la politique de la santé régionale, organisée par la Direction régionale de la santé et des organismes de coopération, plusieurs responsables de ces mutuelles de santé ont échangé leurs expériences respectives.

Il en est ressorti qu'en dépit de leurs différences, ces mutuelles rencontrent des difficultés communes qui se résument ainsi :

- La quasi-totalité des mutuelles ne disposent pas de responsables suffisamment compétents, notamment en gestion. Elles ne réalisent ni évaluation, ni prévision de leurs activités. Elles effectuent une gestion au jour le jour. Beaucoup d'entre-elles éprouvent des difficultés à recouvrer d'importants arriérés de cotisations de leurs adhérents.
- Les tâches liées à la gestion et l'administration des mutuelles représentent une masse de travail importante et une contrainte lourde à assurer par des responsables qui sont en grande partie bénévoles. Faute de moyens financiers, les mutuelles ne peuvent embaucher des gestionnaires salariés.
- Plusieurs mutuelles ont connu des difficultés financières qui ont parfois abouti à un arrêt de leurs activités. Une épidémie de choléra qui a touché une partie de la région a, par exemple, provoqué la faillite de cinq mutuelles.
- Les relations avec les prestataires de soins sont parfois difficiles. Très peu de mutuelles ont établi des conventions avec les centres de santé et les hôpitaux. Certains prestataires ont rompu leur collaboration en cours d'exercice, d'autres refusent de travailler avec les mutuelles par manque de confiance.

Face à ce constat, l'un des participants remarque que si toutes les mutuelles sont confrontées à des difficultés similaires, il serait peut-être intéressant qu'elles s'unissent pour trouver des solutions communes.

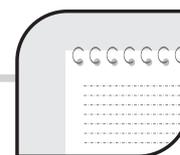
Travail de groupes :

Suite à cette première rencontre, les responsables des mutuelles décident de se réunir afin d'étudier un projet d'union régionale des mutuelles de santé qui pourrait être soumis à leurs adhérents et discuté avec les acteurs locaux (ONG et agences de coopération, Direction régionale de la santé, prestataires de soins, etc.).

Il vous est demandé de vous mettre à la place de ces responsables et de bâtir une première ébauche de cette union en déterminant quelles pourraient être :

- l'organisation de l'union,
- ses activités et services en faveur des mutuelles,
- ses ressources techniques et humaines,
- ses modalités de financement.

Texte d'appui n° 3



Rôle d'une union régionale de mutuelles de santé

Une union régionale est une association des mutuelles locales qui mettent en commun une partie de leurs moyens afin de se doter d'un ensemble de services. Elle peut par exemple créer :

- des services d'appui-conseil : l'un des principaux rôles d'une union est d'apporter aux mutuelles membres un ensemble de compétences dont elles ne peuvent se doter à partir de leurs seuls moyens. Il s'agira essentiellement d'un appui en matière de :
 - ▶ gestion : suivi des comptes, identification des situations de crise financière et recherche de solutions, etc. ;
 - ▶ suivi-évaluation : élaboration de tableaux de bord, comparaison entre mutuelles, etc. ;
 - ▶ formation ;
- des services financiers : il peut être mis en place un fonds de garantie alimenté par des cotisations des mutuelles membres (proportionnelles à leur niveau d'activité) et complété éventuellement par des subventions extérieures. Une mutuelle en situation de crise financière peut faire appel à ce fonds, sous certaines conditions, afin de maintenir ses engagements vis-à-vis de ses adhérents ou de ses prestataires de services. Une union peut également mettre en place un mécanisme de réassurance ;
- des services de représentation : cette représentation peut être assurée auprès de différents interlocuteurs comme :
 - ▶ les prestataires de soins : l'union peut aider les mutuelles dans leurs négociations et dans l'élaboration de conventions. A noter que l'existence d'une telle union est un gage de bon fonctionnement des mutuelles pour ces prestataires ;
 - ▶ les autorités sanitaires et autres ;
- des services de promotion de la mutualité : l'union peut apporter un appui aux associations et autres groupements qui souhaitent créer une mutuelle.

Pour mettre en place ces services, l'union doit se doter de personnel compétent et disposer de moyens matériels suffisants (locaux, moyens de déplacement, matériel informatique, etc.). En Afrique où les mutuelles sont encore jeunes et le nombre de leurs adhérents limité, le financement sur fonds propres d'une telle structure par les mutuelles est encore rarement réalisable. Une union doit donc pouvoir compter

sur un financement extérieur, tout en veillant à conserver son autonomie.

Le rôle d'une fédération nationale est plus axé sur la coordination des activités, la formation, l'éducation et la promotion mutualiste. Une fédération peut néanmoins mettre en œuvre ou promouvoir la création de services d'appui aux mutuelles. Elle peut également jouer un rôle important dans la défense des intérêts de la mutualité lors de la formulation ou de la révision des cadres législatifs et des politiques.

Ensemble modulaire de formation n° 1 :
Caractéristiques des mutuelles de santé

MODULE 4

L'adhésion à une mutuelle de santé

Sommaire

Module 4 : L'adhésion à une mutuelle de santé

Déroulement de la formation		Page
1.	Les bénéficiaires d'une mutuelle de santé.....	107
1.1	L'adhérent.....	107
1.2	Les personnes à charge.....	108
2.	Les modalités d'adhésion.....	110
2.1	Le droit d'adhésion.....	110
2.2	La cotisation.....	111
2.3	La carte d'adhérent.....	113
2.4	Le registre des adhérents.....	114
2.5	Les catégories de personnes dont l'adhésion pose des difficultés.....	115
3.	Les conditions d'accès aux prestations d'une mutuelle de santé.....	117
3.1	Le respect d'une période d'observation.....	117
3.2	Les autres conditions d'accès aux prestations.....	118
4.	Clôture du module.....	118

Supports pédagogiques

Texte d'appui n° 1 :	Les bénéficiaires des prestations d'une mutuelle de santé.....	121
Texte d'appui n° 2 :	Les modalités d'adhésion à une mutuelle de santé.....	123
Texte d'appui n° 3 :	Les conditions d'accès aux prestations d'une mutuelle de santé.....	125

4

L'adhésion à une mutuelle de santé

Objectifs

A la fin de ce module, les participants seront capables :

- de définir les notions d'adhérent et de personne à charge ;
- de décrire les modalités d'adhésion à une mutuelle de santé ;
- de présenter les conditions d'accès aux prestations d'une mutuelle de santé.

Groupes cibles

- Promoteurs des mutuelles de santé
- Adhérents des mutuelles de santé
- Gestionnaires des mutuelles de santé

Pré-requis

Module "Fondements et spécificités des mutuelles de santé"

Durée

6h 55

Contenu

- Les bénéficiaires d'une mutuelle de santé
- Les modalités d'adhésion
- Les conditions d'accès aux prestations d'une mutuelle de santé

Méthodes

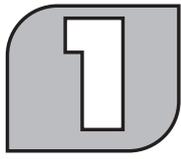
- Brainstorming
- Exposé
- Jeu de rôles
- Plénière (travail et synthèse)

Supports matériels

- Méta-plan
- Tableau noir
- Tableau papier

Support pédagogique

- Textes d'appui



Les bénéficiaires d'une mutuelle de santé

1.1 L'adhérent

a. Travail en plénière (0h 30)



Demandez aux participants de définir ce qu'est un adhérent et une personne à charge. Recueillez les propositions sur le tableau papier. Faites la synthèse et complétez au besoin avec les éléments suivants :

La personne qui adhère à la mutuelle de santé, c'est-à-dire celle qui verse les droits d'adhésion, qui s'engage à respecter les textes régissant le fonctionnement (droits et obligations) et à verser les cotisations est appelée "adhérent". On la dénomme également "titulaire". L'adhérent peut ouvrir le droit aux prestations de la mutuelle de santé à un certain nombre de personnes qui dépendent directement de lui et sont appelées "personnes à charge".

A partir de cette définition, demandez aux participants de préciser quelles sont les conditions à remplir pour adhérer à une mutuelle de santé. Complétez éventuellement les réponses à l'aide du texte suivant :

En principe, toute personne ayant l'âge minimum requis, déterminé selon les habitudes et les conditions du pays ou de la région, sans aucune discrimination d'état de santé, de sexe, de race, d'ethnie, de religion, de conception philosophique ou politique, peut adhérer à une mutuelle de santé, à condition de s'engager à en respecter les statuts et le règlement intérieur et à verser régulièrement les cotisations.

Toutefois, la mutuelle étant une association basée sur l'entraide et la solidarité, il est naturel que les adhérents, au moins dans une phase initiale, se choisissent entre-eux selon des critères de cooptation, c'est-à-dire à partir des liens qui les unissent : habitants d'un village, d'un quartier, travailleurs d'une entreprise, membres d'un mouvement social ou professionnel (syndicat, association féminine, etc.).

1.2 Les personnes à charge

b. Jeu de rôles (1h 30)



L'objet du jeu de rôles est d'analyser les paramètres d'arbitrage dans la détermination des personnes, membres des familles des adhérents, pouvant être considérées comme personnes à charge.

Scénario:

Un groupe qui veut mettre en place une mutuelle discute des modalités de couverture des personnes à charge : familles nombreuses, diversités des maladies et des situations économiques, polygamie, etc.

Répartition des rôles :

Mettez en place les groupes suivants et expliquez, séparément, à chacun le rôle qu'il doit jouer :

- Un groupe de trois personnes veut la prise en charge du maximum de membres par famille.
- Un groupe de trois personnes milite pour la réduction maximale des bénéficiaires afin de préserver la viabilité de la mutuelle. Ils évoquent les problèmes liés à la polygamie, à la notion de parenté élargie, aux grands enfants célibataires, la question des conjoints qui ont des revenus, etc.
- Une personne ressource ayant une expérience des mutuelles de santé, attire l'attention des uns et des autres sur les avantages et inconvénients (logique sociale, viabilité financière, etc.) des différentes options.
- Un agent de la santé donne des précisions techniques.
- Trois observateurs vont noter les arguments développés par les différents acteurs pour proposer une solution aux problèmes des personnes à charge et les restituer à la fin du jeu de rôles.

c. Synthèse en plénière (1h 00)



Faites compléter la restitution des observateurs par les acteurs et les autres participants. Complétez éventuellement en insistant sur les éléments suivants :

Généralement, certains membres de la famille du titulaire peuvent être bénéficiaires des prestations de la mutuelle par le paiement ou non d'une cotisation supplémentaire. Il s'agit :

- du conjoint,
- des enfants jusqu'à un certain âge (s'ils poursuivent des études, cette limite d'âge est souvent plus élevée),
- d'orphelins recueillis officiellement (enfants sous tutelle).

Il est important de bien délimiter les critères définissant la condition de personne à charge ; il s'agit d'un choix très délicat dépendant des habitudes et de la culture locales et qui aura des implications financières très importantes pour la mutuelle.

Les membres de la famille ne seront considérés comme personnes à charge que si elles sont effectivement dépendantes sur le plan financier du titulaire. Lorsque le conjoint ou un enfant travaille de manière indépendante ou devient salarié, et acquiert ainsi un revenu, il n'est plus à charge et doit s'inscrire comme titulaire.

Il peut y avoir une certaine difficulté d'appréciation, en ce qui concerne un jeune célibataire qui reste dans le foyer parental après un certain âge. Il appartiendra alors à l'assemblée générale de résoudre un tel problème.

En cas de polygamie, on considère, le plus souvent, qu'il y a autant de familles que d'épouses. Il y a donc paiement de cotisations comme pour un titulaire avec personnes à charge pour chaque épouse.

Se pose aussi, presque toujours, l'épineux problème des ascendants. Leur affiliation, comme faisant partie de la famille du titulaire, doit être examinée avec soin car il s'agit de personnes âgées dont les besoins de soins sont normalement plus élevés que ceux de la moyenne de la population. Le plus souvent, on les considère comme une famille séparée, devant payer une cotisation à part.

Les modalités de prise en charge doivent être discutées en tenant compte des contextes locaux. Il faut analyser soigneusement l'incidence de chaque option sur la viabilité de la mutuelle de santé. Les abus seront freinés par le contrôle social exercé par les adhérents. Toutefois, ce contrôle s'amointrit lorsque la taille de la mutuelle s'accroît. Dans la mesure du possible, les relations familiales déterminant la condition de personnes à charge devront être attestées par des documents officiels.

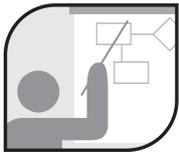
Distribuez le texte d'appui n° 1 à titre d'illustration.

2

Les modalités d'adhésion

2.1 Le droit d'adhésion

d. Exposé (0h 20)



Faites un exposé sur le droit d'adhésion en vous inspirant du texte suivant :

Droits d'adhésion

Dans les statuts, l'assemblée générale peut prévoir le paiement d'un droit d'adhésion lors de l'inscription d'un adhérent. Son montant peut être modifié, périodiquement, par cette assemblée.

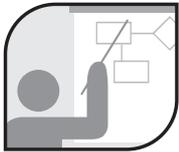
Le droit d'adhésion sert à couvrir les frais inhérents à l'inscription ; il peut être remplacé par la vente de la carte ou du carnet d'adhérent, ce qui est plus simple au plan comptable et souvent mieux accepté par les adhérents.

Le droit d'adhésion n'est généralement payé qu'une seule fois, lors de l'entrée de l'adhérent dans la mutuelle, et n'est donc pas renouvelable pour les exercices suivants. Deux exceptions sont cependant possibles :

- *Lorsque le droit d'adhésion est remplacé par la vente de la carte d'adhérent, celle-ci doit être rachetée à chaque renouvellement.*
- *Certaines mutuelles prévoient de faire repayer le droit d'adhésion lorsqu'un individu a cessé de verser ses cotisations pour reprendre les versements de nouveau après plus d'un an.*

2.2 La cotisation

e. Exposé (0h 20)



Faites un exposé sur les différents systèmes de cotisations qu'on peut rencontrer dans une mutuelle de santé en vous inspirant des éléments suivants :

Les cotisations constituent la principale ressource financière d'une mutuelle de santé. De ce fait, à elles seules, elles doivent permettre à la mutuelle de :

- *octroyer les prestations aux adhérents ;*
- *financer son fonctionnement ;*
- *constituer des réserves afin de renforcer sa solidité financière, d'exercice en exercice.*

Cette cotisation est familiale ou individuelle. Quatre systèmes de paiement sont possibles :

- *Le titulaire et les personnes à charge paient chacun la même cotisation.*
- *Les personnes à charge paient une cotisation inférieure à celle des titulaires.*
- *Deux taux de cotisations sont appliqués : l'un avec personnes à charge et l'autre sans.*
- *Une cotisation unique est versée, quel que soit le nombre de personnes à charge.*

Le choix du système de cotisations est fait par l'assemblée générale constitutive et est inscrit dans les statuts. Seule l'assemblée générale peut le modifier.

D'autres formes de cotisations, dites cotisations spéciales, sont possibles. Une cotisation spéciale peut être prévue dans les statuts ou introduite par une assemblée générale, à des fins bien définies comme par exemple un "Fonds Sida". Elle peut aussi être réclamée pour des projets importants qui, bien entendu, sont en conformité avec les buts généraux de la mutuelle.

f. Brainstorming (0h 30)



Organisez un débat autour de la question suivante :

“Sur quelle base fixe-t-on la périodicité du versement des cotisations ?”

Récapitulez en donnant les explications suivantes :

La périodicité du versement des cotisations sera déterminée en fonction de la disponibilité des revenus des adhérents, par exemple :

- **pour la population salariée** : cotisation mensuelle ;
- **pour la population agricole** : cotisation au moment des récoltes, donc une ou deux fois par an selon la région.

Dans tous les cas, cette périodicité doit être soigneusement étudiée de même que la période (du mois, de l'année, etc.) où elle sera demandée. Il faut par exemple éviter de demander le versement de cotisations lors des périodes de fêtes qui entraînent des dépenses importantes pour les familles et limitent leur capacité à cotiser.

La périodicité du versement des cotisations doit être inscrite dans les statuts.

2.3 La carte d'adhérent

g. Travail en plénière (0h 30)



Posez les questions suivantes aux participants :

“Question 1) Quelle est l'utilité de la carte d'adhérent ?”

“Question 2) Quelles informations doit-elle contenir ?”

Notez les réponses sur le tableau papier. Faites une synthèse en vous inspirant du texte suivant :

La carte d'adhérent a une double utilité :

- Elle permet l'identification de l'adhérent et des autres bénéficiaires (personnes à charge).
- Elle constitue la preuve que l'adhérent et les personnes à sa charge, inscrites sur la carte, ont droit aux prestations de la mutuelle de santé.

La carte d'adhérent peut se présenter sous différentes formes. Elle peut être familiale ou individuelle (une carte par personne, même si la cotisation est familiale). Elle peut se présenter sous la forme d'un carnet de santé et comprendra alors plusieurs pages vierges sur lesquelles les prestataires de soins pourront inscrire leurs actes et prescriptions.

Dans tous les cas, la carte d'adhérent doit contenir les informations suivantes :

- le prénom et le nom de chaque bénéficiaire (l'adhérent et les personnes à sa charge) ;
- la date de naissance de chaque personne ;
- un numéro de code familial ou individuel : ce numéro permet de suivre chaque individu à travers les outils de facturation et de contrôle du recours aux soins, sans avoir à constamment écrire les informations le concernant. Ce code, attribué au moment de l'adhésion, est inscrit dans le registre des adhérents. Par exemple, pour le 5ème membre de la 100ème famille inscrite, le numéro de code pourrait être : 100 / 5. Il pourrait être ajouté dans ce code d'autres éléments indiquant le village, le groupement, etc. de l'adhérent, selon les cas ;
- une indication du paiement de la cotisation, sous la forme d'un cachet ou d'un timbre, qui montre que l'adhérent est à jour dans le paiement de ses cotisations.

Demandez à quelques participants de présenter leurs cartes en guise d'illustration.

2.4 Le registre des adhérents

h. Travail en plénière (0h 30)



Posez les questions suivantes aux participants :

“Question 1) Quelle est l’utilité du registre des adhérents ?”

“Question 2) Quelles informations doit-il contenir ?”

Notez les réponses sur le tableau papier. Faites une synthèse en vous inspirant du texte suivant.

Le registre des adhérents est un outil de gestion administrative et de suivi important. Il doit permettre de réaliser un état régulier :

- *du nombre de bénéficiaires (adhérents et personnes à charge),*
- *des nouvelles adhésions et des radiations au cours d’un exercice,*
- *des paiements des droits d’entrée et des cotisations,*
- *des recotisations (renouvellements d’adhésion) afin de suivre, d’un exercice à l’autre, la croissance des adhésions et l’importance éventuelle des désistements, pour en étudier les causes et améliorer le système.*

La structure du registre doit permettre d’enregistrer d’une année à l’autre tous les changements possibles au sein de la famille d’un adhérent (naissance, décès, etc.). Il doit également permettre au responsable chargé de la collecte des cotisations de suivre leur versement et, en particulier, d’identifier les éventuels retards.

2.5 Les catégories de personnes dont l'adhésion pose des difficultés

i. Exposé (0h 30)



En vous inspirant du texte ci-dessous, présentez les difficultés posées par la couverture (soit comme adhérents, soit comme personnes à charge) de certaines catégories de personnes.

L'adhésion n'est en principe pas conditionnée par l'état de santé des individus. Cependant, l'affiliation de certaines personnes peut poser des problèmes financiers à la mutuelle ; il s'agit de "cas lourds" qui augmentent les dépenses liées à la prise en charge des bénéficiaires :

- personnes âgées,
- malades chroniques (diabétiques, hypertendus, déficients cardiaques, porteurs du virus du sida, etc.).

Prise en charge des personnes âgées

Une question très délicate est celle relative à la fixation éventuelle d'une limite d'âge pour une première affiliation à la mutuelle. En vertu du principe de solidarité, la cotisation ne devrait jamais être fonction de l'âge de l'adhérent ni de son état de santé. Toutefois, il arrive que certaines mutuelles demandent une cotisation supérieure aux adhérents ayant dépassé un certain âge et s'affiliant pour la première fois. Elles considèrent que cette dérogation est justifiée par le fait que la personne n'a pas fait preuve de solidarité en s'affiliant plus tôt, lorsque sa santé était en principe meilleure (et donc son besoin de recourir à la mutuelle moindre).

Prise en charge des maladies chroniques

Les maladies nécessitant plusieurs mois, voire des années de traitement (cas de la lèpre ou de la tuberculose) ou les affections exigeant des traitements répétitifs, longs et coûteux (drépanocytose, diabète, sida) constituent un risque majeur pour les adhérents d'une mutuelle et pour les personnes à leur charge.

Dans certains pays, les soins relatifs à des maladies comme la tuberculose, la lèpre ou le sida sont pris en charge par des programmes spéciaux de l'Etat ou par des bailleurs de fonds externes (organisations internationales), et ne posent pas de gros problèmes au niveau d'une mutuelle de santé.

Pour les pays où il n'existe aucune prise en charge de ces maladies, la mutuelle peut intervenir dans la mesure de ses possibilités. Étant donné les coûts très élevés de prise en charge de ces malades chroniques ou incurables, la mutuelle devra trouver un équilibre entre son souci d'aider les adhérents les plus nécessiteux, et l'impératif d'assurer la survie de l'organisation.

Plusieurs formes de prise en charge peuvent être envisagées :

- *paiement des médicaments uniquement,*
- *intervention plafonnée par bénéficiaire (mensuellement ou annuellement),*
- *prise en charge des hospitalisations uniquement en phase aiguë,*
- *forfait annuel par type de maladie,*
- *création de fonds d'intervention distincts de la caisse principale (exemple : fonds de solidarité sida) où les interventions sont limitées aux montants disponibles dans cette caisse indépendante.*

Les modalités de prise en charge des maladies chroniques constituent un problème délicat que la mutuelle devra prendre en compte dès le démarrage de ses activités.

3

Les conditions d'accès aux prestations d'une mutuelle de santé

3.1 Le respect d'une période d'observation

j. Brainstorming (0h 30)



Organisez un débat autour de la question suivante :

“Pourquoi une période d'observation est-elle nécessaire ?”

Récapitulez en donnant les explications suivantes.

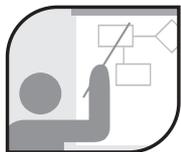
La période d'observation correspond à une phase durant laquelle le nouveau adhérent paie ses cotisations mais n'a cependant pas droit aux prestations de la mutuelle. On l'appelle aussi période d'attente ou stage. Cette période est fréquemment fixée à six mois ; elle est parfois réduite à trois mois pour les premiers adhérents. Elle est supérieure à dix mois pour la couverture des accouchements.

Le but principal de la période d'observation est d'éviter que les gens ne s'affilient que lorsqu'ils sont malades. En effet, puisqu'il n'y a pas d'examen médical lors de l'inscription, certaines personnes pourraient attendre d'avoir besoin des services de la mutuelle pour s'affilier et être tentées, une fois guéries, de la quitter. En agissant de la sorte, elles iraient à l'encontre d'un des principes de base d'une mutuelle de santé, la solidarité entre adhérents bien portants et adhérents malades, qui légitime ce système de prévoyance.

La deuxième fonction de la période d'observation, surtout lors du tout premier exercice d'une mutuelle de santé, est de permettre la constitution des premières réserves financières afin de sécuriser la prise en charge des dépenses de santé des adhérents, et donc de limiter le risque de faillite en fin d'exercice.

3.2 Les autres conditions d'accès aux prestations

k. Exposé (0h 15)



Faites un exposé sur les modalités d'accès aux prestations et distribuez ensuite les textes d'appui n° 2 et n° 3. Demandez à quelques participants de décrire leur expérience en la matière. Animez une discussion sur ces expériences.

4 Clôture du module

l. Synthèse en plénière (0h 30)

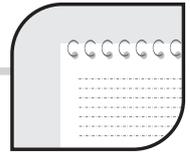


Pour conclure ce module, posez les questions suivantes et demandez à un participant de répondre à chacune d'elles :

- Qui peut adhérer à une mutuelle de santé ?
- Quelle est la différence entre titulaire et personne à charge ?
- Quelles sont les difficultés d'appréciation de la qualité de personne à charge ?
- Quels sont les adhérents potentiels dont l'adhésion peut causer des difficultés ?
- Quelle est la différence entre droit d'adhésion et cotisation ?
- Qu'est-ce que la période d'observation et à quoi sert-elle ?

Supports pédagogiques

Texte d'appui n° 1



Les bénéficiaires des prestations d'une mutuelle de santé

Mutuelle de Fomké

La Mutuelle de Fomké prend en charge, en plus du titulaire :

- son ou sa (ses) conjoint(es),
- tous ses enfants et ceux officiellement sous sa tutelle,
- son père et sa mère.

Cependant, à chaque consultation, chacune de ces personnes paie un ticket modérateur de 300 Francs CFA, excepté les enfants de moins de 10 ans.

Mutuelle de Niédougou

Dans la Mutuelle de Niédougou, les personnes à charge sont les descendants de l'adhérent et de son (ses) épouse(s). La cotisation est composée de parts correspondant :

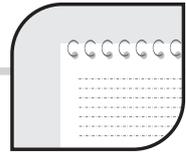
- à l'adhérent titulaire,
- à son (ses) épouses,
- à chaque enfant jusqu'à trois enfants au maximum (les autres enfants sont pris en charge gratuitement).

Mutuelle de Bellange

L'adhésion est familiale : une seule personne paie la cotisation pour toute la famille. La Mutuelle de Bellange prend en charge, en plus de l'adhérent :

- son (ou sa) conjoint(e),
- tous les enfants scolarisés jusqu'au niveau supérieur,
- le père et la mère du titulaire,
- le père et la mère du conjoint.

Texte d'appui n° 2



Les modalités d'adhésion à une mutuelle de santé

L'adhésion d'un nouveau adhérent à une mutuelle de santé se déroule généralement en plusieurs étapes que l'on peut schématiser ainsi qu'il suit :

1. La demande d'adhésion

Une demande d'adhésion doit être faite par écrit, généralement en remplissant un formulaire contenant les informations de base sur le titulaire et les personnes à charge. Elle est adressée au conseil d'administration (qui délègue le plus souvent cette tâche aux gestionnaires). Dans cette demande, le nouvel adhérent s'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle.

2. Paiement du droit d'adhésion et de la cotisation

Lorsque l'adhésion est acceptée, l'adhérent paie un droit d'adhésion et la cotisation pour la période correspondante. Le droit d'adhésion peut être éventuellement remplacé par la vente de la carte d'adhérent.

3. Inscription dans le registre des adhérents

Le nouveau titulaire est inscrit dans le registre des adhérents et reçoit sa carte qui indique la période à partir de laquelle il a droit aux prestations.

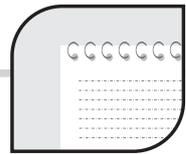
4. Information de l'adhérent sur les statuts et le règlement intérieur

L'inscription est un moment privilégié pour une dernière information sur les règles d'organisation et de fonctionnement de la mutuelle, les droits et obligations des adhérents. Certaines mutuelles distribuent à leurs adhérents un exemplaire, éventuellement résumé, des statuts et du règlement intérieur, lors de leur inscription.

5. Période d'observation

Le nouvel adhérent devra respecter la période d'observation mise en place par la mutuelle avant de pouvoir bénéficier des prestations. Il devra néanmoins verser sa cotisation si la périodicité de celle-ci est journalière ou mensuelle durant cette période.

Texte d'appui n° 3



Les conditions d'accès aux prestations d'une mutuelle de santé

Certaines conditions doivent être remplies pour pouvoir bénéficier des prestations d'une mutuelle de santé, il faut notamment :

- être bénéficiaire de la mutuelle (adhérent ou personne à charge) ;
- avoir terminé la période d'observation ;
- être à jour dans le paiement des cotisations.

Les personnes à charge doivent être inscrites sur la carte d'adhérent d'un titulaire.

La mutuelle doit également mettre en place des mécanismes pour éviter une double ou une surindemnisation de ses adhérents. Ainsi, certaines mutuelles stipulent, dans leurs statuts, que pour devenir adhérent, il ne faut pas participer à un autre système d'assurance maladie. On peut aussi prévoir une couverture limitée aux risques non assurés par une autre institution (principe de l'assurance complémentaire).

Les modalités d'accès aux prestations doivent être simples. Il faut éviter, autant que faire se peut, les complications administratives mais, en même temps, se prémunir contre d'éventuels abus ou fraudes.

Ces modalités sont généralement les suivantes :

- L'adhérent ou la personne à sa charge s'adresse à un prestataire de soins avec qui la mutuelle a conclu un accord.
- Il doit présenter à ce prestataire sa carte d'adhérent.
- Sauf dans les cas d'urgence, l'adhérent doit pouvoir prouver au prestataire qu'il est à jour dans le versement de ses cotisations. Dans certains cas, des cachets ou des timbres sont apposés sur la carte d'adhérent. Dans d'autres, la mutuelle fournit une attestation ou une lettre de garantie ou de prise en charge destinée au prestataire de soins.
- Pour l'accès aux soins spécialisés ou aux soins hospitaliers, l'adhérent ou la personne à sa charge présente un document attestant qu'il a été envoyé (référé) par un prestataire d'un échelon inférieur du système de santé, ceci pour éviter la surconsommation de services et produits sanitaires.

Ensemble modulaire de formation n° 1 :
Caractéristiques des mutuelles de santé

MODULE 5

Les services offerts par une mutuelle de santé

Sommaire

Module 5 : Les services offerts par une mutuelle de santé

Déroulement de la formation		Page
1.	Le choix des services à offrir aux adhérents.....	133
2.	Les services offerts pour la couverture des dépenses de santé ...	136
2.1	Nature des soins de santé couverts	136
2.2	Le niveau de couverture des dépenses de santé.....	136
2.3	L'octroi des prestations aux adhérents	138
2.4	Les modalités de rémunération des prestataires de soins	138
2.5	Les conventions entre mutuelles et prestataires de soins	139
2.6	Les principaux risques liés à l'assurance santé	139
3.	Clôture du module.....	141
Supports pédagogiques		
Texte d'appui n° 1 :	Les services offerts par une mutuelle de santé.....	145
Texte du travail de groupes n° 1 :	Le projet de création d'une mutuelle de santé à Koulahoun.....	147
Texte d'appui n° 2 :	Les types de soins que peut couvrir une mutuelle de santé.....	151
Texte d'appui n° 3 :	La couverture partielle des dépenses de santé	153
Schéma n° 1 :	Les modes d'octroi des prestations aux adhérents	155
Texte d'appui n° 4 :	Les modes d'octroi des prestations aux adhérents	157
Texte d'appui n° 5 :	Les modalités de rémunération des prestataires de soins	161
Texte d'appui n° 6 :	Exemple de convention : Convention entre la Mutuelle de santé de Koulahoun et le Centre de santé du village de Koulahoun	163
Texte d'appui n° 7 :	Les principaux risques liés à l'assurance santé.....	165

5

Les services offerts par une mutuelle de santé

Objectifs

A la fin de ce module, les participants seront capables :

- de décrire les critères devant être utilisés pour choisir les services à offrir aux adhérents ;
- de présenter les différentes formules utilisables par la mutuelle en cas de couverture partielle des dépenses de santé ;
- d'expliquer les différentes modalités d'octroi des prestations aux adhérents ;
- de décrire les différentes formes de rémunération des prestataires de soins et le contenu des conventions qui les lient aux mutuelles ;
- de présenter les risques inhérents à l'assurance santé et les mesures de nature à les minimiser.

