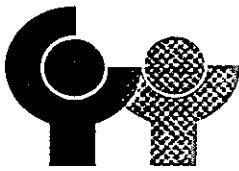


Mutuelles de santé en Afrique

Manuel de formateurs

Mutuelles de santé
en Afrique

Manuel de formateurs



WSM
SOLIDARITE MONDIALE
WORLD SOLIDARITY



ANMC

Solidarité Mondiale (WSM) est le service de la Coopération au Développement du Mouvement Ouvrier Chrétien de Belgique. Elle 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 (A.N.M.C) 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
121, Rue de la loi
1040 Bruxelles
Belgique
Téléphone : (+32/2) 237 37 65
Fac-similé : (+32/2) 237 37 00

ANMC
Service Coopération Internationale
Rue de la loi 121
1040 Bruxelles, Belgique
Téléphone : (+32/2) 237 41 11
Fac-similé : (+32/2) 237.33.00

PROGRAMME

ACOPAM

Le programme ACOPAM « Appui associatif et coopératif aux initiatives de développement à la base dans le Sahel » renforce la capacité des populations, hommes et femmes, à initier ou consolider des processus de développement durable. A travers ses activités, ACOPAM contribue à la lutte contre la pauvreté extrême, à l'autosuffisance et à la sécurité alimentaire, à la lutte contre la désertification et à l'amélioration de la productivité.

L'action d'ACOPAM est centrée sur la formation et l'organisation des producteurs ruraux. Les domaines concernés sont multiples. Ils ont trait par exemple à l'autogestion des terroirs, des périmètres irrigués, des banques céréalières, des marchés de coton ou de systèmes d'épargne/crédit villageois. ACOPAM appuie directement les populations rurales au Burkina Faso, au Mali, en Mauritanie, au Niger et au Sénégal. A partir d'actions test sur le terrain, ACOPAM produit des outils méthodologiques validés qui sont diffusés auprès de différents acteurs du développement rural.

ACOPAM est le fruit d'un partenariat actif entre les pays sahéliens, la Norvège et le Bureau international du Travail.

Programme BIT-ACOPAM
BP 414
Dakar - Sénégal
Email : acopam@sonatel.senet.net

Téléphone : (+ 221) 824 58 84
(+ 221) 824 57 38
Fac-similé : (+ 221) 825 29 40

Mutuelles de santé en Afrique

Manuel de formateurs

Copyright © Organisation internationale du Travail 1997

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 Service des publications (Droits et Licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

ISBN 92-2-210773-0

Première édition 1997

Les désignations utilisées dans cette publication, 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 tel ou tel produit, ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications d'ACOPAM peuvent être obtenues à son siège : rue F x David Diop, Dakar-Fann, B.P. 414, Dakar, Téléphone (+221) 824 58 84, (+221) 824 57 38, Fac-similé (+221) 25 29 40, Email : acopam@sonatel.senet.net et dans les librairies indiquées sur le catalogue des publications. Ce catalogue et la liste des prix peuvent être obtenus sur demande.

Imprimé au Sénégal

Avant-propos

Depuis la fin des années 70, l'économie mondiale traverse une grande instabilité qui s'est traduite, en Afrique, par de profondes mutations politiques, économiques, et sociales.

Dans le domaine politique, de nombreux pays africains se sont engagés dans des processus de démocratisation débouchant sur l'avènement ou la restauration du multipartisme, la tenue d'élections libres, et la naissance ou la renaissance de mouvements sociaux indépendants.

Sur le plan économique, les quinze dernières années ont été marquées par une baisse ou une stagnation de la production, des revenus et du niveau de vie des populations. Dans les années 80, des programmes d'ajustement structurel ont été mis en oeuvre, dans la plupart des pays africains, pour remédier à cette crise. Ces programmes ont entraîné une réduction drastique des dépenses publiques et une dévaluation des monnaies durement ressenties par les couches les plus pauvres de la population.

La dégradation des conditions économiques s'est accompagnée d'une détérioration de l'état de santé de la population, notamment des femmes et des enfants. 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.

Face à cette situation, les ministres de la Santé des pays africains se sont réunis au Mali 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). Cette conférence a été marquée par le lancement de « l'Initiative de Bamako » dont le 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* ». Pour atteindre ce but, de nouvelles orientations ont été définies, visant une augmentation de l'efficacité des services de santé, une limitation de leurs coûts et leur disponibilité permanente. L'Initiative de Bamako repose sur une participation des communautés tant dans la gestion que dans le financement des Centres de santé.

Parallèlement, et souvent en complémentarité avec l'Initiative de Bamako, les acteurs africains du secteur de la santé et les mouvements sociaux ont commencé à se mobiliser pour trouver des solutions au double défi de l'amélioration de la santé des populations et du financement durable des soins de santé. Ces solutions sont principalement inspirées des pratiques traditionnelles d'entraide mutuelle en Afrique et des mouvements sociaux mutualistes européens.