Groupes cibles

- Promoteurs des mutuelles de santé
- Adhérents des mutuelles de santé
- Gestionnaires des mutuelles de santé

Pré-requis

Module "Fondements et spécificités des mutuelles de santé"

Durée

9h 30

Contenu

- Choix des services à offrir aux adhérents
- Nature des soins de santé à couvrir
- Niveau de couverture des soins
- Modalités d'octroi des prestations aux adhérents
- Modalités de rémunération des prestataires
- Conventions entre mutuelles de santé et prestataires de soins
- Risques majeurs liés à l'assurance santé

Méthodes

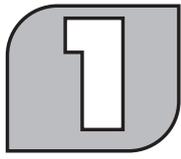
- Brainstorming
- Exposé
- Plénière (travail et synthèse)
- Travail de groupes

Supports matériels

- Métaplan
- Tableau noir
- Tableau papier
- Rétroprojecteur

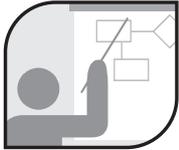
Supports pédagogiques

- Schéma
- Texte de travail de groupes
- Textes d'appui



Le choix des services à offrir aux adhérents

a. Exposé (0h 15)



Faites un exposé sur la nécessaire adéquation entre les services offerts par la mutuelle et les besoins des adhérents.

La fonction d'une mutuelle de santé est de fournir un certain nombre de services de prévoyance, d'entraide et de solidarité à ses adhérents ; ces services traduisent, dans la vie quotidienne, la volonté de tous les adhérents de prendre en main eux-mêmes leurs problèmes de santé, en s'assistant mutuellement.

C'est de l'intérêt que les adhérents accorderont à ces services que dépendra, outre la bonne gestion, la réussite ou l'échec de la mutuelle de santé. A cet égard, l'enregistrement de nouvelles adhésions ou au contraire, la défection d'adhérents sera un indicateur significatif du bon fonctionnement de la mutuelle.

Les services offerts par la mutuelle doivent correspondre à des besoins ressentis et exprimés par la population cible. Le respect de cette condition est indispensable, non seulement au moment de la création de la mutuelle, mais aussi tout au long de son existence. Les services offerts doivent être régulièrement évalués afin de s'assurer qu'ils correspondent toujours aux besoins des adhérents, et qu'ils y répondent de façon satisfaisante.

Présentez les différents services qu'une mutuelle peut offrir à ses adhérents en utilisant le texte d'appui n° 1.

b. Travail de groupes n° 1 (1h 30)



Distribuez le texte du travail de groupes n° 1 portant sur le projet de création d'une mutuelle de santé à Koulahoun. Faites choisir un rapporteur pour chaque groupe. Demandez aux participants de lire le texte et de répondre aux questions posées.

c. Synthèse en plénière (1h 00)



Invitez les rapporteurs à présenter les résultats des travaux de leur groupe. Animez une discussion sur les différentes réponses. Utilisez le texte ci-dessous pour conduire la discussion sur le choix des services.

Chaque nouveau service d'une mutuelle de santé entraîne un avantage supplémentaire pour les adhérents mais aussi une augmentation de leur contribution. Dans les milieux où les revenus des individus sont faibles et/ou irréguliers, une mutuelle de santé doit tout particulièrement veiller à proposer des contributions adaptées durablement à la capacité contributive des adhérents.

Il est donc nécessaire de rechercher un équilibre entre, d'une part, des services qui couvrent le plus largement possible les besoins et, d'autre part, la nécessité de proposer un montant de cotisation accessible à l'ensemble des adhérents.

Pour identifier les services qu'une mutuelle de santé peut mettre en œuvre, deux démarches sont possibles :

- *soit partir des revenus disponibles et fixer des objectifs en relation avec ceux-ci ;*
- *soit identifier les besoins prioritaires et évaluer les moyens financiers nécessaires pour les satisfaire.*

Dans les milieux où la contrainte principale est la faiblesse des revenus des adhérents potentiels, la démarche consiste à :

- *fixer un niveau de cotisation accessible à la population cible ;*
- *estimer le nombre d'adhérents potentiels et les recettes annuelles ;*
- *déterminer les services prioritaires en fonction des moyens disponibles.*

Dans les milieux où la contrainte économique est moindre, on peut procéder comme suit :

- *évaluer les besoins prioritaires ;*
- *calculer le volume de ressources nécessaires pour les satisfaire ;*
- *fixer le taux de cotisation de manière à disposer de ces ressources.*

Quelle que soit la démarche adoptée, elle sera longue et laborieuse. Il faudra en effet presque toujours établir plusieurs scénarios, sur lesquels l'assemblée générale de la mutuelle devra se prononcer. L'étendue et la nature des activités seront alors révisées en fonction des priorités des adhérents.

Une mutuelle naissante a intérêt à offrir au départ un nombre très limité de services. Forte de son apprentissage et du dispositif de gestion qu'elle aura mis en place, elle pourra ensuite accroître, éventuellement, le nombre de services qu'elle propose.

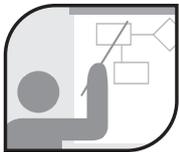
Indiquez que la suite du module sera consacrée aux services offerts pour la couverture des dépenses de santé.

2

Les services offerts pour la couverture des dépenses de santé

2.1 Nature des soins de santé couverts

d. Exposé (0h 30)



En vous aidant du texte d'appui n° 2, faites un exposé sur les types de soins de santé qu'une mutuelle peut couvrir. Indiquez que pour des raisons évidentes de faisabilité une mutuelle dans la plupart des cas ne sera pas en mesure de couvrir l'ensemble des soins de santé.

2.2 Le niveau de couverture des dépenses de santé

e. Travail en plénière (0h 45)



Demandez aux participants si une mutuelle couvre toujours la totalité des dépenses de santé.

Réponse

Non, une mutuelle peut ne prendre en charge qu'une partie des dépenses de santé. Dans le cas d'une prise en charge sous forme d'un forfait, ce dernier, dans certains cas, pourra être inférieur au montant des dépenses réelles. Une mutuelle peut aussi décider de limiter systématiquement sa couverture à une partie des dépenses, au moins pour certaines catégories de soins.

Demandez aux participants par quels mécanismes (ou techniques) cette couverture partielle des dépenses peut-elle être mise en pratique.

Réponse

La mutuelle peut utiliser :

- un ticket modérateur,
- une franchise,
- un plafonnement des prises en charge (ou garanties).

Demandez aux participants de définir ces différents termes :

- *Ticket modérateur* : il représente la part du coût du service couvert déduite du montant remboursé à l'adhérent. Il est exprimé en pourcentage. On l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de modérer la consommation de soins de santé.
- *Franchise* : lorsqu'une mutuelle ne couvre que les montants supérieurs à une somme fixée à l'avance, cette somme est appelée franchise. La franchise est en général fixée en relation avec les services couverts.
- *Plafonnement* : la mutuelle peut limiter sa prise en charge à un montant maximum pour un événement particulier. La part des frais supérieure à ce montant est à la charge de l'adhérent. Ce plafonnement permet de limiter les dépenses de la mutuelle et de la protéger de cas "catastrophiques" qui, par leur coût très élevé, pourrait entraîner la faillite de l'organisation.

Demandez aux participants d'illustrer avec des exemples ces trois éléments.

Distribuez le texte d'appui n° 3.

Éléments d'analyse à l'intention du formateur

Le "ticket modérateur"

Le terme "ticket modérateur" remonte aux temps où les mutuelles, prenant en charge 100 % des dépenses de santé et se rendant compte de certains abus, ont été contraintes d'exiger une participation des patients afin de modérer la consommation de soins de santé. Les adhérents de la mutuelle, avant de se rendre chez le médecin ou à l'hôpital, devaient passer à la mutuelle et y acheter un ticket dont ils devaient se munir, lors de la consultation, pour en bénéficier gratuitement. D'où l'expression ticket modérateur, qui est restée en usage bien après que ces tickets eurent physiquement disparu.

Deux arguments plaident en faveur d'une contribution personnelle des malades dans la prise en charge des coûts de la santé. D'une part, un ticket modérateur responsabilise le patient et souligne la valeur des soins dispensés. D'autre part, il limite la tendance à la sur-consommation.

En effet, il est logique qu'un adhérent qui a payé ses cotisations veuille profiter au maximum des avantages offerts. Il en découle un risque de dépenses excessives pour la mutuelle. Toute la difficulté est de déterminer le montant du ticket modérateur pour qu'il joue son rôle, sans toutefois devenir un obstacle majeur à l'accès aux soins, ce qui irait à l'encontre du but poursuivi.

2.3 L'octroi des prestations aux adhérents

f. Travail en plénière (0h 30)



Projetez le schéma n° 1 et demandez aux participants de le commenter. Distribuez le texte d'appui n° 4, lisez-le et commentez-le.

2.4 Les modalités de rémunération des prestataires de soins

g. Exposé (0h 30)



En vous aidant du texte d'appui n° 5, faites un exposé sur les modalités de rémunération des prestataires de soins.

2.5 Les conventions entre mutuelles et prestataires de soins

h. Travail de groupes n° 2 (1h 30)



Rappelez aux participants qu'une mutuelle peut couvrir :

- soit les services de santé d'un (ou de plusieurs) prestataire(s) de soins avec qui elle a signé une convention ;
- soit les services de santé d'une (ou de plusieurs) formation(s) médicale(s) qu'elle a elle-même créée(s).

Insistez sur le fait que la création d'une formation médicale par une mutuelle demande des investissements importants (construction, équipement, entretien, etc.). Il convient d'analyser de façon approfondie cet aspect, avant toute décision.

Constituez des groupes et demandez aux participants de proposer une convention entre la Mutuelle de Koulahoun et le Centre de santé portant sur les consultations curatives, la petite chirurgie et l'assistance à l'accouchement.

i. Synthèse en plénière (0h 45)



La présentation des résultats sera faite et commentée par un ou plusieurs membres de chaque groupe.

Vérifiez que les conventions proposées comprennent la description des services de santé couverts, leur tarif ainsi que les modalités de paiement du prestataire.

Distribuez l'exemple de convention entre la Mutuelle de santé de Koulahoun et le Centre de santé (texte d'appui n° 6).

2.6 Les principaux risques liés à l'assurance santé

i. Travail en plénière (0h 30)



Demandez aux participants quels sont les principaux problèmes qui peuvent mettre en péril une mutuelle de santé.

Notez les réponses sur le tableau papier en vérifiant que les problèmes suivants ont été cités :

- Les personnes malades ou ayant un fort risque de maladie s'inscrivent en masse et entraînent des dépenses trop importantes pour la mutuelle.
- Les bénéficiaires tendent à consommer beaucoup plus de soins qu'auparavant.
- Certains adhérents font passer des membres de leur famille ou de leur cercle d'amis, qui ne sont pas mutualistes, comme des bénéficiaires inscrits sur leur carte d'adhérent, afin de leur faire profiter des avantages de la mutuelle.
- Certains prestataires de soins tentent d'augmenter leurs recettes en prescrivant des soins ou des traitements inutiles.
- La survenue d'une épidémie entraîne des dépenses de soins très supérieures à la normale.

k. Synthèse en plénière (0h 30)



Regrouper sur le tableau papier les réponses des participants afin de faire ressortir différentes catégories de problèmes et de risques pour une mutuelle de santé. Mettez un accent particulier sur les risques majeurs suivants et définissez-les à l'aide du texte d'appui n° 7 :

- la sélection adverse,
- le risque moral,
- la surprescription,
- les fraudes et les abus,
- l'occurrence de cas catastrophiques.

l. Brainstorming (1h 00)



Organisez une discussion sur les mesures de nature à minimiser les risques recensés ci-dessus. Pour chaque risque pris séparément, faites un tour de table et notez les réponses au tableau. Analysez, ensuite, ces réponses avec les participants et reprenez les propositions les plus pertinentes.

Distribuez le texte d'appui n° 7 portant sur les risques majeurs liés à l'assurance santé. Lisez-le et faites les rapprochements avec les réponses dégagées lors du brainstorming.

3

Clôture du module

m. Synthèse (0h 15)



A l'aide des éléments ci-dessous, relevez les points importants du module et proposez une synthèse.

Les services qu'une mutuelle de santé propose à ses bénéficiaires peuvent être divers : assurance santé, transport des malades, éducation à la santé, assurance décès, etc.

Dans le domaine de l'assurance santé, les services peuvent concerner différents types de soins (soins de santé de base, soins hospitaliers, soins spécialisés, soins dentaires, lunetterie et médicaments) délivrés par les prestataires de soins avec qui la mutuelle a passé une convention ou qu'elle a elle-même créées.

Les systèmes de prise en charge de ces soins sont divers. Ils mettent pratiquement toujours en jeu un ticket modérateur ou une franchise, c'est-à-dire une quote-part des frais qui reste à la charge de l'adhérent.

Les modes de rémunération des prestataires de soins sont également divers. Selon les cas et le type de prestataire de soins, ils peuvent prendre la forme :

- *d'un forfait annuel par bénéficiaire,*
- *d'un forfait par épisode de maladie,*
- *d'un montant par consultation ou par visite médicale,*
- *d'un montant par journée d'hospitalisation,*
- *d'un montant basé sur la durée moyenne d'hospitalisation,*
- *d'un montant à l'acte.*

Les conventions entre une mutuelle et les prestataires de soins constituent un élément très important pour assurer aux bénéficiaires de la mutuelle un accès à des services de santé à un prix raisonnable. Ces conventions portent sur la qualité des soins délivrés par les prestataires, la tarification et les modalités de paiement des soins couverts par la mutuelle.

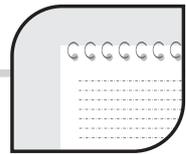
Plusieurs modes d'octroi des prestations aux adhérents peuvent être envisagés :

- *Le prestataire de soins est payé par l'adhérent. Celui-ci sera remboursé par la mutuelle, par la suite.*
- *L'adhérent paie sa quote-part ou le ticket modérateur, et la mutuelle paie le reste des soins directement aux prestataires.*

En fonction de la nature des soins, ces deux modes peuvent être combinés par une mutuelle, par exemple : remboursement de l'adhérent pour les petites dépenses et paiement direct des prestataires pour les dépenses plus importantes.

Supports pédagogiques

Texte d'appui n° 1



Les services offerts par une mutuelle de santé

Assurance et intervention financière en matière de risques sociaux

- Remboursement des dépenses de santé
- Paiement d'indemnités pour invalidité
- Paiement de primes

Défense des intérêts des adhérents

- Négociation sur la politique de santé
- Négociation des conventions tarifaires avec les prestataires de soins
- Défense des droits individuels des adhérents

Education à la santé et information des adhérents

- Campagnes de prévention
- Information sur la santé et les soins de santé
- Information sur les droits et obligations des adhérents

Service d'entraide et de solidarité

- Aides aux jeunes, vieux, malades, handicapés
- Aides aux familles
- Prêt de matériel médical
- Garde d'enfants malades

Organisation des soins de santé

- Soins à domicile
- Centres de santé
- Polycliniques
- Cabinets dentaires
- Hôpitaux
- Pharmacies coopératives

Travail de groupes n° 1



Le projet de création d'une Mutuelle de santé à Koulahoun

Le projet de création de la mutuelle concerne la population couverte par un centre de santé public implanté dans le village de Koulahoun, situé dans la province du Houet, à 150 km de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso.

1. La communauté

La zone couverte par le Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) de Koulahoun compte 4 villages et leurs hameaux ; la population est de 10.687 habitants (tableau 1). Koulahoun est relié par une piste de 30 km au chef-lieu de département (Houndé) et à l'axe bitumé Ouagadougou - Bobo Dioulasso. Deux écoles primaires et le centre de santé constituent les seules infrastructures publiques de la zone ; un agent des services d'agriculture est chargé de l'appui aux 4 villages.

Tableau 1 :
Villages, population et distances

Village	Population en 1994	Distance de Koulahoun
Koulahoun	4.178 (39 %)	0 km
Boho Kari	1.297 (12 %)	15 km
Laho	1.371 (13 %)	8 km
Maro	3.841 (36 %)	6 km
Total	10.687	

La production de coton est la principale source de revenu monétaire des populations de la zone ; le montant des revenus s'élève en moyenne à 15.000 Francs CFA par habitant et par an (tableau 2). Dans chaque village, un groupement qui sert d'intermédiaire entre les producteurs et la Société des Fibres et Textiles (SOFITEX qui achète le coton) a été mis en place ; les recettes de la vente sont versées par la SOFITEX entre début février et fin mars. Le groupement villageois (GV) perçoit une ristourne de 2.500 Francs CFA par tonne de coton, ce qui permet d'effectuer des investissements collectifs.

Les autres revenus proviennent de la vente de céréales (maïs essentiellement), de l'élevage de porcs, de la vente de bière de mil et du petit artisanat.

Tableau 2 :
Revenu annuel moyen par habitant provenant
de la vente du coton (Francs CFA)

Village	1992	1993	1994
Koulahoun	16.474	14.552	18.848
Boho kari	20.770	19.549	19.143
Laho	7.600	6.778	5.481
Maro	13.811	12.497	14.992
Moyenne	14.900	13.423	15.783

Source : SOFITEX

2. Les services de santé

Le CSPS de Koulahoun est une formation sanitaire de l'Etat, ouvert depuis 1966. C'est un infirmier qui en est le responsable. Le personnel comprend, outre l'infirmier, une accoucheuse auxiliaire (fonctionnaire) et un manoeuvre (rétribué sur fonds propres). Malheureusement, lorsque l'infirmier est absent, le centre de santé est fermé, parce qu'il n'a pas de remplaçant.

Les soins délivrés par le CSPS sont les suivants :

- consultation curative,
- petite chirurgie : sutures, incisions d'abcès, circoncisions,
- hébergement des malades (maximum 48h),
- consultation prénatale au CSPS et dans les villages,
- assistance à l'accouchement,
- consultation postnatale et planification familiale,
- consultation préventive pour enfants jusqu'à 36 mois,
- vaccination au CSPS et dans les villages.

Un dépôt de médicaments a été ouvert par le GV en 1989. Ce dépôt s'approvisionne en spécialités auprès des pharmacies privées de Bobo Dioulasso. L'approvisionnement est irrégulier et ces médicaments sont très coûteux, notamment suite à la dévaluation du Francs CFA de 1994. En conséquence, de nombreux habitants se tournent vers des guérisseurs traditionnels et désertent le système officiel de santé.

Le CSPS est rattaché au Centre médical de Houndé où sont dispensées des prestations de deuxième niveau : consultation par médecin, prestations de soins de santé maternelle et infantile par sage-femme, examens de laboratoire. Les cas chirurgicaux sont référés à l'hôpital national de Bobo Dioulasso.

Le transport vers ces centres de référence entrave sérieusement le principe de continuité des soins, compte tenu de la distance qui sépare le CSPS, de Houndé et de Bobo Dioulasso. Les coûts de transfert constituent, souvent, un problème difficile à résoudre pour la population : 8.000 Francs CFA pour aller à Houndé, 23.000 Francs CFA pour se rendre à Bobo Dioulasso. Aussi, de nombreux patients référés préfèrent rentrer chez eux. D'ailleurs, outre le transport, la prise en charge des coûts d'hospitalisation pose également problème. De plus, les routes sont impraticables en saison des pluies, par suite de crues qui empêchent la circulation à la hauteur des bas-fonds.

A l'occasion de la réorganisation des services de santé, des mesures ont été prises pour renforcer l'autofinancement des formations sanitaires. Ainsi, une tarification à l'acte a été introduite. Les tarifs sont les suivants :

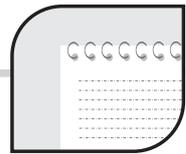
Description de l'acte	Tarif (en Francs CFA)
Consultation curative (7 jours)	100
Soins avec pansements	200
Sutures	300
Hébergement des malades	100
Carnet de soins	150
Surveillance de grossesse	300
Surveillance de l'accouchement	1.500
Surveillance postnatale de la mère	200
Inscription à la planification familiale	300
Surveillance du développement du nourrisson	100
Carte de vaccination	100

Suite à l'introduction de cette nouvelle tarification, l'infirmier a constaté une baisse de fréquentation du CPSP. Interrogé à ce sujet, il explique que les paysans ont des revenus monétaires saisonniers, concentrés sur une seule période de l'année (campagne coton), et ont du mal à trouver de l'argent à d'autres périodes.

Répondez aux questions ci-après :

- 1) Indiquez les principaux problèmes de santé que les populations de Koulahoun rencontrent.
- 2) Quels seraient les types de services à offrir par la mutuelle pour répondre à ces problèmes ?
- 3) Quels seront les critères ou les éléments que la mutuelle devra prendre en compte dans la décision d'offrir ou non ces types de services ?

Texte d'appui n° 2



Les types de soins que peut couvrir une mutuelle de santé

Une mutuelle peut constituer le seul système de couverture des dépenses de santé de ses bénéficiaires ou peut compléter la couverture qui leur est offerte par d'autres mécanismes. Par exemple, dans les pays où les agents de l'Etat bénéficient d'un remboursement d'une partie de leurs dépenses de santé par un système de sécurité sociale publique, des mutuelles ont été créées pour couvrir la partie des frais non prise en charge.

Une mutuelle peut couvrir une ou plusieurs catégories de soins :

Soins de santé de base

Les soins de santé de base sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les centres de santé, premier point de contact de la population avec les systèmes de santé. Ils comportent :

- Les soins préventifs et promotionnels qui comprennent les consultations pré et post-natales, le suivi des nourrissons sains, les vaccinations, la planification familiale, l'éducation à la santé, l'assainissement.

Habituellement, la prévention fait partie des tâches d'un centre de santé ; elle est le plus souvent financée par l'Etat et ses partenaires en coopération, notamment à travers des programmes de vaccination. Une partie des coûts est à la charge du centre de santé qui la répercute sur les utilisateurs.

L'éducation à la santé est souvent assurée par les centres de santé, parfois par certains hôpitaux. Son coût est généralement inclus dans le prix des actes curatifs ou préventifs. S'il y a carence en la matière, la mutuelle peut créer son propre service d'éducation à la santé.

- Les soins curatifs comprennent, essentiellement, les consultations, les soins infirmiers, la fourniture de médicaments et quelques analyses de laboratoire. Parfois, on y adjoint la petite hospitalisation qui a lieu dans les centres de santé (mise en observation) ou les accouchements assistés.
- La prise en charge des maladies chroniques (diabète, drépanocytose, hypertension artérielle, hémophilie, maladies cardiaques, etc.) et des soins à domicile, éventuellement.
- La prise en charge des enfants souffrant de malnutrition et leur récupération nutritionnelle à partir des aliments locaux.

Soins hospitaliers

Ces soins comprennent tant l'hébergement à l'hôpital que les actes médicaux, chirurgicaux, techniques et les médicaments consommés. Compte tenu du coût élevé des prestations liées à l'hospitalisation, on les range souvent sous la rubrique "gros risques".

Soins spécialisés

Les soins spécialisés comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques telles que la radiologie et la biologie clinique qui sont effectués soit à l'occasion d'une hospitalisation soit lors d'une consultation externe (visite du patient).

Soins dentaires

Les soins dentaires, dispensés par des cabinets indépendants des centres de santé, constituent le plus souvent un service à part. Certaines mutuelles accordent le remboursement de ces soins. La mutuelle peut également envisager le remboursement des prothèses dentaires.

Lunetterie

La mutuelle peut rembourser l'achat de lunettes, pour autant qu'elles fassent l'objet d'une prescription médicale ; le plus souvent, les interventions sont limitées aux verres prescrits : les montures ne sont pas remboursées. Dans certaines mutuelles, les montures peuvent être remboursées sur la base d'un forfait, compte tenu de la diversité de leur prix.

Médicaments

En ce qui concerne les médicaments, il importe de déterminer la liste de ceux qui seront remboursés par la mutuelle. Etant donné la différence de prix entre les médicaments de marque (spécialités) et les médicaments génériques, il est conseillé de ne rembourser que ces derniers lorsqu'ils sont disponibles ou les spécialités correspondantes sur la base du prix des génériques. Il est nécessaire de limiter la liste des médicaments couverts (liste des médicaments essentiels établie par le ministère de la Santé du pays et par l'OMS).

L'idéal est que les médicaments soient délivrés par les formations médicales. Si cela n'est pas possible, les médicaments de la liste ne seront remboursés que s'ils ont été prescrits. Dans cette dernière hypothèse, les abus éventuels sont plus difficiles à limiter.

Transport des malades

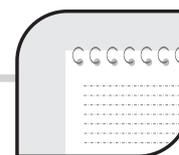
Outre la prise en charge des soins de santé, la mutuelle peut organiser et prendre en charge le transport des malades vers un centre de santé ou leur transfert vers l'hôpital conventionné le plus proche, dans le cadre d'une référence (patient transféré vers un hôpital après avoir consulté un centre de santé).

Les autres risques sociaux

Même si leur mission principale est la couverture des soins de santé, certaines mutuelles couvrent aussi d'autres risques sociaux auxquels leurs adhérents sont exposés. Ainsi, la mutuelle peut octroyer des allocations de type forfaitaire à l'occasion de certains événements : naissance, mariage, décès, etc. Le but ainsi poursuivi est d'aider financièrement les personnes qui, à ces occasions, pourraient être confrontées à des dépenses exceptionnelles.

Vu le risque élevé que ce type de prestation induit sur la viabilité financière de la mutuelle, il est indiqué de mettre en place une caisse spécifique, indépendante et complémentaire, à caractère contributif.

Texte d'appui n° 3



La couverture partielle des dépenses de santé

Une mutuelle peut prendre en charge, intégralement ou en partie, les frais auxquels doivent faire face ses adhérents. Elle peut verser des prestations sous la forme d'un forfait, par exemple pour le transport des malades, ou encore d'un paiement ou d'un remboursement des soins de santé.

Les principaux mécanismes utilisés pour attribuer aux adhérents une partie des dépenses de santé sont :

- le ticket modérateur,
- la franchise,
- le plafonnement des prises en charge (ou garanties).

Si la prise en charge est faite sous forme d'un forfait, il est possible, dans certains cas, que le montant des dépenses réelles soit supérieur à ce forfait (généralement calculé sur la base d'une moyenne des dépenses pour un type de soins donné). L'adhérent devra alors supporter une partie des coûts.

Le ticket modérateur

Il représente la part des dépenses de santé qui est déduit du montant remboursé à l'adhérent. Il est exprimé en pourcentage. On l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de modérer la consommation en dépenses de santé.

Exemple : La mutuelle prend en charge 80 % du montant des dépenses d'hospitalisation à l'hôpital de... Pour une facture de 100.000 Francs CFA, la mutuelle remboursera $100.000 * 80 \% = 80.000$ Francs CFA. Le ticket modérateur est de 20 %.

La franchise

Lorsqu'une mutuelle ne couvre que les montants supérieurs à une somme fixée à l'avance, cette somme est appelée franchise. La franchise est en général fixée en relation avec les services couverts.

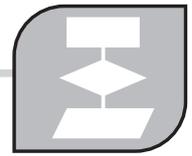
Exemple : La mutuelle a fixé la franchise pour les hospitalisations à 5.000 Francs CFA. Un adhérent ayant une facture de 10.000 Francs CFA sera remboursé à hauteur de $10.000 - 5.000 = 5.000$ Francs CFA. Si sa facture avait été de 4.000 Francs CFA, il n'aurait pas été pris en charge par la mutuelle.

Plafonnement des prises en charge

La mutuelle peut limiter sa prise en charge à un montant maximum pour un événement particulier. La part des frais supérieure à ce montant est à la charge de l'adhérent. Le plafonnement de la prise en charge permet de limiter les dépenses de la mutuelle et de la protéger de cas exceptionnellement coûteux qui pourraient entraîner la faillite de l'organisation.

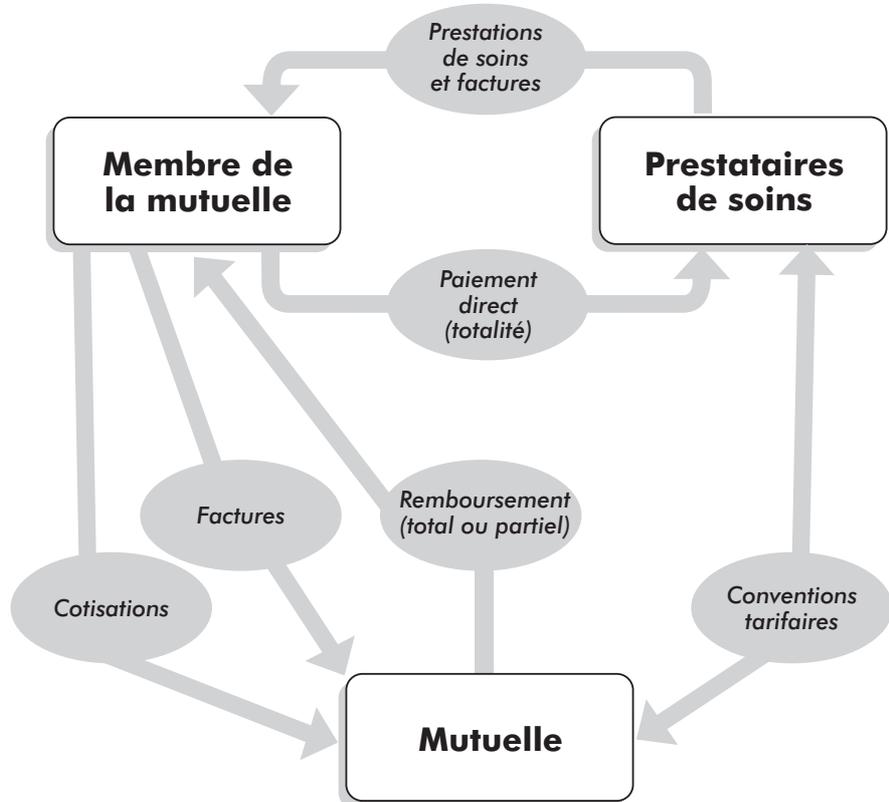
Exemple : La mutuelle a fixé le plafond en matière d'hospitalisation à 30.000 Francs CFA. Si un adhérent a une facture de 40.000 Francs CFA, il ne sera remboursé qu'à hauteur de 30.000, les 10.000 Francs CFA restant étant à sa charge.

Schéma n° 1

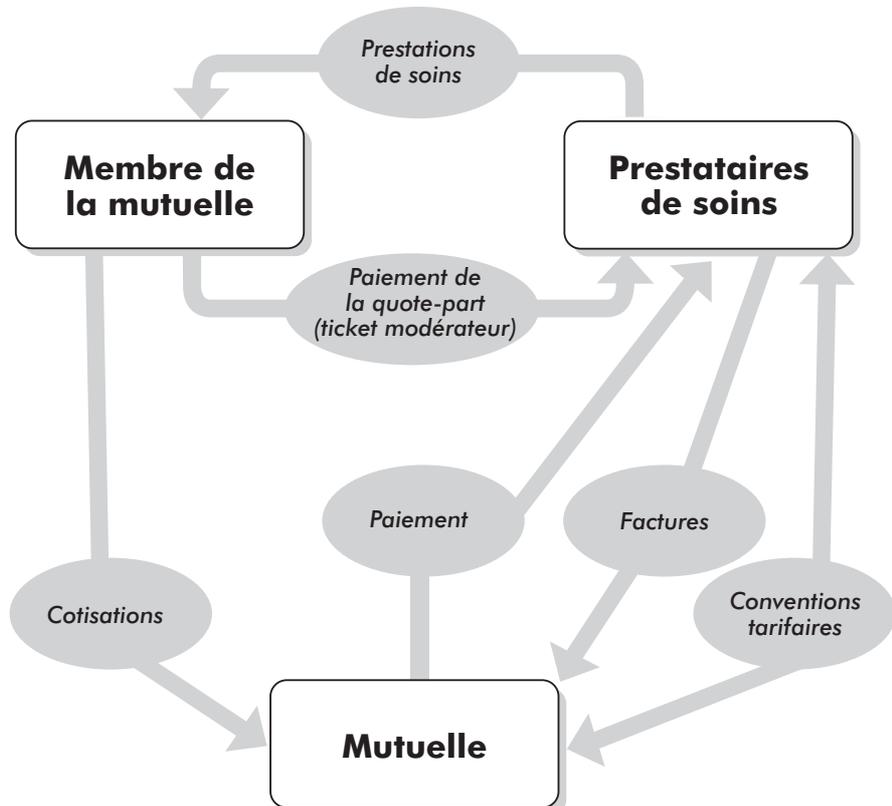


Les modes d'octroi des prestations aux adhérents

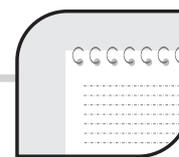
Paiement direct du coût des soins par l'adhérent et remboursement par la mutuelle



Paiement direct du coût des soins par la mutuelle (tiers payant)



Texte d'appui n° 4



Les modes d'octroi des prestations aux adhérents

Deux cas sont à considérer pour l'octroi des prestations aux adhérents, selon qu'il s'agit de soins fournis par des prestataires conventionnés avec la mutuelle ou de soins accordés par des structures créées par celle-ci.

1. Cas de prestataires en convention avec la mutuelle

Généralement, le coût des services de santé est partagé entre le patient et la mutuelle. Il s'établit alors une relation tripartite entre l'adhérent, la mutuelle et le prestataire de soins.

Le paiement du coût des soins de santé est effectué comme suit :

- Soit le patient paie le montant total des services dont il a bénéficié et se fait rembourser ensuite.
- Soit la mutuelle paie directement le prestataire (système du tiers payant).
- En fonction de la nature des soins, ces deux modes peuvent être combinés par une mutuelle, par exemple : remboursement de l'adhérent pour les petites dépenses (consultations) et paiement direct des prestataires pour les dépenses plus importantes (hospitalisation).

Paiement des soins par l'adhérent

La mutuelle peut demander à ses adhérents de payer les frais afférents aux services rendus ; elle les remboursera ensuite. Dans ce cas, l'adhérent paie, selon les modalités adoptées par le prestataire de soins (paiement à l'acte, par épisode de maladie ou par consultation), et en accord avec les tarifs convenus avec la mutuelle.

L'adhérent se fait alors remettre par le prestataire une preuve de paiement, c'est-à-dire un reçu ou une facture qui doit comporter au moins :

- l'identification du donneur de soins,
- l'identification exacte du bénéficiaire,
- la nature des prestations,
- le prix et la date de la prestation.

Muni de son carnet de santé, de sa carte d'adhérent et de sa preuve de paiement, l'adhérent se présente au bureau de la mutuelle pour se faire rembourser.

Pour l'adhérent, les inconvénients de cette forme de paiement sont : d'une part, l'obligation de disposer de la totalité de la somme nécessaire au paiement des soins et, d'autre part, d'avoir à effectuer des démarches supplémentaires pour se faire rembourser.

Pour la mutuelle de santé, l'avantage de ce système est qu'il limite la surconsommation, la tendance aux abus ou la facturation frauduleuse. Les inconvénients en sont un surcroît de gestion et donc des coûts administratifs plus importants.

Paiement direct par la mutuelle

Dans certains cas, l'adhérent ne paie que le ticket modérateur au prestataire. La mutuelle verse à ce dernier le complément, directement, sur présentation d'une facture. Ce système est appelé tiers payant parce que ce n'est pas l'adhérent qui paie, mais la mutuelle, considérée comme tierce partie, en plus du prestataire et du bénéficiaire. Ce système est souvent utilisé pour les "gros risques", impliquant des frais importants auxquels l'adhérent ne peut pas faire face (hospitalisation, chirurgie, etc.).

Le système du tiers payant est, évidemment, le plus avantageux pour l'adhérent : pas de problèmes de disponibilités financières, pas de démarche à entreprendre et de délais d'attente pour le remboursement de ses frais.

Ce système peut être, administrativement, moins coûteux (regroupement des paiements par prestataire et non par patient), mais les possibilités de contrôle de la réalité des soins donnés sont moindres, et surtout les risques de surconsommation et d'escalade des coûts sont plus élevés.

2. Cas de formations médicales créées par la mutuelle

Les services des formations médicales créées par la mutuelle peuvent être proposés aux adhérents et aux non-adhérents, avec des tarifs préférentiels en faveur des premiers.

Pour des questions de bonne organisation et de transparence, et pour pouvoir évaluer distinctement les performances des différentes structures, la comptabilité de la mutuelle et celle de ses formations médicales doivent toujours être tenues séparément, même au cas où les non-adhérents n'auraient pas accès aux services proposés.

Centres de santé et hôpitaux créés par la mutuelle

Plusieurs cas peuvent être envisagés :

- Soit, l'adhérent est pris en charge à 100 % une fois sa période d'observation terminée : il est alors soigné sur présentation de sa carte d'adhérent.
- Soit, seule, la consultation est gratuite tandis que les soins et les médicaments sont payés selon les produits utilisés.
- Soit, une franchise (participation aux frais) est assumée par l'adhérent pour chaque consultation et acte posé.

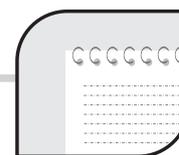
- Soit, un ticket modérateur est fixé par la mutuelle : le malade supporte alors, à ses frais, un certain pourcentage de l'ensemble du coût des consultations, soins et actes techniques divers.

Dépôts pharmaceutiques de la mutuelle

La mutuelle favorisera la vente de médicaments génériques et ne délivrera les spécialités que si cela s'avère indispensable. Les adhérents bénéficieront d'un tarif préférentiel, tandis que les non-adhérents pourront acheter les médicaments au prix du marché.

Des remises différentes peuvent aussi être consenties, selon qu'il s'agit de médicaments essentiels génériques ou de spécialités, afin de favoriser l'usage des génériques.

Texte d'appui n° 5



Les modalités de rémunération des prestataires de soins

Les modalités de rémunération des prestataires de soins (ou formations médicales) varient, souvent, selon l'échelon du système de santé qui assure les prestations (poste de santé, centre de santé, hôpital de district, hôpital universitaire ou régional, etc.). Ces modalités de rémunération ont une influence importante sur le comportement des prestataires notamment sur les risques de surprescription de soins. Certaines sont plus avantageuses pour la mutuelle, d'autres bénéficient aux prestataires.

Centres de santé

Au niveau des centres de santé, la facturation peut s'opérer de différentes manières :

- Un forfait par personne inscrite dans le centre. L'adhérent peut s'inscrire dans le centre de santé de son choix, pour autant que ce centre ait signé une convention avec la mutuelle. Le centre de santé s'engage à soigner l'adhérent et les personnes à sa charge pendant une période déterminée (un an généralement) pour une somme forfaitaire donnée, quels que soient les soins requis. Cette somme une fois versée, appartient au centre de santé, même lorsque l'adhérent n'a pas eu recours à ses services. Ce système de forfait permet de limiter la surconsommation, car une fois le montant du forfait fixé, le centre de santé n'a pas intérêt à faire revenir, sauf nécessité, l'adhérent en consultation, ni à lui prescrire des médicaments inutiles. La difficulté majeure consiste à déterminer le montant du forfait.
- Un montant par épisode de maladie. Le centre perçoit un montant qui couvre les consultations, les médicaments et les analyses de laboratoire par cas de maladie. L'avantage d'un tel système est que les patients n'interrompent pas un traitement en cours, par manque de moyens.
- Un montant par consultation : ce montant comprend le coût des médicaments et des analyses de laboratoire. Souvent, la première consultation a un coût plus élevé que les suivantes.
- Un montant par visite médicale : dans ce cas, les médicaments et les analyses de laboratoire sont comptés en supplément.

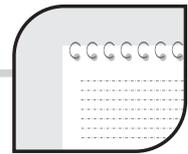
Hôpitaux

Au niveau des hôpitaux, le paiement se fait selon les modalités suivantes :

- Une somme forfaitaire par journée d'hospitalisation. Cette somme comprend aussi bien l'hébergement que les soins médicaux, chirurgicaux, infirmiers, les actes techniques, les médicaments, etc.
- Un montant forfaitaire couvrant toute la durée d'hospitalisation. Dans ce cas, la mutuelle rembourse un montant unique calculé sur la base d'une estimation de la durée moyenne d'hospitalisation.
- Un paiement par prestation ou par acte posé : tous les actes médicaux, l'hébergement et les médicaments sont alors facturés séparément.

Dans le cas d'une hospitalisation, la mutuelle peut limiter le nombre maximum de journées d'hospitalisation remboursables ou fixer un plafond de prise en charge par bénéficiaire. Le reste des frais est alors entièrement à la charge du patient.

Texte d'appui n° 6



Exemple de convention : Convention entre la Mutuelle de santé de Koulahoun et le Centre de santé du village de Koulahoun

Il est établi entre la Mutuelle de santé de Koulahoun, représentée par son Président M. Oscar Ouédraogo d'une part, et, le Centre de santé de Koulahoun représenté par son infirmier M. Jean Compaoré d'autre part, ce qui suit :

Article 1 : Objet

La présente Convention a pour objet de définir les relations de partenariat entre le Centre de santé et la Mutuelle de Koulahoun.

Article 2 : Des engagements

2.1 Le Centre de santé de Koulahoun s'engage à :

- fournir des soins de qualité en matière de consultations curatives, de petites chirurgies (suture, incisions d'abcès, circoncisions), assistance à l'accouchement ;
- appliquer aux bénéficiaires de la mutuelle une réduction de 10 % sur les tarifs de prestations annexés à la présente Convention ;
- présenter, tous les mois, les factures des différents soins donnés, portant la date, le nom du malade, les soins donnés, le tarif... ;
- ne recevoir que les bénéficiaires munis, entre autres, d'une lettre de garantie délivrée par la mutuelle.

2.2 La Mutuelle de Koulahoun s'engage à

- délivrer aux bénéficiaires une lettre de garantie à présenter au Centre de santé ;
- honorer les factures présentées par le Centre de santé, au plus tard, une semaine après leur transmission à la mutuelle. Le paiement se fait en espèces à la caisse de la mutuelle et à la personne dûment mandatée.

Article 3 : Durée

La présente convention porte sur une durée de deux (2) ans renouvelable par tacite reconduction.

Article 4 : Arbitrage

Tout différend entre les deux (2) parties sera réglé à l'amiable. Dans le cas contraire, il sera soumis aux autorités judiciaires compétentes en la matière.

Article 5 : Résiliation

La convention peut prendre fin à tout moment, à condition que la partie qui prend l'initiative de cette rupture, en informe l'autre au moins trois (3) mois à l'avance et par écrit.

Article 6 : Révision

Cette convention peut faire l'objet d'une révision chaque fois que le besoin se fera sentir.

Article 7 : Date d'effet

La présente convention prend effet à partir de sa date de signature par les deux parties.

Koulahoun, le.....

Ont signé :

Pour le Centre
de santé :

L'infirmier

Pour la Mutuelle
de santé :

Le Président

Annexe

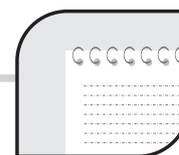
Convention entre la Mutuelle de santé de Koulahoun et le Centre de santé du village de Koulahoun

Tarifification des actes :

Description de l'acte	Tarif (en Francs CFA)
Consultation curative (7 jours)	100
Soins avec pansement	200
Sutures	300
Hébergement des malades	100
Carnet de soins	150
Surveillance de grossesse	300
Surveillance d'accouchement	1.500
Surveillance postnatale de la mère	200
Inscription à la planification familiale	300
Surveillance du développement du nourrisson	100
Carte de vaccination	100

Les adhérents de la mutuelle de santé bénéficieront d'une réduction de 10 % sur les tarifs en vigueur ci-dessus, conformément à la convention.

Texte d'appui n° 7



Les principaux risques liés à l'assurance santé

Certains risques se posent à toute mutuelle naissante ou en croissance. Pour qu'ils ne mettent pas en danger la viabilité de celle-ci, il convient de prendre certaines mesures préventives, car ce qui est vrai en matière de santé vaut également pour la gestion financière : "mieux vaut prévenir que guérir !"

Les risques majeurs auxquels s'expose toute mutuelle soucieuse de proposer ses services à l'ensemble de la population, sans discrimination, peuvent être les suivants :

- le risque de "sélection adverse" ou de présélection spontanée,
- le risque moral,
- le risque de surprescription,
- les fraudes et les abus,
- l'occurrence de cas "catastrophiques".

Le risque de sélection adverse

On parle de sélection adverse lorsque les personnes présentant un risque élevé de maladie s'inscrivent en grand nombre à la mutuelle, et lorsque les personnes en bonne santé ont tendance à s'abstenir de s'affilier. Cette situation peut compromettre la viabilité financière de la mutuelle, car elle entraîne un niveau de dépenses trop élevé par bénéficiaire. A la différence d'un système d'assurance privée à caractère commercial, la mutuelle ne peut pas sélectionner ses bénéficiaires, ni faire payer à chacun d'eux des primes correspondant à leur risque personnel. Pour minimiser ce risque, elle peut toutefois exiger que l'unité minimum d'inscription soit la famille.

A la création de la mutuelle, il est souhaitable, pour la même raison, de réaliser des adhésions simultanées de tous les membres d'un groupe déterminé (par exemple les membres d'une entreprise, d'un syndicat, d'un groupement, d'une association ou d'une communauté religieuse, etc.).

Le risque moral

Le risque moral est la situation souvent observée où des adhérents ou des personnes à leur charge tendent à consommer abusivement ou plus que d'ordinaire, les services proposés à partir du moment où ils sont assurés. Le fait que la cotisation soit indépendante du montant de dépenses prises en charge, incite les individus à consommer des soins au maximum pour "rentabiliser" leurs cotisations.

Pour réduire ce risque, les mesures suivantes peuvent être prises :

- instauration d'une participation aux frais (ticket modérateur) à charge des adhérents ou d'une franchise (seuil à partir duquel les dépenses sont remboursées, le reste étant à la charge des adhérents) ;
- instauration d'un système de référence obligatoire avant d'avoir accès aux soins d'un échelon supérieur, souvent plus coûteux : on peut exiger par exemple, des bénéficiaires qu'ils ne se présentent à l'hôpital qu'après avoir consulté un médecin généraliste dans un centre de santé, et sur recommandation de ce dernier.

Le risque de surprescription

Les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation brutale des coûts de santé en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du seul fait qu'il se sait assuré.

Les mesures suivantes peuvent contribuer à minimiser ce risque :

- rémunération sur la base d'un forfait par personne ou par épisode de maladie ;
- standardisation des schémas de traitements et contrôle de leur respect par le médecin conseil de la mutuelle ;
- obligation pour les prestataires de prescrire des médicaments essentiels génériques ou limitation du remboursement de certains médicaments inscrits sur une liste établie par la mutuelle ;
- instauration de plafonds dans la couverture des soins de santé (par exemple, la mutuelle peut décider de ne couvrir qu'un nombre limité de jours d'hospitalisation le reste étant à la charge de l'adhérent) ;
- instauration de jours de carence ou d'une franchise en cas d'hospitalisation (par exemple le premier jour d'hospitalisation à la charge du patient pour éviter des hospitalisations non indispensables) ;
- obligation pour les adhérents et les personnes à leur charge de respecter les schémas de vaccination disponibles afin de limiter les risques d'épidémies.

Les fraudes et les abus

Une mutuelle de santé est exposée aux risques de fraudes et d'abus de ses adhérents, surtout lorsqu'elle est de taille importante. Les fraudes et abus résultent souvent de la pression qui peut s'exercer sur un adhérent de la part de sa famille, de son cercle d'amis ou de son voisinage.

Il peut se produire également qu'un adhérent opère une sélection au sein de sa famille en ne cotisant pas pour tous ses enfants, par exemple. Lorsque l'un de ceux qui ne sont pas couverts tombe malade, la tentation sera alors grande de le faire passer pour l'un de ceux inscrits sur la carte d'adhérent auprès du personnel de santé.

Pour lutter contre ce risque, les mesures suivantes peuvent être appliquées :

- assurer un contrôle avant le recours aux soins : le malade se présente devant les responsables de sa mutuelle, qui lui délivreront une lettre de garantie, avant de recourir aux soins ;
- assurer un contrôle après le recours aux soins : les responsables de la mutuelle vérifient que les personnes pour lesquelles les prestataires de soins facturent des soins, sont réellement tombés malade durant la période concernée. La fraude n'est pas évitée, mais elle peut être repérée et sanctionnée ;
- imposer une photo d'identité de l'adhérent et de ses personnes à charge sur la carte d'adhérent. Cette solution s'avère cependant souvent onéreuse et peut freiner les adhésions.

L'occurrence de cas "catastrophiques"

Ce risque concerne les mutuelles qui couvrent les gros risques, sans plafonnement des prises en charge. Il intervient essentiellement lorsqu'une mutuelle débute ses activités : si une dépense de santé exceptionnellement élevée survient à ce moment, la mutuelle sera très rapidement en situation de crise financière.

La première réponse à ce risque est la constitution de réserves financières importantes. L'accès à un fonds de garantie ou la possibilité de se réassurer constituent une protection supplémentaire et efficace.

Ensemble modulaire de formation n° 2 :
Mise en place d'une mutuelle de santé

MODULE 1

**Les étapes
de la mise en place
d'une mutuelle
de santé**

Sommaire

Module 1 : Les étapes de la mise en place d'une mutuelle de santé

Déroulement de la formation		Page
1.	Le processus de mise en place d'une mutuelle de santé.....	175
1.1	Importance du processus de mise en place d'une mutuelle de santé	175
1.2	Les différentes étapes du processus de mise en place d'une mutuelle de santé	176
2.	Etape 1 : Prise de conscience et décision de mettre en place une mutuelle de santé	177
2.1	Sensibilisation et animation au niveau de la population cible	177
2.2	La vérification des conditions préalables	178
2.3	La constitution d'un groupe de travail représentatif de la population cible	179
3.	Etape 2 : L'étude du contexte	181
4.	Etape 3 : Définition de la formule mutualiste	183
5.	Etape 4 : Constitution de la mutuelle de santé	186
5.1	Elaboration des statuts et du règlement intérieur	186
5.2	L'Assemblée générale constitutive (AGC)	187
6.	Clôture du module.....	188
Supports pédagogiques		
Texte d'appui n° 1 :	Les préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé	191
Texte d'appui n° 2 :	Etude du contexte : les informations à recueillir.....	193
Texte d'appui n° 3 :	Quels types de soins la mutuelle doit-elle couvrir ?	197
Texte d'appui n° 4 :	Le calcul des cotisations.....	201

Texte du travail de groupes n° 2 :	La mise en place de la Mutuelle de santé de Mogbala.....	205
Corrigé du travail de groupes n° 2:	La mise en place de la Mutuelle de santé de Mogbala.....	213
Texte d'appui n° 5 :	Statut de la Mutuelle de Fandène.....	217
Texte d'appui n° 6 :	Règlement intérieur de la Mutuelle de Fandène.....	219
Texte d'appui n° 7 :	L'Assemblée générale constitutive	221

1

Les étapes de la mise en place d'une mutuelle de santé

Objectifs

A la fin de ce module, les participants seront capables :

- de décrire le processus de mise en place d'une mutuelle de santé ;
- de réaliser une étude du contexte dans lequel la mutuelle sera créée ;
- d'analyser les facteurs à prendre en compte pour définir une formule mutualiste adaptée à un contexte donné ;
- de réaliser une étude de faisabilité financière de la mise en place d'une mutuelle de santé ;
- de préparer et tenir l'AGC d'une mutuelle de santé.

Groupes cibles

- Promoteurs des mutuelles de santé
- Gestionnaires des mutuelles de santé

Pré-requis

Module "Fondements et spécificités des mutuelles de santé"

Durée

12h 45

Contenu

- Importance du processus de mise en place d'une mutuelle de santé
- Les différentes étapes du processus de mise en place d'une mutuelle de santé :
- Etape 1 : Prise de conscience et décision de mettre en place une mutuelle de santé
- Etape 2 : Etude du contexte
- Etape 3 : Définition de la formule mutualiste
- Etape 4 : Constitution de la mutuelle de santé

Méthodes

- Exposé
- Plénière (travail et synthèse)
- Travail de groupes

Supports matériels

- Méta-plan
- Tableau noir
- Tableau papier
- Rétroprojecteur

Supports pédagogiques

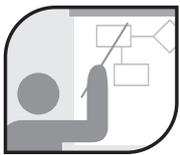
- Texte du travail de groupes
- Textes d'appui



Le processus de mise en place d'une mutuelle de santé

1.1 Importance du processus de mise en place d'une mutuelle de santé

a. Exposé (0h 15)



Faites un exposé en vous inspirant du texte ci-dessous :

La création d'une mutuelle de santé est bien souvent un processus lent qui passe par plusieurs étapes et se heurte à de nombreuses difficultés : insuffisance des informations sanitaires et financières disponibles, hostilités de certains responsables, etc.

Cette phase de mise en place de la mutuelle est déterminante. Toute erreur dans le choix des activités, dans la définition de l'organisation ou encore dans le calcul des cotisations pénalisera la viabilité future de la mutuelle.

La mise en place de la mutuelle sera suivie par une phase de croissance, qui s'étendra jusqu'à l'atteinte du seuil d'équilibre. Cette seconde phase est elle-même longue ; elle s'étend généralement sur 2 à 3 ans. Elle permet d'affiner les hypothèses retenues durant la mise en place grâce à l'expérience acquise au cours des premières années de fonctionnement.

La phase de croissance de la mutuelle sera d'autant plus rapide et harmonieuse que la mise en place aura été réalisée avec soin.

1.2 Les différentes étapes du processus de mise en place d'une mutuelle de santé

b. Travail en plénière (0h 30)



Demandez aux participants d'inscrire sur une fiche cartonnée (une idée par fiche) les différentes étapes du processus de mise en place d'une mutuelle de santé. Regroupez les réponses au moyen du métaplan, en demandant aux participants d'indiquer dans quel ordre se présentent ces étapes.

Complétez éventuellement les réponses avec les éléments suivants :

Etape 1 : *Prise de conscience par les adhérents potentiels des difficultés et des besoins partagés en matière de santé, et décision de mettre en place une solution commune, la mutuelle de santé :*

- sensibilisation et animation au niveau de la population cible,
- vérification que les conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé sont réunies,
- constitution d'un groupe de travail.

Etape 2 : *Etude du contexte afin de disposer de l'ensemble des informations nécessaires pour déterminer les caractéristiques de la future mutuelle.*

Etape 3 : *Définition de la formule mutualiste la plus adaptée : services, organisation et fonctionnement de la mutuelle :*

- choix des risques à couvrir et des prestations à offrir,
- choix des prestataires de soins,
- définition de l'organisation interne,
- définition des modalités de fonctionnement,
- établissement du budget.

Etape 4 : *Constitution de la mutuelle et démarrage des activités :*

- préparation et tenue de l'AGC,
- démarrage des activités.

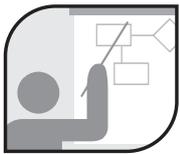
Indiquez que la vérification des conditions préalables (étape 1) et les éléments abordés dans les étapes 2 et 3, constituent l'"étude de faisabilité" de la création de la mutuelle.



Etape 1 : Prise de conscience et décision de mettre en place une mutuelle de santé

2.1 Sensibilisation et animation au niveau de la population cible

c. Exposé (0h 15)



Faites un exposé en vous aidant du texte suivant :

Cette première étape repose sur l'organisation de séances de sensibilisation et d'animation avec, notamment :

- *les associations locales. Une attention particulière doit être accordée aux groupements d'entraide (associations féminines, tontines et autres groupements ayant une caisse d'entraide),*
- *les autorités locales : traditionnelles, administratives et religieuses.*

L'objectif est d'engager la population cible dans un processus de réflexion basé sur l'observation et sur l'analyse des besoins en matière de santé tels qu'ils sont exprimés par les intéressés eux-mêmes.

La sensibilisation et l'animation sont continues et interviennent dans toutes les étapes de mise en place de la mutuelle. Elles joueront un rôle important lors de la troisième étape où la population cible devra participer activement au choix des prestations et des cotisations correspondantes.

2.2 La vérification des conditions préalables

d. Travail en plénière (0h 30)



Demandez aux participants de citer les conditions préalables qui doivent être satisfaites pour mettre en place une mutuelle de santé. Recueillez les réponses sur le tableau papier. Complétez éventuellement en vous aidant des éléments ci-dessous et du texte d'appui n° 1.

Les principales conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé sont l'existence :

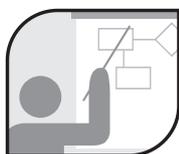
- *de liens de solidarité entre les adhérents. Ces liens constituent le fondement de la mutuelle. Sans une réelle volonté d'entraide face à un risque commun, les adhérents seront peu enclins à s'impliquer activement dans la création et le fonctionnement de leur mutuelle ;*
- *d'un besoin prioritaire de protection face au risque maladie. Les adhérents ne seront réellement motivés que si le risque financier lié à la maladie est perçu comme l'un des plus importants auxquels ils sont confrontés ;*
- *de services de santé de qualité dans un environnement proche des populations cibles. Il importe que les problèmes rencontrés par les populations soient liés à l'accessibilité financière aux services de santé et non à l'éloignement de ces services, à l'insuffisance de leur qualité, etc. Une mutuelle peut créer une formation médicale mais il s'agit d'un projet lourd qu'il n'est pas toujours possible de réaliser ;*
- *d'une confiance importante entre les adhérents et les promoteurs du système. C'est un facteur déterminant, surtout si la population cible a connu auparavant des échecs dans des expériences similaires (coopératives de service, caisses d'épargne et de crédit, etc.) ;*
- *d'une dynamique de développement. L'existence d'une dynamique de développement économique favorise, surtout dans les régions rurales, l'introduction d'un financement mutualiste des services de santé. Les activités économiques rentables donnent aux populations des ressources financières qui facilitent le paiement des cotisations.*

Distribuez le texte d'appui n° 1. Insistez sur le fait qu'à l'issue de cette étape la mise en place d'une mutuelle de santé n'est pas encore la solution retenue.

Il se peut, par exemple, que les besoins exprimés par les populations ne coïncident pas avec le champ d'action d'une mutuelle ou encore qu'il n'existe pas de lien d'entraide et de solidarité. Si tel était le cas, le processus de mise en place de la mutuelle s'arrêterait là, pour s'orienter éventuellement vers un autre système de prévoyance : assurance gérée par un prestataire de soins, prépaiement, etc.

2.3 La constitution d'un groupe de travail représentatif de la population cible

e. Exposé (0h 15)



Faites un exposé en vous inspirant du texte suivant :

Certains promoteurs souhaitent réaliser seuls l'analyse des besoins et de l'information. Ils proposent ensuite aux futurs adhérents un système "clés en main". Cette démarche aboutit le plus souvent à un décalage entre les attentes de la population cible et les objectifs fixés par les promoteurs.

Comme tous les membres de la population cible ne peuvent pas, pour des raisons évidentes, être impliqués dans l'ensemble des travaux à réaliser pour créer une mutuelle, il est intéressant que cette même population désigne un groupe de travail. Les membres de ce groupe devront :

- *participer aux études préparatoires ;*
- *restituer les résultats de leurs travaux à la population cible et assurer une animation et une information continues ;*
- *recueillir les avis des adhérents potentiels et faciliter le processus de décision collective quant aux choix à effectuer.*

Pour accomplir les tâches qui leur sont assignées, les membres du groupe de travail devront disposer d'un certain niveau de scolarisation mais aussi d'une grande confiance de la population. Ils doivent également recevoir une première formation afin d'acquérir les connaissances de base quant aux principes et modalités de fonctionnement d'une mutuelle de santé. Cette formation peut se réaliser sous différentes formes telles que la participation à des sessions organisées par des organismes de développement ou la visite d'expériences déjà existantes.

Les membres du groupe de travail devront en particulier connaître :

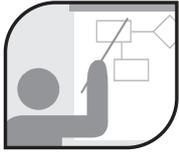
- *les principes de base de la mutualité,*
- *le mode de fonctionnement et les spécificités d'une mutuelle de santé,*
- *le type de services qu'une mutuelle peut offrir,*
- *les modalités d'organisation et de fonctionnement des mutuelles de santé.*

Les connaissances initiales seront approfondies par l'apprentissage que constitue la participation aux différentes étapes de mise en place de la mutuelle.

3

Etape 2 : L'étude du contexte

f. Exposé (0h 15)



Faites un exposé en vous inspirant du texte suivant :

Il importe de bien connaître le contexte dans lequel la mutuelle va œuvrer en disposant d'informations sur les aspects démographiques, socio-économiques, sanitaires, financiers et juridiques. Ces données sont nécessaires pour apprécier la faisabilité globale du projet, plus particulièrement pour déterminer les besoins concrets de la population, réaliser les projections financières et définir les prestations à octroyer.

Il faut se limiter strictement à la recherche des informations pratiques et utiles pour la mise en place d'une mutuelle de santé. Dans de nombreux cas, l'expérience montre que cette précaution n'est pas prise en compte. Beaucoup d'information est accumulée sans être utilisée (information inutile, surabondante ou inexploitable).

Avant d'entreprendre tout travail d'enquête, il convient également de contacter différentes institutions – administration, institutions universitaires, autorités locales, centres de documentation – pour recueillir les informations déjà disponibles.

g. Travail de groupes n° 1 (2h 00)



Présentez sur un tableau papier les différents éléments de l'étude du contexte :

- aspects démographiques,
- offre de soins,
- cadre juridique et institutionnel,
- formes de solidarité et d'organisation de la population,
- revenus des familles et dépenses de santé,
- situation sanitaire et besoins en matière de santé,
- financement des soins,
- autres : moyens matériels, humains et divers disponibles.

Constituez des groupes de travail et demandez aux participants de préciser pour chacun de ces éléments :

- Quelles sont les différentes informations à recueillir ?
- A quelles fins ces informations sont utilisées (par exemple : estimer le nombre de bénéficiaires, calculer les cotisations, etc.) ?
- Après de quelles sources ces informations pourront-elles être obtenues ?

h. Synthèse en plénière (1h 30)



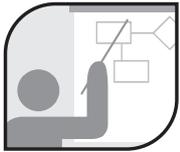
Faites présenter les résultats du travail de groupes n° 1 par un membre de chaque groupe.

Distribuez le texte d'appui n° 2 portant sur l'étude de contexte. Faites-le lire et discuter.

4

Etape 3 : Définition de la formule mutualiste

i. Exposé (0h 15)



Faites un exposé en vous inspirant du texte suivant :

L'étape précédente sur l'étude du contexte avait pour objectif de réunir toutes les informations nécessaires pour définir les activités, l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle de santé. Il s'agit maintenant d'analyser ces informations afin d'identifier la formule mutualiste la plus adaptée aux besoins mais aussi au contexte et aux habitudes locales.

Ce travail d'analyse est réalisé par le groupe de travail avec l'appui éventuel d'intervenants extérieurs. Il est cependant nécessaire de partager régulièrement cette analyse avec la population cible, par le biais de réunions d'animation, afin :

- *de recueillir les opinions de l'ensemble des bénéficiaires potentiels ;*
- *d'avoir une meilleure connaissance de la perception que la population a de sa situation sanitaire, de ses difficultés, etc. ;*
- *d'impliquer directement les futurs adhérents dans la préparation des choix qui découleront de cette analyse. Cette implication facilitera la prise de décision lors de l'AGC.*

Les choix à réaliser avant que la mutuelle ne démarre ses activités portent sur :

- *les risques à couvrir, les prestations et les cotisations correspondantes,*
- *les prestataires de soins avec qui la mutuelle établira une convention,*
- *l'organisation interne de la mutuelle de santé,*
- *les modalités pratiques de fonctionnement de la mutuelle.*

Au cours de cette étape seront également élaborés un programme d'action et un budget prévisionnel, lequel va traduire en termes financiers l'ensemble des choix réalisés.

j. Travail en plénière (0h 30)



Posez la question suivante aux participants :

“Quels sont les éléments à prendre en compte pour choisir les soins que la mutuelle couvrira ?”

Complétez les réponses à l’aide des éléments ci-dessous et du texte d’appui n° 3 que vous distribuerez ensuite.