L'entraide et la solidarité ne sont pas des notions nouvelles en Afrique. Elles interviennent dans de nombreux domaines parmi lesquels on peut citer : les travaux au niveau des champs, la construction d'habitations, le transport des malades ou encore l'entraide financière en cas d'événements familiaux comme les naissances, les mariages ou les funérailles. L'influence des expériences européennes s'est également traduite par d'autres formes de solidarité, notamment par l'apparition des Mutuelles de santé qui ont vu le jour sur le continent pendant la colonisation.

La mutualité, forme d'association volontaire de personnes constituée pour se prémunir contre certains risques de la vie, est une solution qui peut être efficace, face au problème d'accès aux soins de santé en Afrique. Elle combine les deux principes fondamentaux de l'assurance 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 se réalise un risque (maladie, naissance, décès, etc) et il y a solidarité, car si tous les membres cotisent, seuls ceux qui sont affectés par un événement déterminé bénéficient d'un soutien financier. La mutualité est un système de prévoyance efficace pour se prémunir contre l'irrégularité saisonnière des revenus, notamment en milieu rural. À travers la mutualité, une solidarité s'organise entre les malades et les bien portants, les jeunes et les vieux, les riches et les pauvres... Contrairement aux 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.

Gérée par ses adhérents, la Mutuelle de santé est, aussi, un lieu d'apprentissage de la transparence et de la participation. Par leur rôle dans la gestion de la mutuelle, les membres comprennent mieux le fonctionnement des systèmes de santé et deviennent des interlocuteurs avisés des prestataires de soins : ce qui a des effets positifs sur la qualité et le tarif des soins.

L'organisation non gouvernementale Solidarité Mondiale s'est intéressée aux initiatives prises, en Afrique, pour faire face à la dégradation des systèmes de santé. En 1994, Solidarité Mondiale a financé une recherche ayant pour but d'analyser diverses expériences mutualistes dans sept pays africains et de formuler des recommandations pour améliorer leur efficacité. Cette recherche a mis en

évidence le besoin des différents acteurs de disposer d'un matériel adéquat de formation pour la promotion, la création et l'administration des Mutuelles de santé. Pour réaliser ces actions, Solidarité Mondiale a bénéficié du concours de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique (ANMC).

Pour conduire leurs activités de promotion des Mutuelles, Solidarité Mondiale et l'ANMC se sont associées au Programme d'Appui Associatif et Coopératif aux Initiatives de Développement à la Base (ACOPAM) du Bureau international du Travail (BIT). ACOPAM intervient, depuis 1978, dans différents pays d'Afrique où il a mené de nombreux projets pour contribuer à la consolidation et au développement des organisations associatives et coopératives. À travers cette expérience, ACOPAM a accumulé un important savoir-faire en matière de formation et de production d'outils méthodologiques et didactiques.

Le BIT est, traditionnellement, actif en matière de «Sécurité sociale» dans trois grands domaines :

- fixation de normes internationales : plusieurs Recommandations et Conventions de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) traitent de la sécurité sociale : elles visent à orienter l'action des États membres dans la conception, l'organisation et le financement des systèmes de sécurité sociale ;
- services d'étude et d'information sur les systèmes de sécurité sociale dans le monde, en collaboration avec l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS) ;
- services consultatifs et coopération technique en matière de conception, de mise en oeuvre ou de restructuration de la sécurité sociale.

Actuellement, le BIT accorde beaucoup d'attention à l'extension de la protection sociale à l'ensemble de la population. Dans ce cadre, il a engagé, entre autres, différents programmes de coopération techniques dont certains en collaboration avec l'Association Internationale de la Mutualité (AIM).

Solidarité mondiale, ANMC et ACOPAM ont orienté leurs premiers travaux communs vers la production d'un Guide destiné aux responsables et promoteurs des mutuelles de santé. Afin de produire ce guide, deux Ateliers ont été organisés, l'un à Cotonou au Bénin en mars 1995 et l'autre à Dakar au Sénégal en septembre 1995. Ces Ateliers ont rassemblé, au total, plus d'une trentaine de participants (voir annexe 2) du secteur mutualiste venus de toute l'Afrique francophone.

Un Comité de rédaction a finalisé la version provisoire, qui a été soumise à un test d'enrichissement et de validation par vingt-deux Mutuelles africaines. Ce test a permis de collecter les observations de praticiens de la mutualité, pour aboutir, au terme d'un processus participatif particulièrement riche, à un « *Guide pratique sur les Mutuelles de santé en Afrique* ».