La couverture que la mutuelle offre doit être :

- **pertinente** : les soins couverts doivent correspondre à des besoins réels de la population cible en matière de santé et leur prise en charge par le biais d’une assurance constituer un avantage réel pour celle-ci ;
- **visible** : il est nécessaire que les adhérents puissent se rendre compte rapidement des avantages procurés par la mutuelle. Dans le cas contraire, le risque de démotivation est important face à l’effort que demande le paiement régulier des cotisations ;
- **d’un coût accessible** : il importe que le montant de la cotisation soit compatible avec la capacité contributive des adhérents potentiels.

k. Travail en plénière (1h 30)



Indiquez que la détermination des prestations et des cotisations correspondantes constitue une activité centrale dans la mise en place d’une mutuelle. Il s’agira d’établir plusieurs formules de couverture des dépenses de santé qu’il faudra comparer aux besoins des adhérents potentiels ainsi qu’à leur capacité contributive.

Organisez un débat autour de la question suivante :

“Quelles sont les différentes démarches ou méthodes qui peuvent être utilisées pour déterminer le montant des cotisations ?”

Ordonnez les réponses en vous référant aux divers modes de calcul présentés dans le texte d’appui n° 4. A l’aide de questions, aidez les participants à compléter leurs réponses de manière à ce que l’ensemble des points soulevés dans ce texte d’appui apparaissent.

Distribuez ensuite le texte d’appui n° 4. Faites le lire et effectuez les rapprochements avec les réponses qui ont été données par les participants.

I. Travail de groupes n° 2 (2h 00)



Distribuez le texte du travail de groupes n° 2. Faites le lire et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.

m. Synthèse en plénière (1h 00)



Deux méthodes sont possibles pour cette synthèse :

- Si les groupes sont nombreux, tirez-en un au sort. La synthèse se réalisera sous la forme d'un jeu de rôles où le groupe tiré au sort jouera le rôle consistant à présenter à la population ses conclusions concernant le système mutualiste à mettre en place. Les autres participants joueront le rôle de la population et défendront leurs points de vue en se basant sur les résultats de leur propre groupe de travail.
- Si les groupes sont peu nombreux, demandez à chacun d'eux de présenter ses conclusions et organisez un débat autour des différents scénarios possibles.

Distribuez ensuite le corrigé du travail de groupes n° 2.

5

Etape 4 : Constitution de la mutuelle de santé

Expliquez aux participants que cette dernière étape conclut les précédentes et marque la naissance effective de la mutuelle de santé. Elle comprend :

- *l'élaboration d'un projet de statuts,*
- *la rédaction d'un projet de règlement intérieur,*
- *l'établissement de l'ordre du jour de l'AGC,*
- *la convocation de l'AGC,*
- *la tenue de l'AGC.*

5.1 Elaboration des statuts et du règlement intérieur

n. Travail en plénière (1h 00)



Posez aux participants les questions ci-dessous. Notez les réponses au fur et à mesure sur le tableau papier et complétez s'il y a lieu en vous référant aux propositions suivantes :

“Quels sont les différents points qui doivent figurer dans les statuts ?”

- *la dénomination et le siège de la mutuelle,*
- *les objectifs poursuivis,*
- *les services proposés,*
- *les conditions d'adhésion et de couverture des personnes à charge,*
- *les modalités de fixation des cotisations, voire leur montant,*
- *les modalités et la procédure relatives à l'élection des membres du conseil d'administration,*
- *les règles de fonctionnement de la mutuelle non prévues par la loi ou les règlements officiels.*

“Quelle est l’importance des statuts de la mutuelle de santé ?”

Les règles relatives aux objectifs et au fonctionnement des mutuelles sont définies par les statuts qui déterminent les droits et obligations des adhérents et des responsables et fixent les modalités garantissant un fonctionnement démocratique et solidaire (divers organes de gestion à créer, leur composition, leurs compétences, etc.).

Les statuts constituent le contrat collectif entre les adhérents et leur mutuelle. Ils servent de référence dans les relations entre la mutuelle et les tiers : l’administration, les prestataires de soins avec qui des contrats sont passés, les individus voulant adhérer à la mutuelle, etc.

“Quelle est la différence entre les statuts et le règlement intérieur ?”

Le règlement intérieur complète les statuts en précisant un certain nombre de dispositions concernant le fonctionnement pratique de la mutuelle mais ne figurant pas dans les statuts.

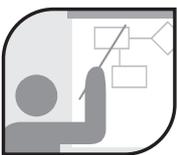
o. Travail individuel (0h 30)



Demandez aux participants de lire les statuts et le règlement intérieur distribués en textes d’appui n° 5 et 6, et de relever les différences et les complémentarités entre les deux textes.

5.2 L’Assemblée générale constitutive

p. Exposé (0h 15)



Faites un exposé en vous aidant du texte ci-dessous :

Pour des raisons d’efficacité, les initiateurs du projet mettront au point les documents de base qu’ils soumettront ensuite à la population concernée réunie en AGC.

Cette AGC a pour buts :

- d'informer les adhérents potentiels sur le projet de création d'une mutuelle :
 - ▶ sa philosophie,
 - ▶ ses objectifs globaux,
 - ▶ ses avantages et inconvénients,
 - ▶ son mode de gestion, etc. ;
- de discuter des différentes options contenues dans le projet ;
- de prendre les décisions définissant l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle (statuts et règlement intérieur, élection des organes, etc.).

Distribuez et commentez le texte d'appui n° 7 sur l'AGC.



Clôture du module

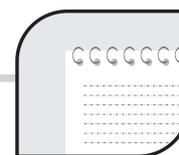
q. Synthèse en plénière (0h 15)



Clôturez le module en rappelant les différentes étapes du processus de mise en place d'une mutuelle de santé.

Supports pédagogiques

Texte d'appui n° 1



Les préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé

Une mutuelle de santé n'est pas toujours le système de prévoyance le mieux adapté à un contexte donné. Une première activité consiste à vérifier l'existence d'un certain nombre de conditions nécessaires à la création d'une mutuelle.

Des liens de solidarité doivent exister entre les futurs adhérents

La solidarité est un facteur indispensable à tout regroupement d'entraide. Elle est la base fondamentale de la mutualité. Les liens de solidarité nécessaires à la mise en place d'une mutuelle de santé peuvent découler de plusieurs situations : habitants d'un village ou quartier, travailleurs d'une entreprise, membres d'un mouvement social, etc.

Les adhérents potentiels doivent éprouver des difficultés financières pour accéder aux soins de santé

La future mutuelle de santé apportera, principalement, une solution aux problèmes financiers d'accès aux soins de santé. Cette difficulté constitue le premier élément pouvant justifier la création d'une mutuelle.

Pour que la population visée éprouve un véritable intérêt pour la mutuelle, il est nécessaire non seulement que celle-ci réponde à un besoin réel mais aussi que ce besoin soit considéré comme prioritaire ou pour le moins comme important ; cette condition n'est pas toujours remplie au début du projet. Il faut alors aider les populations à clarifier et à exprimer leurs besoins sans en susciter de manière artificielle.

La population cible doit avoir confiance dans les initiateurs du projet

Les personnes susceptibles d'adhérer à la future mutuelle doivent faire confiance aux initiateurs du projet. En effet, elles vont confier leurs cotisations à l'organisation en gestation. De ce fait, les antécédents relatifs aux relations entre la population et les initiateurs du projet constitueront des éléments importants pour apprécier les possibilités de création d'une mutuelle.

La confiance de la population dans le projet sera aussi conditionnée par les succès ou les échecs qu'elle aura connus dans le même domaine ou dans des expériences similaires (coopératives de services, caisses d'épargne et de crédit, etc.). Ces dernières devront donc être analysées pour juger de la faisabilité du projet de création de la mutuelle et définir la démarche à adopter.

L'attitude des autorités locales (officielles, traditionnelles, etc.) vis-à-vis du projet sera également importante ; les initiateurs du projet auront donc généralement intérêt à prendre rapidement contact avec elles. Toutefois, une attitude positive de leur part ne constitue pas une condition indispensable au démarrage et au développement de la mutuelle.

Des services de santé de qualité doivent être disponibles

La mutuelle doit compter sur une offre de services de santé permettant de faire face aux principaux besoins de ses bénéficiaires. Ces services peuvent être fournis par des centres de santé, des hôpitaux ou par des professionnels de la santé du secteur privé opérant individuellement (médecins, infirmiers, physiothérapeutes, etc.).

Ces services doivent être offerts dans des lieux pas trop éloignés de ceux de résidence et de travail de la population concernée par la mutuelle. Ils doivent être de qualité. Ce doit être avant tout pour des raisons d'ordre financier (capacité insuffisante à payer les soins) que la population a un accès limité aux soins de santé.

Cependant, il se pourrait que certains centres de santé ne soient pas bien appréciés des populations parce qu'ils sont, par exemple, régulièrement confrontés à des pénuries de médicaments ou l'accueil n'y est pas toujours convenable (souvent en relation avec le niveau des salaires des personnels, l'état des équipements, etc.). Il faudra alors voir si la mutuelle peut apporter une réponse à ces déficiences (meilleure disponibilité financière permettant d'avoir un stock de médicaments, hausse de la rémunération du personnel afin qu'il soit plus motivé, etc.).

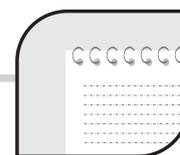
La mutuelle ne créera ses propres centres de santé ou hôpitaux que s'il n'existe pas de prestataires de soins proches de la population et qui peuvent lui fournir des services de qualité (éventuellement avec l'aide de la mutuelle). Si ces services existent mais sont d'un coût trop élevé, la création de formations médicales rattachées à la mutuelle peut, également, être envisagée.

Les formations médicales créées sur l'initiative de la mutuelle devront avoir une personnalité juridique distincte de celle-ci. En outre, il importe de bien connaître et distinguer les résultats financiers de chacune des structures, de séparer leur gestion et de ne pas confondre les responsabilités de leur direction respective.

Une dynamique de développement socio-économique est engagée

L'existence d'une dynamique de développement économique facilite, surtout dans les régions rurales, l'introduction d'un financement mutualiste des services de santé. Les activités économiques rentables procurent aux populations des ressources financières qui, si elles ne leur permettent pas de couvrir individuellement le coût de leurs soins de santé, peuvent leur permettre de le faire, de manière collective, par le biais de la solidarité entre les malades et les bien portants.

Texte d'appui n° 2



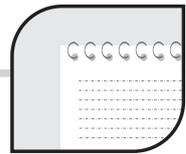
Etude du contexte : les informations à recueillir

Eléments à étudier	Objectifs	Sources
<p>Aspects démographiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'effectif et la croissance de la population ✓ la répartition de la population de la zone par tranches d'âge et par sexe ✓ la taille moyenne et la composition des familles (hommes, femmes, enfants, autres individus à charge) ✓ la dynamique des mouvements migratoires 	<p>Connaître la population cible pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ établir les cotisations ✓ identifier l'opportunité d'une adhésion individuelle ou familiale ✓ suivre le taux de pénétration de la mutuelle ✓ etc. 	<p>Recensements nationaux ou régionaux réalisées par l'Etat ou par d'autres institutions (centres d'appui aux producteurs, ONG, etc.).</p> <p>Enquêtes auprès des familles (taille et composition des familles).</p>
<p>Offre de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ nombre et répartition géographique des prestataires de soins ✓ nature des services de santé (consultations, hospitalisations, maternité, etc.) ✓ qualité des soins ✓ effectifs et qualifications du personnel de santé ✓ perception des prestataires par la population ✓ distances entre les prestataires de soins et la population cible (rayon d'action des prestataires) ✓ circuits de distribution des médicaments, disponibilité en médicaments essentiels et génériques. 	<p>Identifier le type de services de santé susceptibles d'être couverts par la mutuelle.</p> <p>Identifier les prestataires susceptibles de fournir les soins aux adhérents de la mutuelle.</p>	<p>Direction régionale de la santé (ou institution administrative équivalente).</p> <p>ONG et autres organisations œuvrant dans le domaine sanitaire.</p> <p>Enquêtes auprès des familles : prestataires de soins les plus appréciés.</p>

Eléments à étudier	Objectifs	Sources
<p>Cadre juridique et institutionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ textes permettant de donner une personnalité juridique à la mutuelle ✓ textes concernant la politique de santé : organisation des services de santé, prévention, etc. ✓ textes relatifs à la politique des médicaments (y compris les lois et règlements fixant les prix) 	<p>Connaître le cadre législatif et institutionnel qui va régir le fonctionnement de la mutuelle.</p>	<p>Autorités publiques.</p> <p>ONG, coopératives et autres formes associatives locales.</p> <p>Direction régionale de la santé ou équivalent.</p>
<p>NB : L'existence d'une législation propre à la mutualité, comme par exemple un code de la mutualité, n'est pas indispensable à la création d'une mutuelle. Selon les pays, cette dernière peut prendre une autre forme juridique : coopérative, association à but non lucratif, etc.</p>		
<p>Formes de solidarité et d'organisation de la population :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ formes d'organisations actuelles et passées de la population (communautés de base, comités de quartier, coopératives, groupements, associations, tontines, etc.) ✓ organisation et fonctionnement des associations d'entraide locales : organes, modalités de collecte des cotisations, problèmes rencontrés, etc. ✓ pratiques d'entraide et de solidarité déjà existantes en matière de santé 	<p>Identifier la possibilité de mettre à profit le savoir-faire local en matière d'organisation et les pratiques actuelles d'entraide et de solidarité.</p>	<p>Associations, coopératives, tontines, caisses d'entraides, etc.</p>

Éléments à étudier	Objectifs	Sources
<p>Revenus des familles et dépenses de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ activités économiques de la population ✓ nature de la production agricole, part commercialisée et part autoconsommée ✓ niveau des revenus au sein de la population, leur répartition et l'évolution du pouvoir d'achat ✓ budget familial annuel et part de ce budget consacrée à la santé 	<p>Identifier les périodes favorables au versement de cotisations.</p> <p>Déterminer la capacité contributive : montant moyen que les familles peuvent verser sous forme de cotisation.</p>	<p>Enquêtes nationales et/ou régionales.</p> <p>ONG et projets locaux.</p> <p>Enquêtes auprès des familles (complexes à réaliser).</p>
<p>Situation sanitaire et besoins en matière de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ besoins prioritaires en matière de santé ✓ taux de fréquentation des prestataires de soins (par services) ✓ affections courantes ✓ taux de mortalité/morbidité (par maladies infectieuses et parasitaires) ✓ taux de dénutrition ✓ mortalité infantile 	<p>Identifier les risques prioritaires à couvrir.</p> <p>Disposer des paramètres du calcul des cotisations.</p>	<p>Direction régionale de la santé (ou institution administrative équivalente).</p> <p>Prestataires de soins : registres de consultation, hospitalisation, maternité, etc.</p>
<p>Financement des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ modalités de fonctionnement et de financement des frais de santé ✓ coût des soins ✓ initiatives en matière de financement de la santé 	<p>Disposer des paramètres du calcul des cotisations.</p> <p>Choisir les modalités d'octroi des prestations et de rémunération des prestataires.</p>	<p>Normes OMS, ONG et autres organisations œuvrant dans le domaine sanitaire.</p> <p>Enquêtes auprès des familles et des utilisateurs des services de santé.</p>
<p>Autres éléments :</p> <p>Identification des moyens matériels (locaux, etc.), humains (compétences locales, etc.) et autres (institutions bancaires, fournisseurs de biens et services (imprimeries, etc.).</p>		

Texte d'appui n° 3



Quels types de soins la mutuelle doit-elle couvrir ?

Une mutuelle de santé n'annule pas le coût des soins. Elle en modifie les modes de prise en charge grâce à un système de prévoyance et de mutualisation des risques.

En d'autres termes, la cotisation demandée aux adhérents doit correspondre aux coûts des soins qui seront couverts par la mutuelle. Par conséquent, une couverture de tous les types de soins et services de santé s'avère peu réaliste car elle demanderait une cotisation trop élevée, donc inaccessible aux adhérents qui ont les revenus les plus faibles. Il est donc nécessaire de sélectionner, avec l'ensemble des adhérents potentiels, les soins qui seront couverts par la mutuelle. Ce choix conditionnera la viabilité de la mutuelle.

Pour mieux saisir l'incidence de ce choix, il faut également s'arrêter sur les raisons qui motivent un chef de famille à adhérer à une mutuelle de santé. Deux motifs peuvent l'inciter à verser une cotisation :

- protéger les membres de sa famille et lui-même, contre certains risques (motivation individuelle) ;
- participer à un mouvement d'entraide et de solidarité qui assure une protection collective (motivation collective).

Ces deux motivations sont étroitement liées : un individu est-il prêt à être solidaire et à adhérer aux valeurs mutualistes s'il n'a pas l'impression d'en retirer un certain bénéfice en matière de satisfaction de ses propres besoins de santé ? En fait, la solidarité sera d'autant plus durable que chacun y percevra, d'une manière ou d'une autre, un moyen de satisfaire ses propres intérêts.

Le choix des soins à couvrir doit satisfaire un certain nombre de critères pour que la formule mutualiste promue soit viable et attractive.

La couverture des soins doit être pertinente

Les soins à couvrir doivent effectivement correspondre à des situations de risque perçues par les adhérents. Ces risques sont généralement répartis en deux grandes catégories : les petits risques (soins de santé primaires) et les gros risques (soins de santé secondaires et tertiaires).

Les promoteurs d'une mutuelle de santé sont fréquemment divisés quant à la pertinence de couvrir l'une ou l'autre de ces deux catégories de risques.

Les soins de santé primaires constituent la première porte d'entrée dans le système sanitaire. Leurs coûts sont relativement peu élevés. Une couverture des petits risques vise avant-tout à favoriser un accès rapide aux soins, afin d'éviter une dégradation de l'état du malade.

Cependant, la couverture des soins de santé primaires par un système d'assurance se heurte à deux contraintes majeures :

- En raison de la fréquence rapprochée de survenue de ces risques, elle nécessite un montant de cotisation assez élevée. De ce fait, l'accès à la mutuelle sera difficile pour les familles les plus démunies.
- La couverture des petits risques est particulièrement soumise aux phénomènes de sélection adverse et de risque moral. La viabilité financière de la mutuelle en sera fragilisée.

A l'opposé, la couverture des gros risques a pour objectif d'organiser une protection contre les soins les plus coûteux et donc ceux qui posent le plus de difficultés financières aux familles, notamment lors de la survenue de cas de maladies graves et urgents.

Une couverture unique des gros risques permet de fixer une cotisation moins élevée, en dépit du coût des actes, car la fréquence de survenue de l'affection est faible. En revanche, la couverture des gros risques est soumise aux contraintes suivantes :

- La fréquence des hospitalisations et des actes chirurgicaux est peu élevée. Suivant les contextes, on peut estimer que sur 100 personnes, entre 4 et 8 seulement risquent de devoir recourir aux soins de santé secondaires dans l'année. La mutuelle sera alors peu visible (critère suivant) d'où un fort risque de démotivation des adhérents.
- Si les familles éprouvent des difficultés pour payer les soins de santé primaires, la mutuelle ne réglera pas les problèmes de recours tardifs aux soins et d'aggravation des cas de maladie.
- Une mutuelle qui débute ses activités (ou qui est de petite taille) peut être mise en faillite suite à des hospitalisations coûteuses successives.

La protection apportée doit être visible

Même s'ils ont compris les principes d'entraide et de prévoyance, les adhérents d'une mutuelle doivent pouvoir constater que leur système fonctionne, parce que :

- Le paiement d'une cotisation régulière impose une certaine contrainte : il faut "sortir de l'argent de sa poche" fréquemment ou s'acquitter d'un montant assez important chaque année.
- La cotisation est versée dans un fonds commun et beaucoup de groupements ont connu dans le passé des problèmes de mauvaise gestion, volontaire ou non. Une méfiance risque de s'instaurer rapidement si les prises en charge sont rares.
- L'un des principes de base de la mutuelle est sa gestion démocratique. Son application nécessite de réunir régulièrement ses adhérents. Ces derniers seront cependant peu motivés à participer si leur système est peu actif.

Par conséquent, une mutuelle qui choisit de couvrir des risques dont la fréquence de survenue est très faible (grosses hospitalisations, chirurgie) court le danger d'être peu vivante et finalement peu attractive. A l'inverse, une mutuelle qui couvre les petits risques sera très active, donc très visible,

mais sera peut-être peu accessible aux familles les plus démunies et sera d'une gestion plus délicate.

Afin d'assurer une certaine visibilité, une mutuelle a intérêt à ce qu'un nombre suffisamment important de familles bénéficient, chacune dans l'année, d'au moins une prestation. La couverture des petites hospitalisations et des accouchements répond assez bien à ce critère.

Prenons l'exemple d'une mutuelle de 170 adhérents, constituant avec leurs personnes à charge, 1.000 bénéficiaires. Suite au travail d'étude, les promoteurs de la mutuelle estiment les fréquences des petites hospitalisations à 8 % et celles des accouchements à 4,5 %.

Pour 1.000 bénéficiaires, le nombre de cas attendus pour ces deux risques serait par an de : $(1.000 \times 8 \%) + (1.000 \times 4,5 \%) = 125$ cas.

Sur 170 familles, on peut penser que plus de la moitié bénéficiera des prestations de leur mutuelle dans l'année. Ces familles auront testé elles-mêmes les avantages de la mutuelle mais aussi, à condition que les adhérents se connaissent et se côtoient régulièrement, montré aux autres que le système fonctionne et remplit ses engagements.

La protection qu'une mutuelle peut proposer à ses adhérents dépend en grande partie de leurs revenus, surtout de leur capacité contributive et, plus globalement, de leur pouvoir d'achat en matière de santé.

Un montant de cotisation trop élevé s'avérera prohibitif pour une grande majorité d'adhérents. Une mutuelle qui rendrait tous les soins de santé, primaires et secondaires, "gratuits" pour les bénéficiaires serait très attrayante, mais économiquement et financièrement peu viable.

A l'inverse, plusieurs expériences de mutuelles montrent que celles qui ont des montants de cotisation faibles, ont des taux de pénétration élevés.

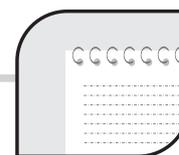
Comme toute entreprise, une mutuelle de santé est confrontée au phénomène classique d'élasticité de la demande d'un produit ou d'un service par rapport à son prix : plus le prix est élevé et moins les acheteurs potentiels sont intéressés. Par conséquent, un montant de cotisation trop élevé tend à décourager les adhésions. A l'inverse, les mutuelles dont les cotisations sont faibles sont souvent celles qui ont le plus grand nombre d'adhérents.

Cependant, l'élasticité ne dépend pas uniquement du montant de la cotisation. Elle est en effet également influencée par la perception du risque financier qu'a la population cible de la mutuelle.

Lors de la sélection des soins de santé à couvrir, les adhérents doivent estimer les conséquences d'un choix donné sur le montant des cotisations et vérifier si celles-ci restent abordables pour tous.

Par ailleurs, le montant des cotisations dépend également du niveau de prise en charge des dépenses de santé. Un système d'assurance ne couvre généralement qu'une partie des dépenses, le malade devant supporter le reste.

Texte d'appui n° 4



Le calcul des cotisations

Le calcul des cotisations constitue le point le plus difficile de la mise en place d'une mutuelle. Il est également fondamental car le montant des cotisations détermine directement la viabilité future de l'organisation :

- Si la cotisation est trop faible, la mutuelle sera déficitaire avec un risque de faillite en cours d'exercice dans le cas où elle ne pourrait pas mobiliser des ressources supplémentaires (subventions, cotisations exceptionnelles, fonds de garantie ou encore recettes d'une fête au bénéfice de la mutuelle).
- Si la cotisation est trop élevée, la mutuelle sera du point de vue financier peu accessible pour un grand nombre d'adhérents potentiels. Les risques de sélection adverse et de surconsommation seront accrus.

Le calcul des cotisations repose sur l'estimation des fréquences de survenue des risques de maladie et du coût des soins. Malheureusement, dans la plupart des cas, peu de données fiables sont disponibles pour permettre d'effectuer ces estimations avec précision. Le montant des cotisations à calculer sera donc assez imprécis. Il faudra impérativement assurer, surtout les premières années, un suivi rigoureux du montant des cotisations et du coût des prestations pour procéder aux ajustements nécessaires.

Le mode de calcul des cotisations dépend de la démarche adoptée pour choisir les services à offrir :

- soit en fonction des revenus disponibles de la population, dans un contexte de pauvreté ;
- soit en fonction des besoins exprimés par les adhérents potentiels, dans les cas où les problèmes de ressources ne sont pas aussi importants.

Le tableau suivant présente, en fonction de ces deux situations, les quatre techniques de fixation des cotisations les plus couramment rencontrées.

Calcul / Revenus disponibles		Calcul / Besoins exprimés	
Méthode 1	Méthode 2	Méthode 3	Méthode 4
Cotisation = prime de risque + marge de sécurité + coûts de gestion	Cotisation fixée en assemblée générale, sans calcul préalable	Cotisation calculée en fonction du budget de fonctionnement de la formation sanitaire	Cotisation calculée sur la base d'un budget prévisionnel de la mutuelle

Méthode 1

Pour comprendre cette première méthode de calcul, la plus précise, il faut préalablement rappeler à quoi sont utilisées les cotisations. Celles-ci doivent servir à :

- rembourser les dépenses de santé (à l'exception du copaiement) correspondantes aux soins couverts par la mutuelle ;
- constituer des réserves afin de renforcer la solidité financière de la mutuelle, d'exercice en exercice ;
- financer les coûts de fonctionnement de la mutuelle.

Cette première méthode décompose le calcul de la cotisation en trois éléments :

Cotisation individuelle par soins de santé couvert =

Prime de risque + marge de sécurité + coût unitaire de fonctionnement

Prime de risque	=	taux de fréquentation attendu × (coût moyen du service – copaiement à la charge du malade).
Marge de sécurité	=	fixée fréquemment à 10 % de la prime de risque. Elle est liée à l'incertitude concernant le calcul de la prime de risque.
Coût unitaire de fonctionnement	=	estimation des coûts de fonctionnement totaux divisés par le nombre de bénéficiaires attendus. Elle peut être aussi fixée en première approximation à +/- 10 % de la somme: prime de risque + marge de sécurité. Cette seconde alternative est nettement moins précise.

A ces trois éléments est ajouté un facteur E qui définit le montant unitaire d'excédents à dégager pour la constitution de réserves financières.

Si plusieurs soins de santé sont couverts, la cotisation individuelle totale est égale à la somme des cotisations calculées par soin.

La cotisation familiale est égale à la cotisation individuelle totale multipliée par le nombre moyen de membres par famille.

Ces calculs aboutissent à l'estimation d'une cotisation annuelle ; on peut ensuite la fractionner par jour, mois, etc., en fonction de la périodicité de versement des cotisations la plus adaptée au regard des revenus de la population cible.

Le processus conduisant au choix final de la cotisation demandée aux adhérents se déroule schématiquement en trois temps :

- On estime la capacité contributive de la population cible, c'est-à-dire le montant moyen que chaque individu ou famille serait en mesure de cotiser.
- On calcule la cotisation correspondante à chaque type de soins dont la couverture est envisagée. On construit, ensuite, plusieurs scénarios de couverture des dépenses de santé en combinant la couverture de différents types de soins. Le montant total de la cotisation relative à

chaque scénario doit être compatible avec la capacité contributive de la population cible.

- Ces différents scénarios sont présentés aux populations qui participent ainsi au choix final des activités et prestations de leur future mutuelle. Un seul scénario sera finalement retenu à partir duquel les promoteurs de la mutuelle vont pouvoir affiner les mécanismes et outils de prise en charge et établir un budget prévisionnel de la mutuelle.

Méthode 2

La seconde "méthode" est probablement la plus répandue, bien qu'elle ne soit pas du tout rigoureuse : les adhérents se réunissent et estiment le montant qu'ils seront capables de cotiser régulièrement ; ils fixent ensuite les prestations de leur mutuelle.

Si elle ne nécessite aucune compétence particulière ni travaux d'étude (fréquentation, coûts des services de santé, etc.) préalables, cette pratique est très aléatoire. Les risques d'erreurs sont très importants ainsi que la probabilité de connaître des difficultés financières.

Afin de limiter les risques de faillite, cette pratique doit être accompagnée de mesures drastiques :

- une longue période d'observation afin de constituer d'importantes réserves financières,
- un plafonnement des dépenses,
- une bonne information des adhérents sur les difficultés attendues.

Il est fait référence à cette pratique ici en raison de la fréquence avec laquelle elle est adoptée et pour en souligner les dangers. Elle n'est cependant pas recommandée.

Méthode 3

Ce mode de calcul est surtout valable dans le cadre d'un système d'assurance mis en place par un prestataire de soins (assurance sans but lucratif gérée par un prestataire). Celui-ci détermine son budget de fonctionnement, en considérant que l'assurance se traduira probablement par une augmentation de la fréquentation. Il répartit ensuite ce budget sur l'ensemble de la population cible (population couverte par le prestataire, par exemple) obtenant ainsi une prime par personne.

Certaines mutuelles utilisent également cette méthode bien qu'elle ne soit pas appropriée dans leur cas, sauf pour celles qui gèrent leur propre formation médicale.

Méthode 4

Cette dernière technique consiste à :

- évaluer les besoins de santé des populations cibles ;
- estimer les dépenses nécessaires à la couverture de ces besoins ;
- estimer les recettes nécessaires pour faire face à ces dépenses ;
- fixer le taux de cotisation nécessaire pour assurer ces recettes.

Le calcul de la cotisation repose alors sur l'établissement d'un budget prévisionnel qui fixe d'un côté (et d'abord) les dépenses prévisionnelles de la mutuelle nécessaires à la couverture des dépenses de santé, des frais de fonctionnement et de formation et d'un autre côté, les recettes à réaliser pour financer ces dépenses.

On retrouve dans l'élaboration du budget les mêmes éléments de calcul de la cotisation que dans la première méthode. Ils sont cependant présentés de façon différente. Un budget type se présente de la façon suivante :

Dépenses		Recettes	
Rubriques	Montant	Rubriques	Montant
Prestations maladie : •service 1 •service 2 •etc. Marge de sécurité : 10 % des prestations maladie Frais de fonctionnement : •salaires ou indemnités •frais de déplacement •fournitures •etc. Frais de formation (Excédents)	(1)	Droits d'adhésion ou vente des cartes d'adhérent Cotisations (Dons ou subventions)	(2) (3) (4)
Total des dépenses		Total des recettes	

- (1) Montant de dépenses prévues = Taux de fréquentation du service × (coût moyen – copaiement) × nombre d'adhérents attendu.
- (2) Les droits d'adhésions ont généralement pour objet de financer les frais administratifs liés à l'adhésion (formalités, impression des cartes d'adhérents, etc.), lesquels font partie des frais de fonctionnement de la colonne "dépenses".
- (3) Le total des cotisations = total des dépenses – droits d'adhésion. Pour connaître la cotisation par adhérent, il suffit de diviser ce total des cotisations par le nombre d'adhérents attendu.
- (4) Les dons et/ou subventions éventuels ne sont pas pris en compte dans le calcul des cotisations. En effet, par souci d'assurer la pérennité de la mutuelle, ces dons ou subventions ne doivent pas être utilisés pour diminuer les montants des cotisations. En revanche, ils peuvent être destinés à couvrir des dépenses précises d'investissement ou de fonctionnement, auquel cas, une contrepartie apparaîtra dans la colonne des dépenses, mais sera exclue du total des dépenses pour le calcul des cotisations. Ils peuvent également avoir pour objectif de renforcer la solidité financière de la mutuelle. Dans ce cas, leur contrepartie apparaîtra sous une rubrique excédents de la colonne des dépenses qui ne sera également pas prise en compte lors du calcul des cotisations.

Travail de groupes n° 2



La mise en place de la Mutuelle de santé de Mogbala

La coopérative de Mogbala a décidé de mettre en place une mutuelle de santé. Une étude du contexte a été réalisée par le groupe de travail désigné parmi les membres de la coopérative. Les résultats de cette étude sont résumés dans le compte rendu suivant.

a) Aspects démographiques

Le village et ses hameaux (voir carte en annexe) compte une population de 10.000 habitants (recensement de 1994 projeté sur 1999). La taille moyenne d'une famille est de 6 personnes (2 adultes et 4 enfants). La coopérative compte 500 membres qui habitent dans le village et les différents hameaux.

b) Offre de soins

Le village dispose d'un centre de santé public (CS), cogéré par un comité de gestion élu par la population. Ce CS délivre les services suivants :

- consultations ambulatoires,
- petite chirurgie (pansements, sutures, etc.),
- petite hospitalisation (observation 48 heures au maximum),
- maternité,
- PMI et vaccination.

Le CS comporte également une pharmacie qui ne vend que des médicaments essentiels et génériques.

Les premières réunions de sensibilisation montrent que les habitants apprécient le CS, bien qu'ils reprochent à l'infirmier ses absences fréquentes et se plaignent des ruptures de stocks survenant à la pharmacie. Peu d'habitants connaissent l'existence du comité de gestion et son rôle.

Dans le village de Mogbala, on note également la présence d'un infirmier à la retraite qui effectue des consultations à domicile et vend quelques médicaments et consommables médicaux. Ses honoraires sont plus élevés que les tarifs du CS, mais il accorde des facilités de paiement et fait beaucoup d'injections.

A 30 km du village, l'hôpital catholique de Mougou dispense des soins de santé secondaires d'excellente qualité :

- hospitalisation,
- chirurgie,
- accouchements dystociques,

- laboratoire et radiologie,
- autres.

Le CS ne dispose pas d'ambulance. Les malades référés par l'infirmier vers l'hôpital de Mougou sont évacués par taxi (il en passe environ 20 par jour). Le coût du trajet de Mogbala à Mougou est de 500 Francs CFA, mais beaucoup de chauffeurs n'hésitent pas à demander jusqu'à 15.000 Francs CFA lorsqu'il faut transporter un cas grave et urgent.

c) Cadre juridique et institutionnel

La coopérative dispose de statuts et d'un règlement intérieur déposés à la préfecture de Mougou. Il n'existe pas dans le pays de législation spécifique à la mutualité, mais les responsables de la coopérative connaissent les démarches à réaliser pour obtenir la reconnaissance d'une association.

d) Formes de solidarité et organisation des populations

Outre la coopérative, il existe de nombreux groupements formels ou informels dans le village et tous les hameaux. Il s'agit essentiellement d'associations féminines (entraide pour les travaux agricoles, pour les cérémonies, chants et danses, etc.). Les hommes ont également leurs groupements dont l'objectif est principalement d'organiser l'entraide pour la réalisation des travaux agricoles et la construction des habitations.

On estime que toutes les familles ont accès à ces activités d'entraide, que ce soit via la femme ou l'homme (le plus souvent les deux membres du couple appartiennent à un groupement).

La coopérative a une caisse d'entraide ayant pour objectif d'apporter un soutien financier lors des mariages, des naissances, des décès, des maladies, etc. Son fonctionnement est directement inspiré de celui des groupements traditionnels. Les activités d'entraide financière s'organisent globalement de la façon suivante :

- Les membres d'un groupement cotisent en moyenne 200 Francs CFA par semaine plus une cotisation de 1.000 Francs CFA par mois en période de vente des récoltes.
- Les aides sont attribuées aux membres qui les sollicitent sous forme :
 - ▶ de dons pour des montants inférieurs à 3.000 Francs CFA,
 - ▶ de prêts pour des montants supérieurs à 3.000 Francs (jusqu'à 20.000 Francs CFA).

Tous les groupements et associations connaissent le même problème : leur caisse d'entraide ne suffit pas à répondre aux besoins des membres, surtout en période de soudure.

e) Revenus des familles et dépenses de santé

Selon une enquête réalisée par le Centre régional d'appui aux paysans, les revenus annuels d'une famille s'élèvent en moyenne à 500.000 Francs CFA. Ces revenus varient d'une période à l'autre de l'année : ils sont essentiellement disponibles entre décembre et février (vente des récoltes, crédits agricoles, etc.) et sont très faibles de juin à août (période de soudure).

Les dépenses moyennes de santé d'une famille s'élèvent à 12.000 Francs CFA par an.

f) Situation sanitaire et besoins en matière de santé

Le CS a réalisé une enquête auprès de 100 familles du village. Les résultats de cette enquête en ce qui concerne le recours aux soins sont les suivants :

Recours aux soins

	Aucun recours	Auto-médic. (1)	Médecine traditionnelle	Infirmier privé	CS de Mogbala	Hôpital de Mougou	Autres (2)
% de malades	15 %	20 %	11 %	18 %	31 %	1 %	4 %

(1) Achat de médicaments au marché ou dans les boutiques.

(2) Soins à l'extérieur de la commune (maladie pendant un voyage, etc.).

Les familles qui ont utilisé les quatre premiers types d'alternatives (quatre premières colonnes) l'ont justifié par les motifs suivants :

- dans 80 % des cas, par manque d'argent au moment de la maladie,
- dans 20 % des cas parce que la maladie était bénigne ou le traitement connu en médecine traditionnelle.

Concernant les recours à l'hôpital, les familles ont déclaré ne pas pouvoir envoyer, en moyenne, un malade grave sur deux à Mougou, par manque d'argent. Si le malade ne peut être envoyé à l'hôpital, d'autres formes d'attention sont utilisées mais les décès sont fréquents.

Taux de risque

En recoupant l'ensemble des données du CS et avec l'aide des médecins de l'hôpital, le comité a estimé les taux de risques suivants (en fonction de la morbidité locale et des hypothèses de taux d'utilisation des services de santé avec la mise en œuvre d'une mutuelle) :

	Taux de risque
Centre de santé	
✓ consultation ambulatoire	150 %
✓ hospitalisation	6 %
✓ petite chirurgie	10 %
✓ maternité (taux réparti sur l'ensemble de la population)	4,5 %
Hôpital	
✓ hospitalisation (y compris interventions chirurgicales et accouchements dystociques)	2 %

g) Coûts et financement des soins

Afin de disposer de toutes les informations nécessaires et vu le peu de fiabilité des données disponibles au niveau du CS, le groupe de travail a réalisé deux enquêtes :

- une auprès de 100 malades en consultation, 50 hospitalisés et 50 en accouchement au CS,
- une autre auprès de 100 malades hospitalisés à l'hôpital (tous services confondus).

L'enquête menée auprès des personnes attendues par le CS avait pour objectif de déterminer le coût moyen des différents services. Les résultats sont les suivants :

Enquête auprès des utilisateurs du CS : coût moyen des services du CS (Francs CFA)

	Consul-tation	Hospitali-sation	Petite chirurgie	Mater-nité	Médica-ments	Coût total
Consultations	200				900	1.100
Hospitalisation	200	500			2.000	2.700
Petite chirurgie	200		300		500	1.000
Maternité	1.000 / 0 (1)			1.500	3.000	5.500 /4.500

- (1) Pas de paiement de consultation si la femme a été suivie régulièrement en CPN.
Le coût total de la maternité comprend l'accouchement, le séjour et les premiers soins au nourrisson.

Enquête auprès des utilisateurs de l'hôpital de Mougou : coût moyen d'un recours

La tarification des services de l'hôpital est forfaitaire et comprend les différents actes (hospitalisation, intervention chirurgicale, accouchement dystocique, radiologie, etc.) ainsi que les médicaments délivrés par la pharmacie de l'hôpital (celle-ci est toujours approvisionnée et dispose de tous les consommables et médicaments prescrits par les médecins).

Certains actes spécialisés font l'objet d'une tarification supplémentaire, qui s'ajoute au forfait.

Lorsqu'un malade se présente à l'hôpital, il est d'abord reçu en consultation dont le tarif, 1.000 Francs CFA, n'est pas compris dans le forfait.

Le coût moyen d'un recours à l'hôpital est (en Francs CFA) :

Consultation	Hospitalisation (1)	Actes spécialisés	Total
1.000	10.000	2.500	13.500

(1) incluant tous les actes et les médicaments.

On notera que les malades qui se présentent avec un bon de référence d'un centre de santé ne paient pas la consultation à l'hôpital.

Pour financer les dépenses de santé au CS et à l'hôpital, les familles ont déclaré, lors de l'enquête, utiliser les moyens suivants :

	Recours au CS	Recours à l'hôpital
Argent disponible à la maison	60 %	30 %
Endettement		
✓ famille	6 %	10 %
✓ amis/voisins	2 %	5 %
✓ association		6 %
✓ usurier (taux d'intérêt moyen : 50 %)		15 %
Don		
✓ famille	4 %	2 %
✓ amis/voisins	-	-
✓ association	10 %	-
Vente		
✓ produit de récolte ou élevage	15 %	25 %
✓ autre	3 %	7 %
Total	100 %	100 %

Durant ces enquêtes et lors des réunions de sensibilisation, les habitants, surtout les femmes, se sont montrés très intéressés par l'idée de la mutuelle de santé. Une grande majorité se dit prête à cotiser 100 Francs CFA, pour leur famille, par semaine ainsi qu'une cotisation plus importante au moment des ventes des principaux produits de récolte. Un rapide sondage dans le village et les hameaux montre que 500 familles sont déjà prêtes à adhérer à la mutuelle à créer.

Autres éléments

La coopérative dispose d'un local qui pourra être prêté à la mutuelle de santé. De même, le gestionnaire de la coopérative propose d'appuyer les responsables de la mutuelle pour assurer une gestion efficace.

Il est cependant préférable que la mutuelle soit autonome par rapport à la coopérative, afin que l'adhésion soit ouverte à tous les habitants et non exclusivement limitée aux membres de la coopérative.

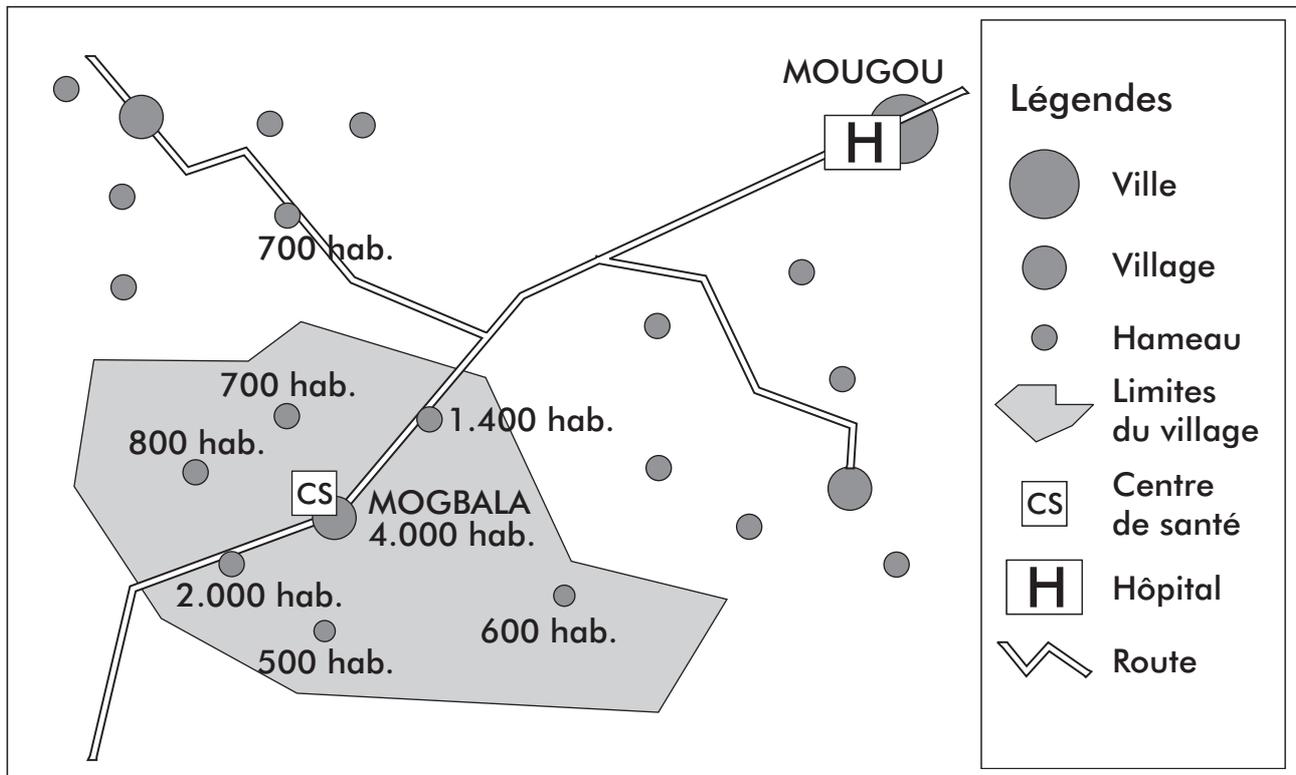
Une caisse d'épargne/crédit existe depuis cinq ans à Mougou et bénéficie de la confiance des habitants de tous les villages environnants. Les frais d'ouverture de compte s'élèvent à 2.500 Francs CFA.

Une prospection auprès des papeteries et de l'imprimeur de Mougou montre qu'il faut tabler sur les coûts suivants :

- un cahier : 100 Francs CFA,
- un stylo : 10 Francs CFA,
- impression d'une carte d'adhérent : 150 Francs CFA,
- un outil de gestion (registre, ...) : 5.000 Francs CFA,
- une calculatrice : 7.000 Francs CFA.

Enfin, la coopérative, dont les résultats financiers sont bons depuis quelques années, propose de mettre à la disposition de la mutuelle un fonds d'appui de 100.000 Francs CFA, dont les modalités d'utilisation seront à définir avec les responsables de la future mutuelle.

Annexe: Carte du village de Mogbala et de ses environs



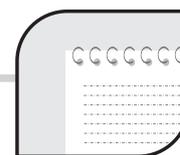
Travail à faire

Proposez :

- 1) l'organisation mutualiste la mieux adaptée au contexte décrit dans ce compte-rendu,
- 2) les activités que la mutuelle doit mettre en œuvre,
- 3) un ou plusieurs scénarios de prise en charge des dépenses de santé des adhérents (prestations) et les cotisations correspondantes,
- 4) un budget prévisionnel de la mutuelle.

Un accent particulier doit être mis sur les arguments ayant motivé vos choix.

Corrigé du travail de groupes n° 2



La mise en place de la Mutuelle de santé de Mogbala

Le texte ci-dessous ne constitue pas un corrigé exclusif, plusieurs réponses sont possibles aux questions posées dans le travail de groupes. Ce texte propose des éléments de réflexion et un exemple de scénario possible.

Organisation et fonctionnement de la mutuelle de santé

Deux organisations de la mutuelle sont possibles :

- La mutuelle est une nouvelle association ouverte à toutes les familles du village et des hameaux. Son bureau est à Mogbala et chaque individu qui le souhaite doit s'y présenter pour les modalités d'adhésion puis verser régulièrement ses cotisations à des périodes fixées par la mutuelle.

Toutefois, les hameaux étant dispersés et distants du village, on peut penser qu'une telle organisation ne favorisera pas les adhésions.

- Une autre solution, plus adaptée à la configuration du village (plusieurs hameaux distants mais regroupant 60 % de la population), consiste à associer la mutuelle avec les associations d'entraide déjà existantes. Les tâches liées au traitement des adhésions, à la collecte des cotisations et au contrôle sont partagées entre les associations d'entraide et le bureau de la mutuelle.

Chaque association désigne des responsables qui se réunissent régulièrement (exemple : une fois par mois) au siège de Mogbala et forment ainsi le conseil d'administration.

Chaque association est libre de mettre en place ses propres activités d'entraide et de solidarité afin de faciliter aux familles, surtout les plus démunies, l'adhésion à la mutuelle.

L'assemblée générale se réunit une fois par an et comprend tous les adhérents à la mutuelle. Elle peut donner lieu à une grande fête villageoise.

La mutuelle de santé ouvrira un compte à la caisse d'épargne/crédit de Mougou, mais disposera d'une petite caisse pour faire face aux dépenses courantes. Ceci évitera des déplacements fréquents de Mogbala vers Mougou (pour effectuer des retraits).

Les activités de la mutuelle

Vu la situation présentée dans le compte-rendu, on peut imaginer les trois activités suivantes (d'autres sont possibles) :

- prise en charge des dépenses de santé (à définir dans les scénarios) ;
- participation à la cogestion du CS : la mutuelle est une "association de consommateurs de soins" ; elle représente une partie importante des utilisateurs du CS. A ce titre, elle peut contribuer utilement à la cogestion du Centre et défendre les intérêts de ses adhérents ;
- aide financière pour le transport des malades vers l'hôpital (et négociation des prix avec les chauffeurs de taxi).

Exemple de prise en charge

Face à l'intérêt manifesté par les familles, on peut s'attendre à un nombre relativement élevé d'adhésions la première année. Toutefois, il est prudent de tabler sur un taux d'adhésion maximal de 25 %. Pour limiter les risques de sélection adverse, il est préférable de proposer une adhésion par famille.

A partir de ces hypothèses, la mutuelle compterait environ 2.500 bénéficiaires la première année, répartis dans 420 familles environ.

Les familles se disent prêtes à cotiser 100 Francs CFA par semaine plus une cotisation supplémentaire en période de vente des produits de récolte (en moyenne 1.000 Francs CFA dans les associations). On peut donc envisager un montant annuel de 8.200 Francs CFA de cotisation ainsi répartis :

Cotisation hebdomadaire : 100 Francs CFA soit 5.200 Francs CFA par an.

Cotisations supplémentaires : 1.000 Francs CFA × 3 mois (décembre à février) soit 3.000 Francs CFA.

Hypothèse de prise en charge

La mutuelle se fixe pour objectif de couvrir les gros risques ainsi que les dépenses en petite hospitalisation, maternité et petite chirurgie au centre de santé. Elle n'applique pas de ticket modérateur et assure donc une prise en charge à 100 %.

La cotisation se décompose de la façon suivante :

- **Prime de risque** : (taux de fréquentation attendu × coût moyen)

Hospitalisation à Mougou : $0,02 \times 12.500 = 250$

Petite hospitalisation au CS : $0,06 \times 2.700 = 162$

Petite chirurgie au CS : $0,1 \times 1.000 = 100$

Maternité CS : $0,045 \times 4.500 = 203$

Prime de risque : 715 Francs CFA/an/personne

- Marge de sécurité : (10 % de la prime de risque)

$$\text{Marge} = 715 \times 0,1 = 72 \text{ Francs CFA/an/personne}$$

- Coût unitaire de fonctionnement :

Les différents coûts pouvant être estimés, il est possible, dans ce cas, d'évaluer le coût unitaire, sur la base d'un budget prévisionnel. Avec l'hypothèse que la mutuelle travaille avec deux associations dans chaque hameau et avec cinq associations dans le village, les coûts de fonctionnement annuel d'un montant de 135.900 Francs CFA seraient ainsi répartis :

- 450 cartes d'adhérents : 67.500 Francs CFA (cartes familiales),
- 2 cahiers/association (registres d'adhérents et de cotisation) : $850 \times 2 = 1.700$ Francs CFA,
- 20 stylos : $20 \times 10 = 200$ Francs CFA,
- outils de gestion = un journal de caisse, un journal de banque, 5 carnets d'attestation de soins, 2 facturiers : $9 \times 5.000 = 45.000$ Francs CFA,
- une calculatrice : 7.000 Francs CFA,
- déplacements vers Mougou : 1 aller/retour par mois : $2 \times 500 \times 12 = 12.000$ Francs CFA,
- frais d'ouverture de compte : 2.500 Francs CFA.

Une partie de ces coûts peut être couverte avec la vente des cartes d'adhérents à 200 Francs CFA :

$$420 \times 200 = 84.000 \text{ Francs CFA}$$

L'autre partie s'ajoute aux cotisations :

$$(135.900 - 84.000)/420 = 124 \text{ Francs CFA /adhérent /an}$$

La cotisation totale sera donc :

$$\text{Par personne et par an} : 715 + 72 + 124 = 911 \text{ Francs CFA}$$

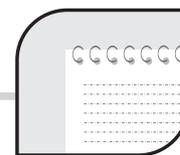
$$\text{Par famille et par an} : 911 \times 6 = 5.466 \text{ arrondi à } 5.500 \text{ Francs CFA}$$

La prise en charge proposée est attractive et assure une bonne visibilité de la mutuelle tout en demandant une cotisation inférieure à la capacité contributive estimée.

La mutuelle devra cependant assurer un suivi rigoureux de ses prestations. Il se peut en effet que des ententes se développent entre l'infirmier et des adhérents afin que des consultations ambulatoires soient enregistrées comme des actes de petite chirurgie ou petite hospitalisation et donc facturées à la mutuelle. Il serait plus prudent d'appliquer un ticket modérateur pour ces deux types de soins.

Afin de renforcer sa viabilité financière, la mutuelle peut demander à la coopérative d'utiliser les 100.000 Francs CFA, que celle-ci met à sa disposition, pour constituer des réserves financières qui seront déposées sur un compte séparé à la caisse d'épargne/crédit.

Texte d'appui n° 5



Statuts de la Mutuelle de Fandène

Titre 1 : Objet de l'Association

Article 1

Il est créé à la Paroisse Saint-Marcel de Fandène une Association dénommée Mutuelle de Santé Fandène.

— La durée de l'existence de l'Association est illimitée.

— Le siège social de l'Association est la Mission Catholique de Fandène.

B.P. 3042 - Thiès.

Article 2

— L'Association a pour but l'hospitalisation dans un centre hospitalier avec lequel elle a signé un contrat.

— L'Assemblée générale peut décider l'extension du champ d'intervention de l'Association dans le domaine de la santé.

Article 3

— Peuvent être membres de l'Association les responsables de familles ou les individus paroissiens ou ressortissants de la Paroisse Saint-Marcel de Fandène à condition de n'être pas affilié à une autre assurance maladie.

— Tout père, même célibataire d'un ou de plusieurs enfants vivants doit détenir une carte de membre pour être assuré par l'Association.

— La qualité de membre se perd par démission ou par radiation prononcée par l'Assemblée générale à la majorité absolue des membres.

Titre 2 : Administration et fonctionnement de l'Association

Article 5

— Les instances de l'Association sont :

- L'Assemblée générale des adhérents.
- Le Comité directeur.
- Le Bureau exécutif.

Article 6

— L'Assemblée générale est l'instance suprême de l'Association.

— L'Assemblée générale se réunit une fois l'an, le dernier dimanche de septembre, en session ordinaire, et en session extraordinaire, chaque fois que nécessaire, sur proposition du Bureau exécutif ou des deux tiers des membres.

— L'Assemblée générale définit la philosophie de l'Association.

— Elle fixe les conditions d'adhésion.

— Elle fixe le prix de la carte de membre, le taux des cotisations et les autres participations financières.

— Elle approuve par acclamation, les rapports d'activités et les rapports financiers.

— Elle prononce les sanctions à la majorité des deux tiers des membres.

Article 7

— Le Comité directeur est chargé de suivre la bonne marche de l'Association.

— Il se réunit tous les trois mois en session ordinaire, et chaque fois que nécessaire sur convocation du Bureau exécutif ou sur l'initiative de la majorité absolue de ses membres.

— Le Comité directeur est responsable devant l'Assemblée générale.

Article 8

— Le Bureau exécutif est composé :

- d'un Président
- d'un Vice-Président
- d'un Secrétaire général
- d'un Secrétaire adjoint
- d'un Trésorier
- d'un Trésorier adjoint
- de deux Commissaires aux comptes.

Article 9

— Le Président convoque et préside les réunions de l'Assemblée générale, du Comité directeur et du Bureau exécutif.

— Il assure les relations avec les centres hospitaliers auxquels l'Association est liée par contrat ainsi que les autres prestataires de l'Association.

— Il signe sur mandat de l'Assemblée générale les contrats que l'Association est appelée à passer.

— Le Vice-Président assure les fonctions du Président quand ce dernier est empêché.

Article 10

— Le Secrétaire général, en collaboration avec le Secrétaire adjoint, rédige les comptes rendus des différentes rencontres qui se tiennent au sein de l'Association.

— Il assure la correspondance ordinaire de l'Association.

— Il classe et conserve les différentes archives de l'Association.

— Il délivre les différents documents relatifs au fonctionnement de l'Association.

Article 11

— Le Trésorier, en collaboration avec le Trésorier adjoint, recueille les ressources de l'Association et en est responsable.

— Il recherche et propose les moyens d'accroître les ressources de l'Association.

— Il rédige et présente les comptes rendus financiers.

— Il est signataire, avec le Président ou son suppléant, le Vice-Président, des documents financiers de l'Association.

Article 12

Les Commissaires aux comptes contrôlent la régularité de la gestion des ressources de l'Association.

Titre 3 : Les ressources de l'Association et leur utilisation

Article 13

— Les ressources de l'Association proviennent :

- du produit de la vente des cartes de membres,
- des cotisations mensuelles des membres
- des autres participations décidées par l'Assemblée générale,
- du produit des diverses activités lucratives organisées pour soutenir l'Association,
- des dons et des legs faits à l'Association et autorisés par la Loi.

Article 14

— L'Association prend en charge l'hospitalisation de ses assurés pour la période convenue, y compris les accouchements jugés compliqués par le personnel médical.

— L'Association prend en charge les hospitalisations jugées nécessaires par le personnel médical des centres hospitaliers avec lesquels l'Association a signé un contrat.

Article 15

— Les contrats à terme signés par l'Association peuvent être renouvelés ou révisés à la demande de l'un des contractants.

Titre 4 :

Dissolution de l'Association, approbation et révision des statuts

Article 16

— L'Association cesse d'exister par déclaration de la loi ou par décision des deux tiers des membres réunis en Assemblée générale.

Article 17

— En cas de dissolution, les biens de l'Association seront attribués à un organisme de la paroisse poursuivant des buts similaires à ceux de l'Association.

Article 18

— Les présents statuts ont été approuvés par acclamation par l'Assemblée générale constituante.

— Les présents statuts peuvent être révisés sur proposition de la majorité des adhérents réunis en Assemblée générale.

Texte d'appui n° 6



Règlement intérieur de la Mutuelle de Fandène

Titre 1 : Objet de l'association

Article 1

Il est créée à la paroisse Saint-Marcel de Fandène un service d'entraide dénommé Mutuelle Santé Fandène.

Article 2

La durée de la mutuelle est illimitée.

Le siège social de la mutuelle est la Mission Catholique de Fandène

B.P. 3042 Thiès/Sénégal.

Article 3

L'entraide poursuivie par la mutuelle concerne exclusivement l'hospitalisation dans un centre hospitalier avec lequel la mutuelle a signé un contrat.

Article 4

L'Assemblée générale peut décider à la majorité absolue de l'extension du domaine d'intervention de la mutuelle pourvu qu'il s'agisse de santé.

Article 5

Peuvent être membres de l'association :

- les responsables de famille ;
- les individus, paroissiens ou les ressortissants de la Paroisse Saint-Marcel de Fandène.

Article 6

Tout père de progéniture vivante doit détenir une carte de membre pour être assuré par la mutuelle.

Article 7

La qualité de membre s'acquiert par l'achat de la carte de membre.

Titre 2 : Administration et fonctionnement

Article 8

Les instances de l'Association Mutuelle Santé Fandène sont :

- a) l'Assemblée générale des adhérents;
- b) le Comité directeur;
- c) le Bureau exécutif.

(cf statuts articles 5 à 13)

Article 9

Chaque groupe d'apostolat choisit deux délégués, sans distinction de sexe. Le délégué doit savoir lire et écrire en français ou en langue nationale.

Article 10

Le délégué doit être adhérent et détenir une carte de membre.

Article 11

Le bureau exécutif peut, pour des raisons liées au fonctionnement de la Mutuelle, demander à un groupe d'apostolat de remplacer l'un ou l'autre de ses délégués.

Article 12

Le membre du Bureau exécutif qui n'est plus délégué doit démissionner de son poste pour être remplacé dans les 30 jours.

Article 13

Chaque groupe d'apostolat peut, pour des raisons liées au fonctionnement de la Mutuelle remplacer l'un ou l'autre de ses délégués.

Article 14

Le Comité directeur se réunit tous les trois mois, le premier dimanche du mois au siège de l'Association en session ordinaire, et chaque fois nécessaire, sur convocation du Président du Bureau exécutif ou sur proposition de la majorité du Comité directeur.

Article 15

Le Bureau exécutif se réunit une fois le mois, le deuxième dimanche du mois au siège de l'Association.

Titre 3 : Les ressources de l'association et leur utilisation

Article 16

Les ressources de l'Association proviennent :

- du produit de la vente des cartes de membres ;
- des cotisations mensuelles des membres;
- des autres participations décidées par l'Assemblée générale ;
- du produit des diverses activités lucratives organisées pour soutenir l'Association ;
- des dons et legs faits à l'Association qui sont autorisés par la Loi.

Article 17

L'adhérent à jour de ses redevances bénéficie des prestations offertes par la Mutuelle.

Article 18

L'adhérent qui est à jour de ses redevances peut bénéficier des facilités consenties aux membres de la Mutuelle pour les prestations médicales qui ne sont pas prises en charge par la Mutuelle.

Article 19

La Mutuelle prend en charge un nombre de jours décidé par l'Assemblée générale, exclusivement pour l'hospitalisation.

Article 20

La Mutuelle prend en charge les hospitalisations décidées par le personnel médical des centres hospitaliers agréés par la Mutuelle.

Titre 4 : Les sanctions

Article 21

L'Assemblée générale peut sur proposition du Comité directeur prononcer des sanctions, allant jusqu'à l'exclusion, pour manquement grave commis au détriment de la Mutuelle.

Article 22

L'adhérent ou l'assuré qui quitte la Mutuelle, quelles que soient les raisons de son départ, perd tous les droits liés à la Mutuelle.

Article 23

Un retard de trois (3) mois sur les cotisations entraîne une augmentation du taux de cotisation fixé par l'Assemblée générale.

Article 24

Le résident ou le ressortissant de la Paroisse Saint-Marcel de Fandène qui adhère à la mutuelle plus de trois (3) mois après le 1er Janvier 1989 doit acquitter un retard avec les augmentations y afférentes.

Article 25

Le membre qui s'acquitte de ses redevances avec un retard de plus de trois (3) mois et cinq (5) jours ou plus avant une prestation de mutuelle, doit acquitter une redevance forfaitaire dont le montant est fixé par l'Assemblée générale.

Titre 5 : Approbation et révision du règlement intérieur

Article 26

L'Association cesse d'exister par déclaration de la loi ou par décision des deux tiers des membres réunis en Assemblée générale.

Article 27

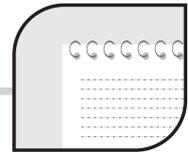
En cas de dissolution les biens de l'association seront attribués à un organisme de la paroisse poursuivant des buts similaires à ceux de l'Association.

Article 28

Le présent Règlement intérieur est approuvé par acclamation par l'Assemblée générale constitutive.

Le présent Règlement intérieur peut être modifié sur décision de la majorité absolue des membres réunis en Assemblée générale.

Texte d'appui n° 7



L'Assemblée générale constitutive

La constitution de la mutuelle s'effectue lors d'une assemblée générale dont l'organisation et le déroulement sont décrits ci-dessous.

But de l'Assemblée générale constitutive

Le but de cette assemblée est, comme son nom l'indique, de procéder officiellement à la création de la mutuelle en lui donnant une personnalité juridique. Elle devra :

- approuver les statuts et le règlement intérieur, conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur ;
- mettre en place les divers organes chargés d'assurer le démarrage et la promotion de la mutuelle. En conséquence, elle élira immédiatement les membres du conseil d'administration, du comité d'exécution, des organes de contrôle, etc. ;
- approuver le programme d'action de la mutuelle et le budget pour l'exercice qui commence.

Préparatifs de l'Assemblée générale constitutive

Les étapes de préparation de l'AGC sont les suivantes :

- l'élaboration d'un projet de statuts,
- l'élaboration d'un projet de règlement intérieur,
- l'établissement de l'ordre du jour,
- la convocation de l'AGC.

Elaboration d'un projet de statuts

Les règles relatives aux objectifs et au fonctionnement des mutuelles sont définies par les statuts qui déterminent les droits et obligations des adhérents et des responsables. Ils fixent les modalités garantissant un fonctionnement démocratique et solidaire de la mutuelle (divers organes de gestion à créer, leur composition, leurs compétences, etc.).

Les statuts doivent notamment mentionner :

- la dénomination et le siège de la mutuelle,
- les objectifs poursuivis,
- les services proposés,
- les conditions d'adhésion et de couverture des personnes à charge,
- les modalités de fixation des cotisations, voire leur montant,

- les modalités et la procédure relatives à l'élection des membres du conseil d'administration,
- les règles de fonctionnement de la mutuelle qui ne sont pas prévues par la loi ou les règlements officiels.

Une fois approuvés par l'AGC, les statuts constituent un contrat collectif entre la mutuelle et ses adhérents.

Etant donné le caractère souvent peu accessible des textes réglementaires, il peut être important de fournir également à tous les participants à l'AGC, une version simplifiée des projets de statuts, adaptée à leur niveau de compréhension. Du reste, c'est une exigence de la démocratie participative.

Elaboration d'un projet de règlement intérieur

Un certain nombre de dispositions, concernant le fonctionnement pratique de la mutuelle mais ne figurant pas dans les statuts, seront définies dans le règlement intérieur. Il s'agit, le plus souvent, de modalités pratiques comme celles relatives aux documents à fournir lorsqu'un adhérent s'inscrit pour la première fois, au contenu des cartes d'adhérents, aux conditions requises pour être considéré comme membre de la famille de l'adhérent, etc.

Etablissement de l'ordre du jour de l'Assemblée générale constitutive

L'ordre du jour comprendra, au moins, les points suivants :

- désignation d'un présidium (président, secrétaire, rapporteur),
- présentation et approbation des statuts, du règlement intérieur, du premier budget (fixation du montant des cotisations et des avantages offerts),
- élection des divers organes : conseil d'administration, comité d'exécution, organes de contrôle.

Convocation de l'Assemblée générale constitutive

Les initiateurs du projet convoqueront à l'AGC les personnes qui souhaitent faire immédiatement partie de la mutuelle. Dans le cas où la mutuelle devrait couvrir, dès le début une zone géographique importante, les initiateurs convoqueront les représentants des différentes localités (ou structures locales selon le cas).

Déroulement de l'Assemblée générale constitutive

L'assemblée choisira, en son sein, un présidium dont la tâche sera, essentiellement, de veiller au bon déroulement des débats et des élections ainsi que d'établir le procès-verbal de réunion.

Le président de séance présentera le projet d'ordre du jour qui sera adopté, éventuellement, après des modifications. Les différents points feront l'objet d'une présentation et d'une discussion avant le vote.

Les participants à l'assemblée paieront immédiatement le droit d'admission et la première cotisation, un bref délai peut leur être accordé pour le paiement des cotisations.

Seront membres fondateurs, les participants à l'AGC qui auront approuvé les conclusions, adopté les textes et respecté les engagements subséquents dans les délais prescrits par la dite AGC.

**Procès-verbal
de l'Assemblée
générale constitutive**

Le présidium de l'AGC établira, immédiatement, un procès-verbal de la réunion, reprenant le nom des personnes présentes, la date et le lieu de création de la mutuelle, les noms et qualités des différents responsables, une description du déroulement de la réunion. Le procès-verbal sera soumis aux adhérents pour adoption lors de l'assemblée générale suivante.

Les différents documents seront adressés aux autorités administratives pour enregistrement, conformément à la réglementation en vigueur.

Ensemble modulaire de formation n° 2 :
Mise en place d'une mutuelle de santé

MODULE 2

**La mise en place du
système de gestion
d'une mutuelle
de santé**

Sommaire

Module 2 : La mise en place du système de gestion d'une mutuelle de santé

Déroulement de la formation	Page
1. L'importance du système de gestion d'une mutuelle de santé ...	231
2. Les différents aspects de la gestion d'une mutuelle de santé	233
2.1 La notion de gestion	233
2.2 La gestion des ressources humaines	233
2.3 La gestion des ressources matérielles	235
2.4 La gestion des ressources financières	236
3. Les principaux supports et outils de gestion	239
4. Clôture du module	241
Supports pédagogiques	
Texte d'appui n° 1 : L'importance de la gestion dans une mutuelle de santé	245
Texte d'appui n° 2 : Principaux supports et outils de gestion d'une mutuelle de santé	247
Texte du travail de groupes n° 1 : Supports et outils de gestion de la Mutuelle de santé de Sabou	253
Corrigé du travail de groupes n° 1 : Supports et outils de gestion de la Mutuelle de santé de Sabou	256

2

La mise en place du système de gestion d'une mutuelle de santé

Objectifs

A la fin de ce module, les participants seront capables :

- d'expliquer l'importance du système de gestion d'une mutuelle de santé ;
- de décrire les principaux aspects de la gestion d'une mutuelle de santé ;
- de participer à la mise en place des principaux supports et outils de gestion d'une mutuelle de santé.

Groupes cibles

- Gestionnaires des mutuelles de santé
- Promoteurs des mutuelles de santé

Pré-requis

Module "Les étapes de la mise en place d'une mutuelle de santé"

Durée

6h 20

Contenu

- Importance du système de gestion d'une mutuelle de santé
- Principaux aspects de la gestion d'une mutuelle de santé
- Supports et outils de gestion d'une mutuelle de santé

Méthodes

- Exposé
- Plénière (travail et synthèse)
- Travail de groupes

Supports matériels

- Méta-plan
- Tableau noir
- Tableau papier
- Rétroprojecteur

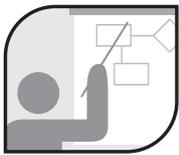
Supports pédagogiques

- Textes d'appui
- Texte du travail de groupes



L'importance du système de gestion d'une mutuelle de santé

a. Exposé (0h 30)



Faites un exposé sur l'importance du système de gestion d'une mutuelle de santé.

Une mutuelle de santé est une organisation d'entraide et de solidarité ; elle constitue un mouvement social. Cet "objectif social" ne soustrait en rien la mutuelle des exigences d'efficacité pesant sur toute organisation gérant une offre de services. De plus, il faut noter que l'assurance santé est un instrument financier complexe d'une gestion délicate.

En fait, une gestion rigoureuse et efficace est importante à deux titres :

La confiance

Une bonne gestion favorise la confiance des adhérents. Ceci est particulièrement important dans les mutuelles où les adhérents sont tenus de verser des cotisations régulièrement sans en retirer un bénéfice immédiat. En effet, les adhérents ne bénéficient des prestations de la mutuelle que lors de la survenue d'un risque, c'est-à-dire souvent plusieurs mois après le versement de leurs premières cotisations. Ils doivent avoir la certitude que la mutuelle sera en mesure de les aider lorsqu'ils seront dans le besoin.

Une gestion efficace favorise également la confiance des prestataires de soins envers la mutuelle. Ceux-ci doivent en effet être certains que la mutuelle sera constamment en mesure de rembourser les factures correspondantes aux soins prodigués aux bénéficiaires.

La viabilité du système

Une mutuelle de santé gère un système d'assurance contre le risque maladie. Il s'agit d'un outil financier dont la gestion est relativement complexe : la notion de risque comporte par définition une part d'incertitude et ce, d'autant plus que la couverture de ces risques entraîne souvent une modification des comportements des adhérents et des prestataires de soins (sélection adverse, risque moral, sur-prescription, etc.). Une mutuelle de santé doit donc se doter de mécanismes de prévision et de contrôle, d'outils de gestion comptable et financière, et, d'un suivi à la fois rigoureux et efficace pour faire face à toute éventualité et être en mesure de remplir les engagements vis-à-vis des adhérents et des prestataires de soins.

La conception du système de gestion est un élément très important du processus de mise en place d'une mutuelle de santé. Ce système doit être conçu dès l'étape de définition de l'organisation et les modalités de fonctionnement de la mutuelle. Il aura en effet un impact sur :

- l'organisation :
 - ▶ compétence des différents organes,
 - ▶ emploi ou non de personnel salarié,
- le fonctionnement :
 - ▶ supports utilisés par les différents acteurs (cartes, attestations, etc.),
 - ▶ budget et montant des cotisations,
- les conventions avec les prestataires de soins :
 - ▶ modalités de recours aux soins et mécanismes de prise en charge,
 - ▶ délais de remboursement, etc.

L'expérience montre que si le système de gestion est mal défini avant le démarrage des activités, la mutuelle a de fortes chances de connaître des dysfonctionnements importants qui l'obligeront, durant ses premiers exercices, à revoir ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Très souvent, il en résulte une perte irréversible de crédibilité vis-à-vis des adhérents potentiels et des prestataires de soins.

En guise de conclusion, projetez le texte d'appui n° 1 et commentez-le avec les participants.

2

Les différents aspects de la gestion d'une mutuelle de santé

2.1 La notion de gestion

b. Travail en plénière (0h 15)



Demandez à quelques participants de définir la notion de gestion. Recensez les réponses sur le tableau papier. Animez une discussion et proposez la définition suivante :

La gestion d'une organisation consiste à mobiliser et à utiliser le plus efficacement possible un ensemble de ressources pour réaliser les activités destinées à l'atteinte des objectifs.

Toute organisation dispose de trois principaux types de ressources :

- les ressources humaines,
- les ressources matérielles,
- les ressources financières.

2.2 La gestion des ressources humaines

c. Travail en plénière (0h 30)



Indiquez que les ressources humaines constituent, dans toute organisation, la ressource la plus précieuse, mais aussi la plus complexe à gérer. Sa gestion revêt des aspects très divers, mais se base avant tout sur la motivation des individus.

Posez la question suivante aux participants en l'inscrivant sur le tableau papier :

“Quels sont les éléments que vous jugez importants dans la gestion des ressources humaines d'une mutuelle ?”

Distribuez des fiches cartonnées pour collecter les réponses. Faites une synthèse et complétez, si nécessaire, en vous aidant des éléments ci-dessous :

- *gérer le personnel (sélection, recrutement, accueil et introduction, évaluation périodique, etc.) ;*
- *encourager le bénévolat ;*
- *assurer la meilleure correspondance possible entre les besoins en personnel et l'effectif réel ;*
- *chercher l'adéquation entre les qualifications et les attributions de chacun ;*
- *définir clairement les tâches et responsabilités (description de fonctions) ;*
- *renforcer les compétences par la formation continue et le recyclage ;*
- *définir une politique salariale cohérente, motivante et équitable ;*
- *définir des méthodes et outils d'évaluation de l'exécution des tâches.*

Concluez en soulignant les éléments suivants :

Dans le cadre d'une mutuelle de santé, les ressources humaines disponibles sont fortement dépendantes de la taille de l'organisation et du montant des cotisations pouvant être demandées aux adhérents.

Le fonctionnement d'une mutuelle comptant peu d'adhérents reposera principalement sur le bénévolat, même si les fonctions administratives et de gestion sont souvent exigeantes et contraignantes. La mutuelle devra motiver des volontaires, répartir les tâches et les responsabilités et mettre en place des procédures administratives et financières simples.

Dans des mutuelles d'une taille plus importante, une part substantielle des activités pourra être confiée à du personnel salarié. Des procédures rigoureuses de recrutement, de contractualisation, de gestion et d'évaluation du personnel seront mises en œuvre dans ces mutuelles.

2.3 La gestion des ressources matérielles

d. Travail en plénière (0h 30)



Posez la question suivante aux participants, en l'inscrivant sur le tableau papier :

“Quelles sont les principales ressources matérielles dont une mutuelle a besoin pour fonctionner ?”

Distribuez des fiches cartonnées pour collecter les réponses. Faites une synthèse et complétez, si nécessaire, en vous aidant des éléments ci-dessous :

- locaux de permanence ou de secrétariat,
- équipement informatique (éventuellement),
- matériel roulant (véhicules, motos, bicyclettes, etc.),
- mobilier de bureau (bureaux, chaises, coffre-fort ou caisse, etc.),
- fournitures de bureau (papier, classeurs, cahiers, fiches, stylos, etc.).

Concluez en insistant sur les éléments suivants :

Contrairement à une entreprise de production qui doit s'équiper en machines et outillages nécessaires, une mutuelle a besoin de peu d'équipements pour fonctionner. Etant une "entreprise de services", elle gère essentiellement des flux financiers et des flux d'informations. Il est vital en ce domaine qu'elle dispose des moyens adéquats.

Posez ensuite la question suivante aux participants :

“Quelles sont les différentes opérations liées à la gestion de ces ressources matérielles ?”

Complétez, au besoin, les réponses des participants par les éléments suivants :

- *appui logistique (achat ou location, choix du matériel, négociation des prix et de la qualité),*
- *répartition du matériel entre les utilisateurs et responsabilisation de chacun pour une utilisation adéquate,*
- *entretien régulier des équipements et du matériel (maintenance),*
- *renovation périodique des bâtiments,*
- *amortissement et renouvellement du matériel en temps utile.*

2.4 La gestion des ressources financières

e. Travail en plénière (0h 30)



Posez la question suivante aux participants, en l'inscrivant sur le tableau papier :

“Quels sont les éléments que vous jugez importants dans la gestion des ressources financières d'une mutuelle ?”

Distribuez des fiches cartonnées pour collecter les réponses. Faites une synthèse et complétez, si nécessaire, en vous inspirant des éléments ci-dessous :

- *la collecte efficace des cotisations (recouvrement),*
- *la sécurité des fonds appartenant à la mutuelle (ne jamais garder trop d'argent en caisse),*
- *la prévision des recettes et des dépenses,*
- *la tenue à jour des documents de gestion (livre de caisse, livre journal, factures, livre de banque, etc.),*
- *la connaissance des résultats financiers,*
- *le partage des responsabilités pour assurer un contrôle permanent des flux financiers,*

- le contrôle des dépenses (justification et volume),
- le contrôle des factures reçues,
- l'intégrité des gestionnaires,
- l'analyse régulière de la situation financière,
- la transparence et la fiabilité de l'information fournie aux différents organes de décision et aux adhérents en général.

f. Exposé (0h 20)



Faites un exposé sur la gestion des ressources financières d'une mutuelle de santé en vous inspirant du texte suivant. Insistez sur le fait que la gestion ne se réduit pas à l'écriture de chiffres dans des tableaux, mais comprend également la collecte et l'archivage de l'information, le suivi, l'analyse, la prévision, etc.

Pour garantir sa fonctionnalité et sa viabilité financière, une mutuelle de santé doit se doter d'outils de gestion et répartir entre ses organes différentes fonctions qui sont principalement :

La gestion administrative

La gestion administrative englobe les tâches liées à l'enregistrement et au suivi des adhésions, à la collecte des cotisations et à leur enregistrement, au suivi et au versement des prestations. Ces tâches sont particulièrement importantes car les cotisations et les prestations constituent respectivement les principales recettes et dépenses d'une mutuelle de santé. Celle-ci peut, par exemple, perdre beaucoup de ses recettes si elle ne dispose pas de supports et de mécanismes efficaces de recouvrement des cotisations.

Les outils de gestion administrative permettent également de disposer de toutes les informations nécessaires au suivi et à l'analyse des performances de la mutuelle. Cette analyse s'avère, en effet, impossible si la mutuelle ne connaît pas, par exemple, exactement le nombre de ses bénéficiaires, la quantité de prestations octroyées et leur répartition entre les différents types de soins couverts.

La gestion comptable

La gestion comptable a pour but d'enregistrer les différentes opérations de la mutuelle, sous la forme d'entrées et de sorties de ressources, de les classer et de les traiter. Elle suit les différentes phases de réalisation des activités de la mutuelle sur une période donnée (généralement un an) appelée exercice (démarrage, exploitation et clôture).

La gestion comptable repose sur des méthodes et documents communs à toutes les organisations qui sont réglementés par la législation. Le dispositif comptable peut cependant être adapté à la taille, aux activités et autres particularités de chaque mutuelle de santé.

La gestion financière

La gestion financière a pour objectif d'assurer la viabilité financière de la mutuelle sur le long terme. Elle est consacrée à la prévision et à la maîtrise des dépenses et recettes de la mutuelle, à l'analyse de la situation financière, à la gestion des placements financiers, etc.

3

Les principaux supports et outils de gestion

g. Travail en plénière (1h 00)



Demandez aux participants quels sont pour une mutuelle de santé les principaux supports et outils de gestion :

- *administrative,*
- *comptable,*
- *financière.*

Inscrivez les réponses sur le tableau papier en les complétant éventuellement avec les éléments suivants :

- **Gestion administrative :**
 - ▶ *carte d'adhérent,*
 - ▶ *registre des adhérents,*
 - ▶ *lettre de garantie,*
 - ▶ *attestation ou bon de soins,*
 - ▶ *facture du prestataire de soins.*
- **Gestion comptable :**
 - ▶ *journal de caisse,*
 - ▶ *journal de banque,*
 - ▶ *journal-grand-livre,*
 - ▶ *pièces justificatives,*
 - ▶ *compte de résultat,*
 - ▶ *bilan.*
- **Gestion financière :**
 - ▶ *compte de résultat et bilan (idem gestion comptable),*
 - ▶ *budget,*
 - ▶ *plan de trésorerie,*
 - ▶ *ratios financiers.*

Distribuez le texte d'appui n° 2 sur les principaux supports et outils de gestion. Faites-le lire et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.

h. Travail de groupes n° 1 (1h 30)



Constituez des groupes de trois personnes maximum et distribuez le texte du travail de groupes n° 1. Expliquez le fonctionnement du tableau de rôles et, à titre d'exemple, faites la première opération "ouverture d'un exercice" en plénière (avant que les participants ne se mettent en groupes).

Préparez sur de grandes feuilles un tableau de rôle vierge pour la synthèse.

i. Synthèse en plénière (1h 00)



Pour chaque opération, invitez un groupe à présenter les résultats de ses travaux. Demandez aux autres groupes d'apporter leur contribution lorsqu'ils ont des idées différentes. Complétez à l'aide du corrigé du travail de groupes n° 1.

Insistez sur le fait que pour une même opération plusieurs procédures et outils différents sont souvent utilisables. Toutefois, il importe de bien les définir au même titre que les compétences attribuées à chaque organe et acteur concerné.

Éléments d'analyse à l'intention du formateur

Le tableau de rôles

Le tableau de rôles est un outil habituellement utilisé pour l'évaluation d'une organisation. Il permet de détailler, avec les différents acteurs concernés, qui fait quoi, comment, etc. Il est proposé ici pour la conception du système de gestion. Son utilisation lors du processus de mise en place de la mutuelle de santé est particulièrement intéressante, surtout s'il fait l'objet d'une séance de travail réunissant les principaux acteurs (groupes de travail, prestataire(s) de soins, etc.).

En visualisant les différents mécanismes, il favorise une meilleure compréhension des différentes personnes impliquées et aussi la nature et le contenu de leur implication dans le travail de conception du système.

Entre autres avantages, le travail à l'aide du tableau de rôles contribue à la formation des responsables et jette les bases d'une future convention entre la mutuelle et les prestataires de soins.

4

Clôture du module

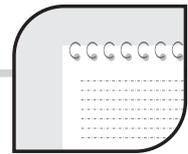
i. Synthèse en plénière (0h 15)



Clôturez le module en rappelant ses objectifs et son contenu.

Supports pédagogiques

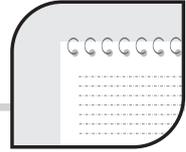
Texte d'appui n° 1



L'importance de la gestion dans une mutuelle de santé

Avantages d'une bonne gestion	Inconvénients d'une mauvaise gestion
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Confiance ✓ Crédibilité ✓ Viabilité ✓ Stabilité ✓ Maîtrise du fonctionnement ✓ Atteinte voire dépassement des objectifs ✓ Bonne couverture sanitaire des adhérents ✓ Diversification possible des services proposés par la mutuelle 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Méfiance ✓ Suspicion ✓ Rumeurs ✓ Désillusion ✓ Instabilité ✓ Abus ✓ Désistements ✓ Faillite

Texte d'appui n° 2



Principaux supports et outils de gestion d'une mutuelle de santé

Gestion administrative

La carte d'adhérent

La carte d'adhérent peut se présenter sous différentes formes.

Elle peut être familiale. Elle comprendra, alors, toutes les informations (nom, prénom, âge, numéro de code, etc.) permettant d'identifier précisément l'adhérent et chacune des personnes à charge (épouse ou époux, enfants, etc.).

D'autres organisations préféreront une carte individuelle (une pour chaque bénéficiaire), tout en privilégiant l'adhésion par famille.

Dans certaines mutuelles, la carte sert également de carnet de santé. Elle compte alors plusieurs pages vierges que les prestataires de soins peuvent utiliser pour inscrire leurs actes et les prescriptions, ce qui est intéressant en termes de suivi.

Il faut noter que les cartes ont un coût (impression et travail de remplissage lors des adhésions). Il faut donc aller au plus simple et concevoir des cartes qui ne soient pas renouvelables trop souvent.

D'autres formules sont possibles. Par exemple, un groupement peut remplacer la carte d'adhérent par une carte du groupement que chaque malade (ou sa famille) devra retirer avant de recourir aux soins, accompagnée d'une lettre de garantie mentionnant le nom, l'âge, etc. du malade. Les frais d'adhésion sont ainsi réduits et ce système permet un contrôle avant le recours aux soins.

Quelle que soit la formule adoptée, la carte d'adhérent constitue surtout un "passeport" qui confirme au prestataire de soins que le malade est couvert par la mutuelle. Elle constitue aussi, mais dans une moindre mesure, un outil de contrôle. Cependant, pour être efficace à cette fin, une photo de chaque bénéficiaire doit apparaître sur la carte, ce qui est difficilement réalisable : les frais d'adhésion limiteraient l'accès à la mutuelle pour les familles les plus pauvres. La mutuelle doit donc développer, en parallèle, d'autres mécanismes de contrôle.

Le registre des adhérents

Le registre des adhérents est un outil de gestion administrative et de suivi important. Il doit permettre de réaliser un état régulier :

- du nombre de bénéficiaires (adhérents et personnes à charge),
- des nouvelles adhésions et des radiations au cours d'un exercice,

- des paiements des droits d'entrée et des cotisations,
- des recotisations afin de suivre, d'un exercice à l'autre, la croissance des adhésions et l'importance éventuelle des désistements.

Ce registre doit permettre d'enregistrer également d'une année à l'autre les changements possibles au sein de la famille d'un adhérent (naissance, décès, etc.). Enfin, il doit permettre de suivre le paiement des cotisations et d'identifier les éventuels retards.

La lettre de garantie

La lettre de garantie ou autorisation de soins (d'autres appellations sont possibles) est une formule utilisée par certaines mutuelles de santé désirant exercer un contrôle avant l'octroi des soins aux bénéficiaires. Il s'agit d'un bon que chaque bénéficiaire (adhérent ou personne à charge) malade doit retirer auprès de la mutuelle avant d'accéder à un service de santé. Ce bon devra être présenté au prestataire pour que le malade puisse bénéficier de la couverture de la mutuelle.

La lettre de garantie reprend les informations de la carte d'adhérent, en particulier celles concernant le malade lui-même (nom, âge, etc.). Elle autorise le prestataire de soins à soigner le malade aux conditions convenues avec la mutuelle. La lettre sera ensuite jointe à l'attestation de soins ou à la facture produite par ce prestataire.

Attestation ou bon de soins

Lorsque le malade quitte un service de santé, le jour même pour les petits risques ou après un certain séjour pour les gros risques, le prestataire de soins lui délivre une fiche attestant qu'il a été soigné et indiquant le montant que la mutuelle devra rembourser.

Cette attestation de soins n'est délivrée qu'après le paiement par le malade du ticket modérateur ou d'une autre forme de copaiement à sa charge.

Cette attestation comporte les informations suivantes :

- le nom de la formation sanitaire,
- le nom de la mutuelle (surtout si le prestataire collabore avec plusieurs systèmes d'assurance),
- le nom, le numéro de code et autres informations utiles concernant le bénéficiaire et figurant sur sa carte,
- le détail des actes délivrés au malade : consultations, examens du laboratoire, hospitalisation, médicaments et consommables médicaux, etc.,
- le montant qui sera facturé à la mutuelle,
- la date des soins ou les dates d'entrée et de sortie pour les hospitalisations,
- le ticket modérateur ou autre copaiement acquitté par le malade,

- la signature du prestataire et du malade (ou éventuellement son empreinte digitale).

Cette fiche est établie généralement en deux exemplaires :

- un pour le prestataire qui l'utilisera pour établir la facture destinée à la mutuelle,
- l'autre pour le malade qui devra le déposer auprès des responsables de la mutuelle. Ces derniers pourront ainsi réaliser un contrôle et évaluer le montant de la facture du prestataire avant même de la recevoir.

Facture du prestataire de soins

Selon une fréquence (le plus souvent chaque mois, voire trimestre) définie entre la mutuelle et le prestataire de soins, celui-ci établit une facture regroupant l'ensemble des soins délivrés aux bénéficiaires durant la période considérée.

Cette facture comporte :

- le nom du prestataire et celui de la mutuelle,
- la période couverte par la facture,
- le détail des éléments facturés, c'est-à-dire un résumé de chaque attestation de soins de la période : numéro de code du bénéficiaire, date et montant,
- la date d'émission de la facture et éventuellement (suivant la convention avec la mutuelle) le délai de remboursement.

Dès la réception de la facture, la mutuelle peut la comparer avec l'ensemble des attestations de soins que les adhérents ont déposés durant la période. Elle vérifie ainsi la correspondance des montants.

Lorsque sur la facture apparaissent des soins pour lesquels la mutuelle n'a pas reçu d'attestations, il est aisé de retrouver les adhérents concernés grâce aux numéros de code du bénéficiaire. Un contrôle pourra ensuite être réalisé.

Gestion comptable

Journal (ou livre) de caisse

Il permet l'enregistrement chronologique des mouvements de fonds en caisse. Il comporte généralement les informations suivantes :

- date,
- numéro,
- nature de l'opération/désignation,
- entrées/sorties/solde,
- observations.

Journal (ou livre) de banque

Le journal de banque permet l'enregistrement chronologique des mouvements de fonds au niveau du compte bancaire. Il sert également à établir un rapprochement bancaire. Il comporte les mêmes informations que le journal de caisse.

Le journal de caisse et le journal de banque se présentent de cette façon :

Date	N° d'ordre ou de pièce justificative	Nature de l'opération	Entrées	Sorties	Solde	Observations

Journal-grand-livre

Le journal permet d'enregistrer l'ensemble des opérations dans l'ordre chronologique tout en indiquant les comptes à créditer ou à débiter (comptabilité en partie double).

Le journal se présente de différentes façons. Il est normalement associé à un autre document comptable appelé "grand-livre" qui récapitule les opérations en débit et crédit pour chacun des comptes définies en accord avec le plan comptable.

Il existe des systèmes allégés qui regroupent journal et grand-livre. On utilise alors un document dénommé journal-grand-livre. Ce document réduit le nombre d'écritures à effectuer et donne une vue d'ensemble des opérations sur le plan comptable.

Un type de présentation simplifiée du journal-grand-livre est la suivante :

Date	N° de pièces justificatives	Libellés	Sommes		Fournisseurs		Clients		Etc.	
			Débit	Crédit	Débit	Crédit	Débit	Crédit	Débit	Crédit

Tous les comptes doivent figurer en colonnes ce qui demande un format de feuille adapté et n'est réalisable que pour des comptabilités simples (comportant un nombre restreint de comptes).

Pièces justificatives

Les enregistrements dans les documents précédents doivent être justifiés par des pièces internes ou externes (factures, attestations de dépenses, reçus, etc.). Ces pièces justificatives attestent de l'authenticité des opérations.

Elles doivent contenir au moins les informations suivantes :

- nom et coordonnées du fournisseur ou autre personne,
- nature de l'opération,
- montant en chiffres et en lettres,
- date de l'opération,
- cachet et/ou signature du bénéficiaire.

Elles ne doivent contenir ni rature, ni surcharge.

Les factures des prestataires de soins constituent également des pièces justificatives.

Le compte de résultat

Le compte de résultat est le résumé des charges et des produits de la mutuelle de santé au cours d'une période donnée, appelée "exercice" (un an généralement). Le compte de résultat compare les charges aux produits et permet le calcul du résultat de l'exercice.

Le compte de résultat est un outil de gestion important puisqu'il permet le calcul du résultat et donc une première mesure de la santé financière de la mutuelle. Il doit cependant être associé à d'autres outils (bilan, ratios financiers) permettant d'interpréter le résultat.

Le bilan

Le bilan est un tableau synthétique présentant à une date donnée la situation du patrimoine de la mutuelle. Ce tableau se présente en deux colonnes représentant respectivement l'actif et le passif.

Le bilan permet une première interprétation de la situation financière de la mutuelle. Il présente au passif l'origine des ressources dont a bénéficié la mutuelle (apport des adhérents, prêts des organismes de crédit, délais de paiement des fournisseurs/prestataires, etc.) et, à l'actif, l'emploi fait de ces ressources (immobilisations, stocks, liquidités, etc.).

Gestion financière

Le budget

Un budget constitue la traduction financière d'un programme d'actions. Il constitue une prévision des dépenses et des recettes nécessaires à la réalisation des activités de la mutuelle, pour une période déterminée (généralement une année).

Le budget doit être équilibré en recettes et en dépenses. Son établissement implique des choix au début de l'exercice, et le respect de ceux-ci au cours de l'exécution des activités. Grâce au budget, la mutuelle connaît les limites à ne pas dépasser dans les dépenses, compte tenu des recettes prévues.

Le budget élaboré à partir de la connaissance du passé et d'un certain nombre d'hypothèses sur l'avenir constitue un puissant instrument de gestion. Régulièrement, les réalisations devront être comparées aux prévisions, ce qui permet de prendre à temps les mesures nécessaires afin d'atteindre les objectifs fixés au début de l'année et de procéder aux réajustements qui s'imposent dans la prévision des recettes et dépenses.

Le plan de trésorerie Le plan de trésorerie est un tableau de prévision des entrées et sorties de fonds sur une période donnée, par exemple, six mois.

Le plan de trésorerie permet à la mutuelle de vérifier qu'elle disposera, à tout moment, de liquidités suffisantes pour faire face à ses obligations vis-à-vis des adhérents et des prestataires de soins. Ce plan permet également d'éviter la conservation de liquidités trop importantes et, en conséquence, de tirer profit des fonds de la mutuelle en les investissant par exemple auprès d'une banque.

Le plan de trésorerie est un outil de planification et de prévision, mais c'est aussi a posteriori un instrument de suivi et de contrôle.

En cas de prévision d'un "trou" de trésorerie, le plan de trésorerie s'avérera aussi un outil nécessaire pour négocier des emprunts ou des prorogations de délais de paiement envers les créanciers.

Les ratios financiers

Le suivi est une activité continue qui consiste à s'assurer que le programme d'une mutuelle de santé se déroule selon les dispositions préalablement fixées ou selon des normes communément acceptées par le mouvement mutualiste.

Le suivi financier permet de contrôler la solidité et la viabilité financières de la mutuelle. Il repose sur l'utilisation d'indicateurs qui constituent un "tableau de bord" et permet aux responsables de la mutuelle d'assurer un "pilotage" efficace de leur organisation.

Les indicateurs de suivi financier se présentent sous la forme de ratios (rapport entre deux nombres comptables). Ces ratios financiers sont particulièrement importants, car ils constituent des indicateurs qui permettent d'apprécier la santé financière de l'organisation, c'est-à-dire sa capacité à faire face, au moment voulu, à ses obligations vis-à-vis des adhérents et des tiers.

Les principaux ratios financiers utilisés dans le cadre d'une mutuelle sont :

- le ratio de liquidité immédiate,
- le ratio de solvabilité,
- le ratio de couverture des charges en prestations,
- le ratio cotisations/charges annuelles,
- le ratio frais d'administration/produits annuels.

Les sources d'information pour le calcul et la comparaison des ratios sont le bilan et le compte de résultat.

Travail de groupes n° 1



Supports et outils de gestion de la Mutuelle de santé de Sabou

Les groupements villageois d'une région rurale ont décidé de s'associer pour mettre en place une Mutuelle de santé à Sabou.

A partir des cotisations annuelles, essentiellement perçues au moment de la vente des récoltes, cette mutuelle couvrira les dépenses effectuées dans des centres de santé avec lesquels elle aura préalablement conclu un accord.

Pour mettre en place la mutuelle, les groupements ont nommé un groupe de travail chargé de proposer les modalités d'organisation et de fonctionnement de la mutuelle. Ce travail se conclura lors de l'assemblée générale constitutive de la mutuelle, par l'adoption des statuts et du règlement intérieur.

Dans le cadre de ce processus, les premiers aspects de l'organisation et du fonctionnement retenus par le groupe de travail sont les suivants :

- La cotisation sera annuelle. Elle couvrira l'adhérent et les personnes à sa charge.
- La mutuelle couvrira certains types de soins des centres de santé locaux (pour simplifier cet exercice, les modalités de prise en charge sont les mêmes quels que soient les services et les centres de santé couverts).
- La mutuelle utilisera un système de tiers payant. Pour chaque type de soins couverts, un ticket modérateur sera appliqué.
- Les organes de la Mutuelle de santé de Sabou seront les suivants :
 - ▶ une assemblée générale,
 - ▶ un conseil d'administration,
 - ▶ un comité d'exécution,
 - ▶ un comité de surveillance.
- Pour sécuriser l'argent liquide, la mutuelle ouvrira un compte à la caisse d'épargne/crédit locale.

Connaissant vos compétences en gestion, le groupe de travail vous a nommé dans un sous-comité chargé de définir les procédures et les outils de gestion administrative, comptable et financière.

Il vous est demandé d'identifier et de décrire pour chaque opération (préparation d'un exercice, traitement des adhésions, prise en charge des dépenses de soins, exécution des autres dépenses courantes de

fonctionnement, clôture de l'exercice) les procédures et les outils à mettre en place ainsi que le rôle des acteurs concernés (adhérents, organes de la mutuelle, centres de santé, etc.).

Pour ce faire, il vous est proposé d'utiliser un tableau de rôles selon le modèle page suivante.

Ce tableau a pour objectif de décomposer chaque opération en se posant les questions suivantes :

- qui fait quoi ?
- quel(s) outil(s) sera(ont) nécessaire(s) pour enregistrer cette opération ?

Pour répondre à ces questions, il vous est conseillé d'utiliser le texte d'appui n° 2 portant sur les principaux supports et outils de gestion d'une mutuelle de santé.

Tableau de rôles de la Mutuelle de santé de Sabou

Acteurs	Mutuelle de santé de Sabou					Centres de santé	Caisse locale d'épargne et de crédit	Autres fournisseurs (commerces, transporteurs, etc.)
	Adhérents	Comité d'exécution	Conseil d'administration	Comité de surveillance	Assemblée générale			
Opérations								
Préparation d'un nouvel exercice								
Traitement des adhésions								
Prise en charge des dépenses de soins								
Achats autres biens et services								
Clôture de l'exercice								

Corrigé du travail de groupes n° 1

Supports et outils de gestion de la Mutuelle de santé de Sabou

Acteurs Opérations	Mutuelle de santé de Sabou					Centres de santé	Caisse locale d'épargne et de crédit	Autres fournisseurs (commerces, transporteurs, etc.)
	Adhérents	Comité d'exécution	Conseil d'administration	Comité de surveillance	Assemblée générale			
Préparation d'un nouvel exercice		Préparation du budget et du plan de trésorerie - 1ère proposition	Préparation du budget et du plan de trésorerie - 2ème proposition		Adoption du programme d'activités, du budget et du plan de trésorerie lors de l'assemblée générale annuelle			
		Exécution	Suivi	Mandat de contrôle		BUDGET		
					PLAN DE TRESORERIE			

Acteurs Opérations	Mutuelle de santé de Sabou					Centres de santé	Caisse locale d'épargne et de crédit	Autres fournisseurs (commerces, transporteurs, etc.)
	Adhérents	Comité d'exécution	Conseil d'administration	Comité de surveillance	Assemblée générale			
Traitement des adhésions - Adhésions - Droits d'entrée - Cotisations	Demande d'adhésion	Enregistrement des adhésions	Acceptation ou refus des demandes d'adhésion		Définition statuts et règlement intérieur			
	Paiement lors de l'adhésion	Enregistrement des droits d'entrée et des cotisations payés						
	CARTE D'ADHERENT	Registre des adhérents						
	Versement annuel	Encaissement de l'argent					Dépôt sur le compte de la mutuelle	
		LIVRE DE CAISSE					CARNET DE COMPTE	
		GRAND LIVRE compte droits d'entrée compte cotisations compte caisse compte banque						

Acteurs Opérations	Mutuelle de santé de Sabou					Centres de santé	Caisse locale d'épargne et de crédit	Autres fournisseurs (commerces, transporteurs, etc.)	
	Adhérents	Comité d'exécution	Conseil d'administration	Comité de surveillance	Assemblée générale				
Prise en charge des dépenses de soins	Recours aux services de santé	→					Accueil		
	CARTE D'ADHERENT					Prestations de soins			
	Dépôt de l'attestation de soins au comité d'exécution →	←				Paiement du ticket modérateur par le malade			
		ATTESTATION DE SOINS				Délivrance d'une attestation de soins par le centre de santé			
		Contrôle ←				Facturation des soins en fin de mois			
		FACTURE MENSUELLE	Décision de remboursement						
		Encaissement ←					Retrait		
	Remboursement →					CARNET DE COMPTE			
	CAHIER DE CAISSE	Suivi du budget et de la trésorerie							
	GRAND LIVRE Cpte prestations maladie Cpte banque	BUDGET tableau d'exécution							
		PLAN DE TRESORERIE tableau d'exécution							
			Contrôle des comptes et de la régularité des opérations financières						

Acteurs Opérations	Mutuelle de santé de Sabou					Centres de santé	Caisse locale d'épargne et de crédit	Autres fournisseurs (commerces, transporteurs, etc.)
	Adhérents	Comité d'exécution	Conseil d'administration	Comité de surveillance	Assemblée générale			
Achats autres biens et services		Identification des besoins →	BUDGET tableau d'exécution	Contrôle des comptes et de la régularité des opérations financières				
			← PLAN DE TRESORERIE tableau d'exécution					
Fournitures, transports, etc.		Exécution des dépenses → caisse/retrait bancaire	Décision d'achat					
		CAHIER DE CAISSE	→					PIÈCES JUSTIFICATIVES
		GRAND LIVRE cpte fournitures cpte déplacements etc. Cpte banque Cpte caisse	←					

Acteurs Opérations	Mutuelle de santé de Sabou					Centres de santé	Caisse locale d'épargne et de crédit	Autres fournisseurs (commerces, transporteurs, etc.)
	Adhérents	Comité d'exécution	Conseil d'administration	Comité de surveillance	Assemblée générale			
Clôture de l'exercice		GRAND LIVRE Tous les comptes Clôture des comptes Préparation du compte de résultat et du bilan						
	Tous les adhérents (à jour de leur cotisations)		BILAN COMPTE DE RESULTAT RATIOS FINANCIERS Convocation de l'assemblée générale	Contrôle des comptes et de la régularité des opérations financières	Assemblée générale annuelle : Présentation du rapport d'activités et du rapport financier par le conseil d'administration Approbation par l'AG			

MODULE D'INFORMATION

**Découverte
des mutuelles
de santé**

Sommaire

Module d'information : Découverte des mutuelles de santé

Déroulement de la session		Page
1.	La prévoyance face aux dépenses de santé	267
2.	Fondements et mode de fonctionnement des mutuelles de santé	271
3.	Les bénéficiaires d'une mutuelle de santé	273
4.	Les services offerts par une mutuelle de santé	275
5.	Le processus de mise en place d'une mutuelle de santé	277
6.	Clôture du module.....	278
 Supports pédagogiques		
Schéma n° 1 :	Principes de base de la mutualité.....	281
Texte d'appui n° 1 :	Définition et principes de base de la mutualité	283
Schéma n° 2 :	Les services offerts par une mutuelle de santé.....	287
Texte d'appui n° 2 :	Les différents types de soins de santé qu'une mutuelle peut couvrir	291
Texte d'appui n° 3 :	Les conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé.....	293

Découverte des mutuelles de santé

Objectifs

Ce module constitue une introduction à la mutualité et aux mutuelles de santé. Il s'agit d'un module d'information et de sensibilisation adapté à un public large, dans le cadre de réunions ou de journées de promotion des mutuelles de santé.

Du fait qu'il propose plus une information qu'une formation, ce module ne présente pas d'objectifs pédagogiques dans une forme semblable à ceux des autres modules de ce manuel. Ici, il s'agira d'informer les participants sur ce que sont les mutuelles de santé, sur les raisons pouvant motiver leur création, sur leur mode de fonctionnement et leur processus de mise en place.

Groupes cibles

- Promoteurs des mutuelles de santé
- Adhérents potentiels des mutuelles de santé
- Personnes influentes dans le milieu d'implantation des mutuelles de santé
- Personnel de santé et représentants des autorités sanitaires
- Personnel de structures d'appui telles que les ONG, les projets ou les bureaux d'études
- Personnel des organismes de coopération bi et multi-latérales

Pré-requis

Aucun

Durée

5h 15

Contenu

- La prévoyance face aux dépenses de santé
- Fondements et mode de fonctionnement des mutuelles de santé
- Les services offerts par une mutuelle de santé
- L'adhésion à une mutuelle de santé
- Le processus de mise en place d'une mutuelle de santé

Méthodes

- Brainstorming
- Exposé
- Travail en plénière

Supports matériels

- Méta-plan
- Tableau noir
- Tableau papier
- Rétroprojecteur

**Supports
pédagogiques**

- Schémas
- Textes d'appui



La prévoyance face aux dépenses de santé

a. Travail en plénière (0h 30)



Animez un débat sur les difficultés rencontrées par les individus et les familles pour faire face aux dépenses liées à la maladie. Complétez, si nécessaire, les réponses avec les éléments suivants :

- *La maladie est le plus souvent imprévisible ; les dépenses qu'elle va occasionner ne peuvent être prévues ni quant à leur montant, ni quant à la période où elles seront nécessaires. L'individu ou la famille sont pourtant contraints d'assumer ces dépenses au moment où la maladie survient.*
- *En cas d'hospitalisation ou de maladie grave, le montant des dépenses à effectuer dépasse la capacité de paiement de la plupart des individus et familles. En Afrique, de nombreuses personnes ne peuvent même pas assumer les dépenses pour des maladies mineures. Ces difficultés sont accrues par les frais importants qui peuvent s'ajouter aux coûts des soins : déplacements, garde-malade, nourriture, etc.*

Concluez ce débat en vous inspirant du texte suivant :

Personne n'est à l'abri de la maladie. Celle-ci déjoue les prévisions et peut avoir des conséquences financières désastreuses sur le patrimoine et l'existence des individus. La contribution financière des malades à la prise en charge de la maladie est certes nécessaire pour assurer le bon fonctionnement des services de santé, mais elle limite l'accès des plus démunis aux soins. Bien souvent, les individus et leur famille ne sont pas en mesure d'assumer les dépenses nécessaires pour bénéficier des soins dont ils ont besoin.

b. Brainstorming (0h 45)



Posez la question suivante :

“Le risque financier lié à la maladie crée un réel besoin de protection auquel les familles tentent de répondre individuellement ou collectivement. Concrètement, quelles sont les alternatives à la disposition d’un individu ou d’une famille pour faire face aux dépenses liées à la maladie ?”

Notez les réponses des participants en les répartissant en trois grandes catégories conformément au tableau ci-dessous. Demandez aux participants d’illustrer leurs réponses, en mettant en valeur les avantages (rapidité de l’obtention de l’argent nécessaire, sécurité apportée, etc.) et inconvénients (endettement, dépendance, etc.) de chacune des alternatives proposées.

	Les alternatives usuelles et traditionnelles	Les systèmes de prépaiement et d’assurance	Les autres alternatives
Individuelles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recours à l’emprunt usuraire ✓ Vente de biens (bétail, meubles, outil de travail, bijoux, etc.) ✓ Utilisation des fonds de la boutique ou de l’atelier ✓ Détournement d’un crédit de son objet ✓ Travail chez un particulier ✓ Autres 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Souscription à des mécanismes de prépaiement (sans partage de risques) : <ul style="list-style-type: none"> • d’épargne/ crédit santé • d’abonnement santé ✓ Autres 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recours à la médecine traditionnelle ✓ Automédication - achat de médicaments dans une boutique ou sur le marché ✓ Autres
Collectives	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recours à l’entraide et solidarité au sein de la famille ou entre amis/voisins : prêts et/ou dons ✓ Participation à une association d’entraide ✓ Autres 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Adhésion à un système d’assurance : <ul style="list-style-type: none"> • sécurité sociale • assurances commerciales • assurances sans but lucratif • mutuelles de santé • autres 	

En vous aidant si nécessaire du texte ci-dessous, soulignez la différence entre les alternatives qui constituent une forme de prévoyance pour se protéger du risque financier lié à la maladie (événement non survenu) de celles qui constituent simplement un moyen de se procurer les ressources pour faire face aux dépenses une fois le risque survenu.

Les individus ont deux attitudes possibles face aux dépenses de santé. Ils peuvent soit attendre que la maladie survienne pour chercher les ressources nécessaires aux dépenses de santé, soit prendre des dispositions, avant qu'une maladie survienne, pour se préparer à faire face à ce type de dépenses. Dans le premier cas, il ne s'agit pas d'une protection contre le risque mais simplement d'en surmonter les implications financières. L'incertitude quant à la possibilité de faire face aux problèmes de ressources reste très élevée. Dans le second cas, l'anticipation des conséquences financières de la maladie permet de les surmonter avec plus de facilité. Il s'agit d'une démarche de prévoyance pour se protéger contre le risque financier lié à la maladie.

Dans toutes les sociétés, la plupart des individus présentent une aversion aux risques. C'est pourquoi, les femmes et les hommes ont partout développé des mécanismes de prévoyance pour se protéger des risques. Ces mécanismes se sont perfectionnés au cours de l'histoire, notamment avec le développement de l'assurance qui constitue l'outil le plus efficace de protection contre les risques.

Éléments d'analyse à l'intention du formateur

Les réponses aux conséquences financières de la maladie

Les réponses usuelles et traditionnelles :

- Le recours à l'emprunt, la vente de biens ou l'utilisation des fonds d'une boutique ou d'une entreprise familiale permettent à la famille de répondre à ses besoins immédiats. Cependant, ces options risquent de la plonger dans la pauvreté.
- Le recours à l'entraide et la solidarité familiale, entre amis/voisins ou au sein d'une association joue un rôle important et constitue une première forme de protection. Mais celle-ci rencontre rapidement des limites lorsque, par exemple, toutes les familles sont confrontées, en même temps, à des difficultés financières (périodes de soudure monétaire).

Les systèmes de prépaiement sans partage de risques et l'assurance :

- Les systèmes de prépaiement sans partage de risques : la famille épargne (plans d'épargne santé) ou achète à l'avance une certaine quantité de soins qu'elle consommera en fonction de ses besoins (cartes abonnement).
- Les systèmes avec partage de risques : il s'agit des systèmes d'assurance maladie obligatoire, des assurances commerciales, des assurances organisées par des formations sanitaires, des mutuelles de santé, etc. L'assurance constitue, dans la plupart des cas, le système de protection le plus efficace contre le risque financier lié à la maladie.

Dans les systèmes avec partage de risques ceux qui ne tombent pas malades payent pour ceux qui ont moins de chance. Les assurés acceptent ce principe parce qu'ils sont conscients de ne pas être à l'abri des risques couverts par l'assurance, que leur aversion pour ces risques est forte et qu'ils ne sont pas en mesure d'y faire face individuellement.

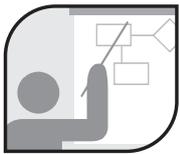
Les autres réponses :

De nombreuses familles utilisent la médecine traditionnelle car ils la considèrent comme la plus adaptée. Mais beaucoup l'utilisent également par manque d'argent. La médecine traditionnelle n'est cependant pas gratuite ; elle coûte parfois très cher, même si les tradipraticiens proposent généralement des facilités de paiement.

2

Fondements et mode de fonctionnement des mutuelles de santé

c. Exposé (0h 15)



Projetez le texte ci-dessous sur la définition d'une mutuelle de santé à l'aide d'un rétroprojecteur et commentez-le.

Une mutuelle de santé est :

- une association facultative de personnes,
- à but non lucratif,
- dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous ses adhérents,
- et qui, au moyen de leurs cotisations,
- et à partir de leurs décisions démocratiques,
- mène une action de :
 - ▶ prévoyance,
 - ▶ d'entraide et de solidarité,
- en vue d'assurer la prévention des risques liés à la maladie et la prise en charge de leurs conséquences,
- la promotion de la santé,
- et constitue un mouvement social.

d. Brainstorming (1h 00)



Posez la question suivante aux participants :

“Quelle différence faites-vous entre l'entraide et la solidarité ?”

Complétez les réponses, au besoin, avec les éléments ci-dessous :

L'entraide est une relation d'échange entre des individus confrontés aux mêmes difficultés et qui se sont identifiés autour de critères communs de cooptation (être du même quartier, du même statut socio-économique, etc.). Quelle que soit sa forme (en nature ou financière), l'entraide repose sur le principe de réciprocité.

La solidarité s'exprime envers les plus démunis, sans attendre une contrepartie venant du bénéficiaire (dons aux indigents, etc.). Quelle soit organisée par l'Etat, par des organisations confessionnelles ou par la société civile, la solidarité reste la seule réponse à l'exclusion permanente des indigents. Ceux-ci sont en effet exclus des systèmes d'entraide puisqu'ils ne sont pas en mesure de rendre l'aide qu'ils reçoivent.

Lisez ensuite le texte ci-dessous, préalablement inscrit au tableau :

Dans une mutuelle de santé, chaque adhérent verse des cotisations indépendamment de son risque personnel de tomber malade. En contrepartie de ces cotisations, la mutuelle lui garantit le paiement (ou le remboursement) de tout ou partie de ses dépenses de santé.

Posez aux participants la question suivante :

“D’après la description inscrite au tableau, expliquez en quoi le fonctionnement d’une mutuelle de santé fait appel aux notions de prévoyance et de solidarité”.

Faites la synthèse des réponses en vous aidant si nécessaire des éléments ci-dessous :

Prévoyance

Il y a prévoyance, puisque l'adhérent verse des cotisations sans certitude quant à la réalisation du risque (survenue d'un cas de maladie). Lorsque le risque se réalise, la mutuelle permet à l'adhérent de faire face aux dépenses. En s'acquittant aujourd'hui de ses cotisations, l'adhérent de la mutuelle s'assure d'avoir les moyens d'accéder aux soins de santé dont il aura besoin, seulement, demain.

Solidarité

La solidarité s'exprime à travers les modalités de calcul des cotisations : chaque adhérent paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade. Il s'agit d'une solidarité entre les malades et les bien portants ainsi qu'entre les jeunes et les personnes âgées. Lorsque la cotisation est proportionnée aux moyens financiers des adhérents, la solidarité joue également entre les riches et les pauvres.

Indiquez que la solidarité constitue l'un des principes de base de la mutualité.

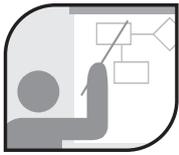
Projetez ensuite le schéma n° 1 qui répertorie l'ensemble des principes de base de la mutualité. Demandez aux participants quelle est la définition, dans le langage courant, de ces différents principes. Indiquez, au fur et à mesure, comment ces principes se traduisent dans le cadre de la mutualité.

Distribuez le texte d'appui n° 1.

3

Les bénéficiaires d'une mutuelle de santé

e. Exposé (0h 30)



Faites un exposé sur les bénéficiaires des services d'une mutuelle de santé et les conditions d'accès à ceux-ci, en vous basant sur le texte présenté ci-dessous :

Pour accéder aux services offerts par la mutuelle, il faut :

- être bénéficiaire de la mutuelle (titulaire ou personne à charge) ;
- que le titulaire ait payé le droit d'adhésion ;
- qu'il soit à jour dans le paiement de ses cotisations.

Les bénéficiaires sont constitués par les adhérents et les personnes à charge.

L'adhérent

En principe, toute personne ayant l'âge minimum, déterminé selon les habitudes et les conditions du pays ou de la région, sans aucune discrimination d'état de santé, de sexe, de race, d'ethnie, de religion, de conception philosophique ou politique, peut adhérer à une mutuelle, à condition de s'engager à en respecter les statuts et le règlement intérieur et de verser les cotisations demandées.

L'individu qui adhère à la mutuelle est appelé aussi "titulaire". Il peut ouvrir le droit aux services de la mutuelle à un certain nombre de personnes qui dépendent directement de lui et qu'on appelle "personnes à charge".

Les personnes à charge

Il peut s'agir :

- du conjoint,
- des enfants jusqu'à un certain âge,
- des ascendants au premier degré (parfois),
- d'orphelins recueillis officiellement (enfants sous tutelle).

Il est important de bien délimiter les critères définissant la condition de personne à charge ; il s'agit d'un choix très délicat, dépendant des habitudes et de la culture locales et qui aura des implications financières très importantes pour la mutuelle.

Droit d'adhésion

Dans les statuts, l'Assemblée générale peut prévoir le paiement d'un droit d'adhésion, à acquitter par tout nouvel adhérent.

Le droit d'adhésion couvre les frais administratifs liés à l'inscription et n'est pas récupérable en cas de démission de l'adhérent.

Cotisations

La cotisation est une somme d'argent versée périodiquement à la mutuelle pour pouvoir bénéficier de ses services. Une fois versée à la mutuelle, elle n'est pas récupérable.

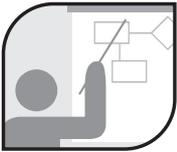
La cotisation peut être fixée de façon individuelle ou familiale (un même montant quel que soit le nombre d'individus qui composent la famille).

Insistez sur le fait que le paiement régulier de la cotisation constitue un devoir pour tous les adhérents. Un adhérent qui ne s'acquitte pas de ce devoir ne peut bénéficier de ses droits parmi lesquels figurent les services offerts par la mutuelle de santé.

4

Les services offerts par une mutuelle de santé

f. Exposé (0h 30)



Faites un exposé sur les services offerts par une mutuelle de santé en projetant le schéma n° 2. Expliquez que les éléments présentés dans le schéma constituent les différents services qu'une mutuelle peut offrir mais que dans la plus part des cas elle ne fournira qu'une partie de ces services.

g. Brainstorming (0h 30)



Animez une discussion sur les critères de choix des activités. Faites une synthèse en vous aidant du texte ci-dessous :

Choix des activités

Chaque nouveau service offert par une mutuelle de santé entraîne un avantage supplémentaire pour les adhérents mais aussi une probable augmentation de leur contribution. Dans les milieux où les revenus des individus sont faibles et/ou irréguliers, une mutuelle de santé doit tout particulièrement veiller à proposer des contributions adaptées durablement à la capacité contributive des adhérents.

Il est donc nécessaire de rechercher un équilibre entre une offre de services répondant le plus amplement possible aux besoins et la nécessité de proposer un montant de cotisation qui soit accessible à l'ensemble des adhérents.

Pour identifier les services qu'une mutuelle de santé peut mettre en œuvre, deux démarches sont possibles :

- *soit partir des revenus disponibles et fixer des objectifs en relation avec ceux-ci ;*
- *soit fixer des objectifs prioritaires et évaluer les moyens financiers nécessaires pour les atteindre.*

Dans les milieux où la contrainte principale est la faiblesse des revenus des adhérents potentiels, la démarche pratique consiste à :

- *fixer à peu près le niveau de cotisation supportable pour la population ;*

- *estimer le nombre des adhérents potentiels et les recettes annuelles possibles ;*
- *déterminer les activités prioritaires en fonction des moyens disponibles.*

Dans les milieux où cette contrainte économique est moindre, on peut procéder comme suit :

- *évaluer les besoins de santé prioritaires non couverts ;*
- *calculer les recettes nécessaires pour les couvrir ;*
- *fixer le taux de cotisation nécessaire pour assurer l'équilibre financier.*

Quelle que soit la démarche adoptée, elle sera longue et laborieuse. Il faudra en effet presque toujours établir divers scénarios possibles, sur lesquels l'assemblée générale de la mutuelle devra se prononcer. L'étendue et la nature des activités seront alors révisées en fonction des priorités des adhérents.

Une mutuelle naissante a intérêt à offrir, au départ, un nombre très limité de services. Forte de son apprentissage et du dispositif de gestion qu'elle aura mis en place, elle pourra ensuite accroître, éventuellement, le nombre de services qu'elle propose.

Distribuez le texte d'appui n° 2.

5

Le processus de mise en place d'une mutuelle de santé

h. Travail en plénière (0h 30)



Demandez aux participants d'inscrire sur une fiche (une idée par fiche) les différentes étapes du processus de mise en place d'une mutuelle de santé. Regroupez les réponses au moyen du métaplan, en demandant aux participants d'indiquer dans quel ordre se présentent ces étapes.

Complétez éventuellement les réponses avec les éléments suivants :

Etape 1 : *Prise de conscience par les adhérents potentiels des difficultés et des besoins partagés en matière de santé et décision de mettre en place une solution commune : la mutuelle de santé :*

- sensibilisation et animation au niveau de la population cible,
- vérification que les conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé sont réunies,
- constitution d'un groupe de travail.

Etape 2 : *Etude du contexte afin de disposer de l'ensemble des informations nécessaires pour déterminer les caractéristiques de la future mutuelle.*

Etape 3 : *Définition de la formule mutualiste la plus adaptée : services, organisation et fonctionnement de la mutuelle :*

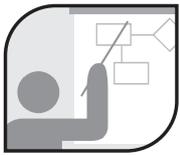
- choix des risques à couvrir et des prestations,
- choix des prestataires de soins,
- définition de l'organisation interne,
- définition des modalités de fonctionnement,
- établissement du budget.

Etape 4 : *Constitution de la mutuelle et démarrage des activités :*

- préparation et tenue de l'Assemblée générale constitutive,
- démarrage des activités.

Indiquez que l'on dénomme "étude de faisabilité", les éléments ci-dessus correspondant aux étapes 1 (partie : vérification des conditions préalables), 2 et 3.

i. Exposé (0h 30)



Distribuez le texte d'appui n° 3 sur les conditions préalables à la création d'une mutuelle de santé. Lisez-le à haute voix et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.



Clôture du module

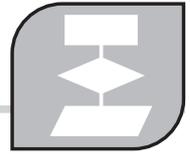
i. Synthèse (0h 15)



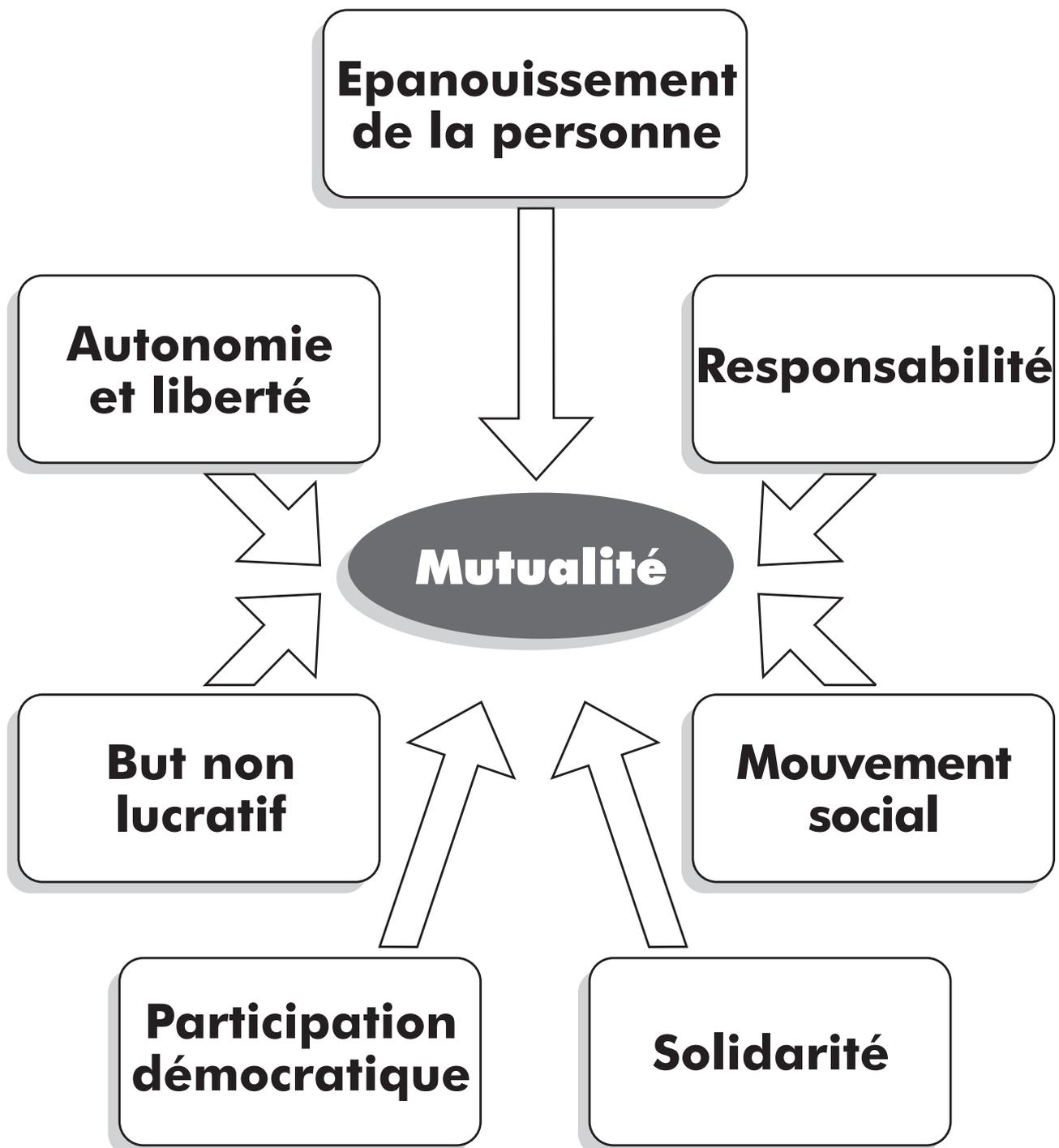
Clôturez le module en rappelant les différentes étapes du processus de mise en place d'une mutuelle de santé.

Supports pédagogiques

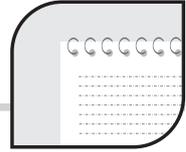
Schéma n° 1



Principes de base de la mutualité



Texte d'appui n° 1



Définition et principes de base de la mutualité

Définition de la mutualité

La mutualité désigne le mode d'organisation, le système de pensée et la philosophie d'action propres aux institutions mutualistes.

Une institution mutualiste – ou mutuelle – est une association volontaire de personnes (donc à adhésion libre), à but non lucratif (qui ne recherche donc pas le profit), dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre ses adhérents. Sur la base des décisions des adhérents et au moyen de leurs cotisations, la mutuelle mène, en leur faveur et en celle de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux. De ce fait, une mutuelle constitue un mouvement social.

Principes de base de la mutualité

Solidarité entre les adhérents

Le principe de solidarité est véritablement le fondement de la mutualité, laquelle refuse les discriminations financières et une sélection des risques. Dans une mutuelle, les modalités de fixation des cotisations – cotisation égale pour tous ou proportionnée aux moyens financiers des adhérents (par exemple en pourcentage du salaire) – ne dépendent pas du risque encouru par l'adhérent.

La solidarité est l'un des moyens d'instauration de la justice sociale ; mais il n'y a pas de solidarité sans responsabilité, notamment dans l'utilisation des ressources.

Par ailleurs, la solidarité est un concept dynamique : sa mise en œuvre, les moyens et les mécanismes pour la réaliser doivent évoluer avec la société dans laquelle la mutualité se développe.

La solidarité ne s'exprime pas seulement sur le plan financier. Elle peut aussi se manifester par un engagement bénévole, en faveur des plus démunis, des handicapés, des personnes âgées, etc., autrement dit vis-à-vis des groupes à risques.

Fonctionnement démocratique et participatif

La mutualité est le fruit de la liberté d'association ; chacun est libre d'adhérer à une mutuelle et ce, sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique.

Tous les adhérents ont les mêmes droits et obligations. Ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision.

Cette démocratie participative s'exprime à travers des structures qui garantissent aux adhérents la participation aux prises de décisions et la possibilité de contrôler le fonctionnement de leur organisation mutualiste. Dans les mutuelles de grande taille, il faut trouver des mécanismes de représentation des différents groupes qui les composent (géographiques, professionnels, etc.).

Autonomie et liberté

Une mutuelle est une organisation libre qui, en conséquence, doit pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités publiques. Cette souplesse dans l'action est bénéfique pour les adhérents car elle permet d'adapter les services offerts à leurs besoins qui évoluent. C'est ce droit à l'initiative qui permet la créativité dans la définition des objectifs et l'efficacité dans l'utilisation des moyens. Ce droit ne peut s'exercer sans la responsabilisation des adhérents de la mutuelle.

Cependant, cela ne signifie pas que la mutualité ne doit pas être soumise aux lois et règlements comme ceux régissant l'enregistrement, la comptabilité, l'audit, le contrôle, etc. Dans certains pays africains, un code de la mutualité existe déjà, comme au Mali par exemple, depuis fin 1995. Dans d'autres, les mutuelles sont enregistrées comme des associations ou encore comme des groupements coopératifs, faute d'une législation spécifique. Pour combler ce déficit, des projets de loi sont en préparation dans plusieurs pays du continent.

L'indépendance et l'autonomie signifient qu'il ne doit pas y avoir d'ingérence dans la gestion d'une mutuelle et dans le processus interne de prise de décisions.

Une mutuelle ne doit pas être autonome seulement par rapport à l'Etat, mais également vis-à-vis des partis politiques ou des groupes de pression qui défendent parfois des intérêts autres que les siens.

Epanouissement de la personne

Le respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions, quels que soient son sexe, sa race, son ethnie, son origine sociale, est un autre principe de base de la mutualité. Reconnaisant l'originalité de chacun, la recherche de l'épanouissement de la personne doit aboutir à une plus grande autonomie et responsabilité vis-à-vis de soi-même et des autres.

But non lucratif

Une organisation mutualiste qui, par vocation, a pour ambition de consacrer son action au service de ses adhérents, ne peut poursuivre un but lucratif. Toute recherche de profit est incompatible avec sa nature. Cependant, cela ne veut pas dire que la couverture des coûts de fonctionnement ne soit pas un impératif absolu. Les considérations économiques et les principes de bonne gestion ne peuvent être négligés, car ils contribuent à la réalisation du bien-être collectif.

Un surplus des recettes sur les dépenses peut, une fois qu'une réserve raisonnable a été constituée, permettre d'améliorer les services existants, de répondre à d'autres besoins des adhérents ou, éventuellement, de réduire les montants des cotisations. Ces surplus

ne devraient pas être redistribués aux adhérents, sous forme de dividendes ou de trop perçus par exemple.

Responsabilité

La solidarité, la démocratie participative, l'autonomie et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses adhérents aient un comportement responsable.

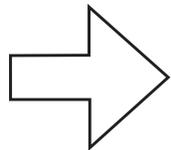
Tous les autres principes de la mutualité resteront, finalement, lettre morte si la gestion d'une organisation mutualiste n'est pas rigoureuse, si les adhérents ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis de leur santé et de celle des autres, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle ou dans les décisions qu'ils prennent.

Dynamique d'un mouvement social

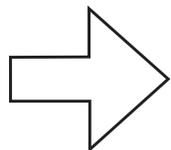
De tout ce qui précède, il découle que les adhérents des mutuelles ne sont pas des "consommateurs" passifs mais des personnes engagées dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense du bien et des intérêts communs.

Ce mouvement social peut faire partie d'un ensemble plus large, dont le syndicat, le mouvement féminin, le mouvement des jeunes ou de personnes âgées par exemple seraient les autres composantes. Il a intérêt à collaborer avec d'autres organisations pour atteindre ses objectifs.

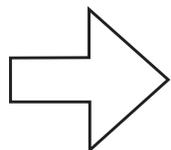
Schéma n° 2

**Les services offerts par une mutuelle de santé**

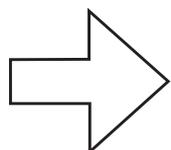
**ASSURANCE ET INTERVENTION
FINANCIÈRE EN MATIÈRE
DE RISQUES SOCIAUX**



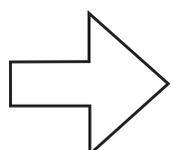
**DÉFENSE DES INTÉRÊTS
DES ADHÉRENTS**



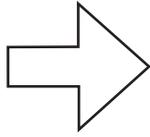
**ÉDUCATION À LA SANTÉ ET
INFORMATION DES ADHÉRENTS**



**SERVICES D'ENTRAIDE
ET DE SOLIDARITÉ**

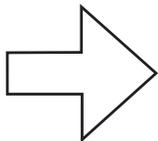


**ORGANISATION
DES SOINS DE SANTÉ**



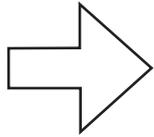
ASSURANCE ET INTERVENTION FINANCIÈRE EN MATIÈRE DE RISQUES SOCIAUX

- **Remboursement des soins de santé**
- **Paiement d'indemnités d'incapacité/invalidité**
- **Paiement de primes**



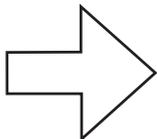
DÉFENSE DES INTÉRÊTS DES ADHÉRENTS

- **Négociation sur la politique de santé**
- **Négociation des conventions tarifaires avec les prestataires**
- **Défenses des droits individuels des adhérents**



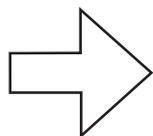
ÉDUCATION À LA SANTÉ ET INFORMATION DES ADHÉRENTS

- **Campagnes de prévention**
- **Information sur la santé et les soins de santé**
- **Information sur les droits et devoirs des adhérents**



SERVICES D'ENTRAIDE ET DE SOLIDARITÉ

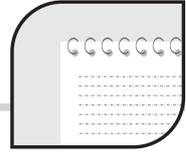
- **Aide aux jeunes, vieux, malades, handicapés**
- **Aides familiales**
- **Prêt de matériel médical**
- **Garde d'enfants malades**



ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ

- **Soins à domicile**
- **Centres de santé**
- **Polycliniques**
- **Cabinets dentaires**
- **Hôpitaux**
- **Pharmacies coopératives**

Texte d'appui n° 2



Les différents types de soins de santé qu'une mutuelle peut couvrir

Une mutuelle peut constituer le seul système de couverture des dépenses de santé de ses bénéficiaires ou peut compléter la couverture qui leur est offerte par d'autres mécanismes. Par exemple, dans les pays où les agents de l'Etat bénéficient d'un remboursement d'une partie de leurs dépenses de santé par un système de sécurité sociale publique, des mutuelles ont été créées pour couvrir la partie des frais non prise en charge.

Une mutuelle peut couvrir une ou plusieurs catégories de soins :

Soins de santé de base

Les soins de santé de base sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les centres de santé, premier point de contact de la population avec les systèmes de santé. Ils comportent :

- Les soins préventifs et promotionnels qui comprennent les consultations pré et postnatales, le suivi des nourrissons sains, les vaccinations, la planification familiale, l'éducation à la santé, l'assainissement.

Habituellement, la prévention fait partie des tâches d'un centre de santé ; elle est le plus souvent financée par l'Etat et ses partenaires en coopération, notamment à travers des programmes de vaccination. Une partie des coûts est à la charge du centre de santé qui la répercute sur les utilisateurs.

L'éducation à la santé est souvent assurée par les centres de santé, parfois par certains hôpitaux. Son coût est généralement inclus dans le prix des actes curatifs ou préventifs. S'il y a carence en la matière, la mutuelle peut créer son propre service d'éducation à la santé.

- Les soins curatifs comprennent, essentiellement, les consultations, les soins infirmiers, la fourniture de médicaments et quelques analyses de laboratoire. Parfois, on y adjoint la petite hospitalisation qui a lieu dans les centres de santé (mise en observation) ou les accouchements assistés.
- La prise en charge des maladies chroniques (diabète, drépanocytose, hypertension artérielle, hémophilie, maladies cardiaques, etc.) et des soins à domicile, éventuellement.
- La prise en charge des enfants souffrant de malnutrition et leur récupération nutritionnelle à partir des aliments locaux.

Soins hospitaliers

Ces soins comprennent tant l'hébergement à l'hôpital que les actes médicaux, chirurgicaux, techniques et les médicaments consommés. Compte tenu du coût élevé des prestations liées à l'hospitalisation, on les range souvent sous la rubrique "gros risques".

Soins spécialisés

Les soins spécialisés comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques telles que la radiologie et la biologie clinique qui sont effectués soit à l'occasion d'une hospitalisation soit lors d'une consultation externe (visite du patient).

Soins dentaires

Les soins dentaires, dispensés par des cabinets indépendants des centres de santé, constituent le plus souvent un service à part. Certaines mutuelles accordent le remboursement de ces soins. La mutuelle peut également envisager le remboursement des prothèses dentaires.

Lunetterie

La mutuelle peut rembourser l'achat de lunettes, pour autant qu'elles fassent l'objet d'une prescription médicale ; le plus souvent, les interventions sont limitées aux verres prescrits : les montures ne sont pas remboursées. Dans certaines mutuelles, les montures peuvent être remboursées sur la base d'un forfait, compte tenu de la diversité de leur prix.

Médicaments

En ce qui concerne les médicaments, il importe de déterminer la liste de ceux qui seront remboursés par la mutuelle. Etant donné la différence de prix entre les médicaments de marque (spécialités) et les médicaments génériques, il est conseillé de ne rembourser que ces derniers lorsqu'ils sont disponibles ou les spécialités correspondantes sur la base du prix des génériques. Il est nécessaire de limiter la liste des médicaments couverts (liste des médicaments essentiels établie par le ministère de la Santé du pays et par l'OMS).

L'idéal est que les médicaments soient délivrés par les formations médicales. Si cela n'est pas possible, les médicaments de la liste ne seront remboursés que s'ils ont été prescrits. Dans cette dernière hypothèse, les abus éventuels sont plus difficiles à limiter.

Transport des malades

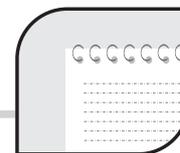
Outre la prise en charge des soins de santé, la mutuelle peut organiser et prendre en charge le transport des malades vers un centre de santé ou leur transfert vers l'hôpital conventionné le plus proche, dans le cadre d'une référence (patient transféré vers un hôpital après avoir consulté un centre de santé).

Les autres risques sociaux

Même si leur mission principale est la couverture des soins de santé, certaines mutuelles couvrent aussi d'autres risques sociaux auxquels leurs adhérents sont exposés. Ainsi, la mutuelle peut octroyer des allocations de type forfaitaire à l'occasion de certains événements : naissance, mariage, décès, etc. Le but ainsi poursuivi est d'aider financièrement les personnes qui, à ces occasions, pourraient être confrontées à des dépenses exceptionnelles.

Vu le risque élevé que ce type de prestation induit sur la viabilité financière de la mutuelle, il est indiqué de mettre en place une caisse spécifique, indépendante et complémentaire, à caractère contributif.

Texte d'appui n° 3



Les conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé

Une mutuelle de santé n'est pas toujours le système de prévoyance le mieux adapté à un contexte donné. Une première activité consiste à vérifier l'existence d'un certain nombre de conditions nécessaires à la création d'une mutuelle.

Des liens de solidarité doivent exister entre les futurs adhérents

La solidarité est un facteur indispensable à tout regroupement d'entraide. Elle est la base fondamentale de la mutualité. Les liens de solidarité nécessaires à la mise en place d'une mutuelle de santé peuvent découler de plusieurs situations : habitants d'un village ou quartier, travailleurs d'une entreprise, membres d'un mouvement social, etc.

Les adhérents potentiels doivent éprouver des difficultés financières pour accéder aux soins de santé

La future mutuelle de santé apportera, principalement, une solution aux problèmes financiers d'accès aux soins de santé. Cette difficulté constitue le premier élément pouvant justifier la création d'une mutuelle.

Pour que la population visée éprouve un véritable intérêt pour la mutuelle, il est nécessaire non seulement que celle-ci réponde à un besoin réel mais aussi que ce besoin soit considéré comme prioritaire ou pour le moins comme important ; cette condition n'est pas toujours remplie au début du projet. Il faut alors aider les populations à clarifier et à exprimer leurs besoins sans en susciter de manière artificielle.

La population cible doit avoir confiance dans les initiateurs du projet

Les personnes susceptibles d'adhérer à la future mutuelle doivent faire confiance aux initiateurs du projet. En effet, elles vont confier leurs cotisations à l'organisation en gestation. De ce fait, les antécédents relatifs aux relations entre la population et les initiateurs du projet constitueront des éléments importants pour apprécier les possibilités de création d'une mutuelle.

La confiance de la population dans le projet sera aussi conditionnée par les succès ou les échecs qu'elle aura connus dans le même domaine ou dans des expériences similaires (coopératives de services, caisses d'épargne et de crédit, etc.). Ces dernières devront donc être analysées pour juger de la faisabilité du projet de création de la mutuelle et définir la démarche à adopter.

L'attitude des autorités locales (officielles, traditionnelles) vis-à-vis du projet sera également importante ; les initiateurs du projet auront donc généralement intérêt à prendre rapidement contact avec elles. Toutefois, une attitude positive de leur part ne constitue pas une condition indispensable au démarrage et au développement de la mutuelle.

Des services de santé de qualité doivent être disponibles

La mutuelle doit compter sur une offre de services de santé permettant de faire face aux principaux besoins de ses bénéficiaires. Ces services peuvent être fournis par des centres de santé, des hôpitaux ou par des professionnels de la santé du secteur privé opérant individuellement (médecins, infirmiers, physiothérapeutes, etc.).

Ces services doivent être offerts dans des lieux pas trop éloignés de ceux de résidence et de travail de la population concernée par la mutuelle. Ils doivent être de qualité. Ce doit être avant tout pour des raisons d'ordre financier (capacité insuffisante à payer les soins) que la population a un accès limité aux soins de santé.

Cependant, il se pourrait que certains centres de santé ne soient pas bien appréciés des populations parce qu'ils sont, par exemple, régulièrement confrontés à des pénuries de médicaments ou l'accueil n'y est pas toujours convenable (souvent en relation avec le niveau des salaires des personnels, l'état des équipements, etc.). Il faudra alors voir si la mutuelle peut apporter une réponse à ces déficiences (meilleure disponibilité financière permettant d'avoir un stock de médicaments, hausse de la rémunération du personnel afin qu'il soit plus motivé, etc.).

La mutuelle ne créera ses propres centres de santé ou hôpitaux que s'il n'existe pas de prestataires de soins proches de la population et qui peuvent lui fournir des services de qualité (éventuellement avec l'aide de la mutuelle). Si ces services existent mais sont d'un coût trop élevé, la création de formations médicales rattachées à la mutuelle peut, également, être envisagée.

Les formations médicales créées sur l'initiative de la mutuelle devront avoir une personnalité juridique distincte de celle-ci. En outre, il importe de bien connaître et distinguer les résultats financiers de chacune des structures, de séparer leur gestion et de ne pas confondre les responsabilités de leur direction respective.

Une dynamique de développement socio-économique est engagée

L'existence d'une dynamique de développement économique facilite, surtout dans les régions rurales, l'introduction d'un financement mutualiste des services de santé. Les activités économiques rentables procurent aux populations des ressources financières qui, si elles ne leur permettent pas de couvrir individuellement le coût de leurs soins de santé, peuvent leur permettre de le faire, de manière collective, par le biais de la solidarité entre les malades et les bien portants.

Glossaire

- Accès aux services de santé** Possibilité, pour la population, d'utiliser les services de santé. Pour que l'ensemble de la population puisse accéder aux services de santé, il faut que soient levés des obstacles économiques, financiers, géographiques, psychologiques, culturels et autres.
- Adhérent (d'une mutuelle)** Personne qui s'affilie à la mutuelle et s'engage à en respecter les statuts et le règlement intérieur et à verser ses cotisations. On l'appelle aussi titulaire. Il peut ouvrir le droit aux services de la mutuelle à un certain nombre d'individus dépendant directement de lui et qu'on appelle personnes à charge : ce sont généralement son conjoint et ses enfants, jusqu'à un certain âge, ses ascendants au premier degré, etc. Les adhérents et les personnes à charge constituent les bénéficiaires de la mutuelle.
- Assemblée générale** L'assemblée générale regroupe l'ensemble des adhérents. Dans les organisations de l'économie sociale (mutuelles, coopératives, associations), l'assemblée générale est l'organe de décision le plus important. Elle détermine les objectifs et la politique générale.
- Association** Groupement de personnes qui se réunissent librement en vue d'atteindre un but déterminé ou de défendre des intérêts communs. Exemple : association de producteurs, de consommateurs, de défense des droits de l'homme, sportive, culturelle, etc. Au contraire des sociétés commerciales, les associations mènent leurs activités dans un but non lucratif.
- Assurance** Système de couverture des risques ou des événements incertains, par la répartition préalable, entre plusieurs personnes, des coûts résultant de la survenue de ces risques.
- Dans le langage courant, l'assurance désigne :
- le contrat qui garantit des prestations définies en cas de réalisation d'un risque précis, contre le paiement d'une prime ou de cotisations par le "client".
 - l'entreprise ou organisation (commerciale ou non, publique ou privée) qui gère des contrats ou systèmes d'assurance.
- Assurance commerciale** Système de couverture des risques par un contrat passé entre un assureur (ou compagnie d'assurances) et un assuré (individu ou groupe). En contrepartie d'un versement de primes/cotisations, l'assureur garantit à l'assuré le paiement d'une indemnité convenue en cas de réalisation d'un risque déterminé (incendie, inondation, vol, accident, maladie, perte de récoltes, etc.). Les assurances commerciales sont à but lucratif.

Assurance groupe	Contrat d'assurance passé entre une compagnie d'assurance commerciale et un groupe de bénéficiaires (le plus souvent tout le personnel d'une entreprise). Il s'agit d'une couverture complémentaire aux systèmes de sécurité sociale, soit dans le domaine des soins de santé (exemple : assurance hospitalisation), soit dans celui des pensions de retraite (revenu garanti après la fin de carrière du salarié).
Assurance maladie obligatoire	Système légal et obligatoire de prise en charge par la collectivité des dépenses de santé d'un individu dans le cadre d'un régime de sécurité sociale généralisé et organisé par l'Etat.
Assurance maladie complémentaire	Système facultatif de prise en charge des dépenses de santé non couvertes par le régime de sécurité sociale, organisé par une initiative privée, le plus souvent une mutuelle ou une compagnie d'assurance.
Assurance sociale	<p>Expression généralement utilisée pour désigner les systèmes d'assurance obligatoire existant dans certains pays développés (par exemple en Europe) et basés sur la solidarité nationale. Le gouvernement de Bismarck, en Allemagne, était le premier à instituer un système d'assurance sociale dans ce sens, et depuis lors, celui-ci a inspiré plusieurs systèmes similaires en Europe.</p> <p>Pourtant, dans un sens plus large, l'assurance sociale peut aussi être comprise comme tout système d'assurance à but non lucratif basé sur la solidarité sociale, qu'il soit volontaire ou obligatoire ; les mutuelles peuvent en être un exemple.</p>
Autorités sanitaires	L'expression désigne les structures (ou responsables) de santé publique ayant en charge les zones couvertes par la mutuelle. Les autorités sanitaires se distinguent des prestataires publics de soins par leur mandat qui n'est pas d'offrir des services de santé mais généralement de promouvoir la santé et de réguler le secteur.
Bénéficiaire (d'une mutuelle)	Toute personne qui, à titre de titulaire ou de personne à charge, bénéficie des services de la mutuelle.
Contrôle social	L'expression désigne le contrôle interne induit par l'existence de relations sociales entre les adhérents (ils se connaissent, ils sont du même groupe ethnique, etc.). Le contrôle social ne constitue pas un mécanisme formel de contrôle.
Conventions (entre mutuelles et prestataires de soins)	Accords conclus entre les prestataires de soins et les mutuelles, comprenant la définition des services couverts, les tarifs à appliquer, le montant et les modalités de remboursement. Les conventions doivent garantir, à l'adhérent, la possibilité de disposer de soins de qualité à un tarif raisonnable et connu d'avance.

Coopérative	Association de personnes qui se sont volontairement groupées pour atteindre un but commun, par la constitution d'une entreprise dirigée démocratiquement, en fournissant une quote-part équitable du capital nécessaire et en acceptant une juste participation aux risques et aux fruits de cette entreprise au fonctionnement de laquelle les membres participent activement (<i>Extrait de la Recommandation n° 127 sur les coopératives de l'Organisation internationale du Travail</i>).
Cotisation (d'un membre d'une mutuelle)	Somme d'argent déterminée, périodiquement versée à la mutuelle par l'adhérent pour pouvoir bénéficier de ses services.
Droit d'adhésion (à une mutuelle)	Somme d'argent versée à une mutuelle par le nouvel adhérent au moment de son inscription : elle couvre les frais administratifs et n'est pas récupérable en cas de démission.
Echelle des infrastructures sanitaires	Ensemble des infrastructures de santé dont les fonctions sont identiques. Les dispensaires, centres de santé ou cabinets médicaux en constituent le premier échelon ; les hôpitaux de zone le deuxième échelon ; les hôpitaux régionaux ou les hôpitaux universitaires le troisième. En général, il faut un système de référence pour passer d'un échelon à l'autre (sauf en cas d'urgence), ce qui veut dire, par exemple, que pour accéder à l'hôpital, il faut y être référé par le dispensaire.
Excédent	Ce terme désigne la différence entre les produits et les charges de l'exercice lorsque les produits sont supérieurs aux charges. Suivant les législations et le statut juridique de l'organisation, d'autres termes peuvent être utilisés comme bénéfices ou gains.
Exercice (comptable)	Période sur laquelle sont établis les états financiers d'une organisation. Le choix de l'exercice est souvent soumis à une réglementation. Généralement, il correspond à l'année civile.
Fonds de garantie	Désigne un fonds auquel une mutuelle peut faire appel en cas de difficultés financières. Généralement, le fonds de garantie intervient sous forme de prêt à la mutuelle qui le sollicite. Les cas qui permettent de recourir au fonds de garantie sont définis avec précision. L'intervention du fonds de garantie peut être conditionnée à des modifications dans le fonctionnement de la mutuelle.
Fonds de réserve	Les fonds de réserve désignent des capitaux propres dont la mutuelle a la propriété. Ils figurent au passif du bilan comptable. Dans les systèmes d'assurance, les réserves sont généralement constituées à partir des excédents des exercices. Elles font très souvent l'objet d'une réglementation.

Forfait	Le terme désigne le montant versé comme prestation aux adhérents lorsqu'il est fixé d'avance et indépendamment du montant réel des frais médicaux.
Formation médicale ou formation sanitaire	Toute structure ou institution intervenant dans le domaine de la santé en tant que prestataire de soins de santé auprès de la population (centre de santé, dispensaire, cabinet médical, hôpital etc.).
Franchise	Lorsqu'une mutuelle ne couvre que les montants supérieurs à une somme fixée à l'avance, cette somme est appelée franchise. La franchise est en général fixée en fonction du type de services couverts.
Médecin-conseil	Médecin qui travaille au sein d'une mutuelle et qui donne des conseils aux prestataires de soins et aux patients. Il conseille aussi la mutuelle dans l'établissement de conventions avec les prestataires de soins, contrôle la pertinence des soins donnés, le bien-fondé et le respect des procédures de remboursements. Il peut aussi intervenir dans les activités d'éducation à la santé.
Médicament générique	Médicament désigné par le nom de son principe actif le plus important, et non par son appellation commerciale. En général, la Dénomination Commune Internationale (DCI), établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), correspond au nom générique.
Médicaments essentiels	Les médicaments essentiels sont ceux qui sont sélectionnés par l'OMS en raison de leur importance pour prévenir ou soigner les maladies les plus fréquentes dans un pays. L'emploi de cette sélection permet d'améliorer la thérapie, de garantir un bon usage des médicaments et contribue à réduire les dépenses de santé.
Mouvement social	Tout groupe social organisé (association de personnes, syndicat, groupement, mutuelle, coopérative) qui mène des actions en faveur du mieux-être de ses membres et de la société en général.
Mutualisation du risque	Principe selon lequel les risques individuels sont rassemblés pour être redistribués entre les membres. Il s'agit d'un partage du risque sur lequel reposent les mécanismes d'assurance.
Offre de soins	L'expression désigne l'ensemble des services de santé disponibles pour une population donnée.
Patient	Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.
Période d'observation ou période d'attente	Egalement appelée période probatoire ou stage d'attente (ou tout simplement stage), elle correspond au temps pendant lequel un nouvel adhérent paie ses cotisations sans avoir droit aux services de la

mutuelle. Cette période est nécessaire pour éviter que certaines personnes ne s'affilient uniquement au moment précis où elles en ont besoin et ne démissionnent ensuite (par exemple adhésion en prévision d'un accouchement).

Personnalité juridique

La personnalité juridique peut être accordée aux personnes physiques ou morales. La personne physique est tout être humain, tandis que la personne morale est un groupement d'individus auquel la loi reconnaît une personnalité juridique distincte de celle de ses membres. Comme une personne physique, une personne morale a des droits et des obligations. La personnalité juridique peut s'acquérir par l'enregistrement sous différentes formes : association sans but lucratif (ASBL), coopérative, mutuelle, société anonyme (SA), société à responsabilité limitée (SARL), etc.

Personne à charge (pour une mutuelle)

Personne qui, sans être membre de la mutuelle, bénéficie de ses services en raison de son lien de parenté avec un membre titulaire (par exemple, un conjoint, un enfant, un ascendant, etc.).

Plafonnement des prises en charge

La mutuelle peut limiter sa prise en charge à un montant maximum pour un événement particulier. La part des frais supérieure à ce montant est à la charge de l'adhérent. Ce plafonnement permet de limiter les dépenses de la mutuelle et de la protéger de cas "catastrophiques" qui, par leur coût très élevé, pourraient entraîner la faillite de l'organisation.

Prestataires de soins

Terme général désignant toute personne ou formation médicale qui dispense des soins de santé à un patient.

Prévoyance

Attitude qui consiste à prendre un certain nombre de mesures, à s'organiser pour pouvoir faire face à un risque. Par exemple, stocker des denrées alimentaires en prévision d'une sécheresse ou d'une pénurie, épargner en vue d'un mariage, etc.

Protection sociale

Terme générique couvrant l'ensemble des garanties contre la réduction ou la perte de revenu en cas de maladie, de vieillesse, de chômage (ou d'autres risques sociaux), incluant la solidarité familiale ou ethnique, l'épargne individuelle ou collective, l'assurance privée, les assurances sociales, la mutualité, la sécurité sociale, etc. (*D'après le thésaurus du Bureau international du Travail, Genève, 1998*).

Réassurance

La réassurance est un mécanisme selon lequel un système d'assurance souscrit une assurance auprès d'une autre assurance. Il s'agit donc de l'assurance de l'assureur. C'est une assurance de deuxième degré pour une mutuelle qui la lie à un réassureur. Ce mécanisme permet une diversification des risques et leur répartition sur une base plus large.

Recouvrement des coûts	Politique ou pratique consistant à faire payer aux patients une partie ou la totalité du coût des soins.
Référence obligatoire	Désigne l'obligation de consulter un médecin d'un échelon donné avant de pouvoir être reçu par une formation médicale d'un échelon supérieur. Le médecin réfère le patient à l'échelon supérieur.
Règlement intérieur	Document qui fixe les règles et modalités pratiques de fonctionnement d'une association, que tous les membres doivent s'engager à respecter pour permettre une bonne organisation des activités de l'association. Le règlement intérieur complète et rend plus explicites les statuts.
Risque	Probabilité qu'un événement (bon ou mauvais) se produise. Par extension, événement indésirable contre la survenance duquel on s'assure. Les principaux risques sociaux sont : la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage, le décès, etc. (voir sécurité sociale). Les risques sociaux positifs sont le mariage, la naissance, etc.
Risque de surprescription	Les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation des prestations en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du fait que ce dernier sait qu'il est assuré.
Risque moral	Le risque moral est le phénomène suivant lequel les bénéficiaires d'une assurance ont tendance à consommer abusivement, ou plus que d'ordinaire, les services proposés, de manière à "valoriser" au maximum les cotisations versées.
Risques de santé	En matière de soins de santé, on fait la différence entre gros risques et petits risques. Les gros risques sont ceux qui impliquent de grosses dépenses, comme une hospitalisation, un accouchement, une opération chirurgicale, etc. Les petits risques sont ceux qui impliquent des dépenses moins élevées, comme les consultations auprès d'un médecin généraliste ou l'achat de médicaments.
Santé	Selon la définition de l'OMS : "la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité".

Sécurité sociale	Protection que la société accorde à ses membres, grâce à une série de mesures publiques, contre le dénuement économique et social où pourraient les plonger, en raison de la disparition ou de la réduction sensible de leur gain, la maladie, la maternité, les accidents du travail et les maladies professionnelles, le chômage, l'invalidité, la vieillesse ou un décès ; à cela s'ajoute la fourniture de soins médicaux et l'octroi de prestations aux familles avec enfants. (D'après la convention n° 102 de l'Organisation internationale du Travail concernant la sécurité sociale [norme minimum]).
Sélection adverse	Il y a sélection adverse ou antisélection, lorsque les personnes courant un risque plus élevé que la moyenne s'affilient à un système d'assurance, dans une proportion supérieure à celle qu'elles représentent dans la population générale. Cette situation peut compromettre la viabilité financière du système par un niveau de dépenses trop élevé par membre affilié.
Soins de santé de base	Soins courants dispensés aux patients dans les formations médicales, premier point de contact de la population avec le système de santé. Ces soins comprennent les soins préventifs et promotionnels, les soins curatifs simples et la récupération nutritionnelle.
Soins de santé primaires	Stratégie de développement sanitaire basée sur l'amélioration de la qualité des services de santé de premier échelon, sur leur extension (de l'aspect curatif aux interventions de prévention et de promotion) et sur l'encouragement de la participation active de la population à la gestion des services et à la prise en charge de leurs coûts.
Soins ambulatoires	Soins effectués dans un établissement médical, mais sans hospitalisation ou internement du patient qui vient s'y faire soigner, puis rentre chez lui.
Soins à domicile	Soins dispensés au domicile du patient, lorsque celui-ci n'est pas en mesure de se déplacer. Dans certains pays, les médecins ou les infirmières effectuent, ainsi, des visites à domicile, mais les tarifs sont plus élevés car on tient compte des frais de déplacement du prestataire de soins.
Soins hospitaliers	Soins dispensés à l'occasion de l'hospitalisation d'un patient, c'est-à-dire d'un séjour de plusieurs journées à l'hôpital.
Soins spécialisés	Consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques (radiologie, biologie clinique, etc.).
Spécialité	Médicament protégé par un brevet et vendu sous un nom de marque choisi par le fabricant.

- Ticket modérateur** Il représente la part du coût du service couvert déduite du montant remboursé à l'adhérent. Il est exprimé en pourcentage. On l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de modérer la consommation de soins de santé.
- Tiers payant** Système de paiement des dépenses de santé dans lequel le membre ne paie au prestataire que la partie du coût des soins qui est à sa charge (ticket modérateur). La mutuelle paie le complément de ce coût directement au prestataire.