C'est à partir de cet ouvrage que le Programme ACOPAM/WSM/ANMC a élaboré le présent « *manuel de formateurs en Mutuelles de santé* ».

Introduction

Cette note introductive donne quelques indications sur les aspects pédagogiques et méthodologiques pour l'utilisation du manuel de formateurs en mutuelles de santé. Elle a principalement pour objet de donner aux utilisateurs du manuel des repères pour en faciliter l'emploi.

1. Objectifs du Manuel de formateurs sur les mutuelles de santé en Afrique

Objectifs généraux

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

- caractéristiques et spécificités de la mutualité ;
- mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé ;
- gestion d'une mutuelle de santé.

2. Gamme et articulation des ensembles modulaires du Manuel

Le Manuel de formateurs comporte trois ensembles modulaires :

- Découverte et connaissance de la mutuelle de santé
- Mise en place et le fonctionnement de la mutuelle de santé
- Gestion financière de la mutuelle de santé

Le premier ensemble modulaire traite des fonctions, des caractéristiques et des spécificités de la mutuelle de santé. Cet ensemble modulaire est destiné aux animateurs de sessions d'information à l'intention de promoteurs et de membres potentiels de mutuelles de santé. Cet ensemble modulaire est constitué de deux modules :

1. Origines, fondements et caractéristiques de la mutualité
2. Mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé

Le second ensemble modulaire traite de la mise en place et du fonctionnement d'une mutuelle de santé et est composée de cinq modules :

1. Origines, fondements et caractéristiques de la mutualité
2. Processus de mise en place d'une mutuelle de santé
3. Compétences et responsabilités des différents organes d'une mutuelle de santé
4. L'adhésion à la mutuelle de santé
5. Les services offerts par la mutuelle de santé

Le troisième ensemble modulaire traite de la gestion financière :

1. Les outils de gestion d'une mutuelle de santé
2. Le compte de résultats
3. Le bilan d'une mutuelle de santé
4. Les ratios financiers
5. L'étude de faisabilité de la mutuelle de santé
6. Méthodes d'élaboration du budget
7. Le plan de trésorerie d'une mutuelle de santé

Pour chaque module, un tableau de bord répertorie à l'intention du formateur les éléments suivants :

- Le titre du module
- L'objectif du module
- Le groupe cible
- Les prérequis
- L'estimation du temps nécessaire à l'exécution des modules (durée)
- Le contenu du module
- Les méthodes
- Les supports à distribuer (en annexe de chaque module)
- Le plan d'ensemble du déroulement de la formation avec des instructions pour le formateur.

Un glossaire explique les mots techniques employés dans les modules. Ces mots sont répertoriés dans le texte par le signe ♦.

Ces ensembles modulaires, et chaque module peuvent être utilisés ensemble 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

L'ensemble modulaire « Découverte et connaissance de la mutuelle de santé » est destiné principalement aux promoteurs des mutuelles de santé mais également aux membres et à toute autre personne intéressée par les principes de bases de la mutuelle de santé.

La deuxième ensemble modulaire « Mise en place et fonctionnement 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 activités concourant à la mise en place et au fonctionnement des mutuelles de santé.

Le troisième ensemble modulaire « Gestion financière d'une mutuelle de santé » s'adresse particulièrement aux gestionnaires des mutuelles de santé et responsables des mutuelles de santé.

4. Prérequis

Le développement des trois ensembles modulaires nécessite un certain nombre de dispositions à prendre aussi bien pour le formateur que pour les bénéficiaires.

4.1 Prérequis 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 d'un ou de plusieurs formateurs et des participants. L'utilisateur peut être un spécialiste par rapport à un contenu des ensembles modulaires mais assez imprégné des techniques de formation /animation de groupe. Il est souhaitable que les ensembles modulaires soient exécutés conjointement par un spécialiste du contenu et un formateur.

Des « éléments d'analyse à l'intention du formateur » lui sont donnés dans les modules ; il s'agit d'informations précises dont il doit prendre connaissance avant de démarrer une session de formation.

4.2 Prérequis concernant les bénéficiaires de la formation

Les participants devront nécessairement savoir lire, écrire et calculer. Pour les ensembles modulaires portant sur « la découverte et connaissance de la mutuelle de santé » et « la mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé », il n'y a pas de prérequis particulier ; il s'agit plutôt de connaissance à acquérir pour

entreprendre par la suite des actions dans le cadre de la promotion et la mise en place de la mutuelle de santé.

Pour l'ensemble modulaire portant sur « la gestion financière d'une mutuelle de santé », les participants doivent nécessairement avoir des notions de base en comptabilité car la maîtrise des différents outils de gestion de la mutuelle de santé passe nécessairement par certaines connaissances de base.

Pour chaque module, des prérequis spécifiques ont été déterminés. Il peut néanmoins arriver que des participants à une session de formation ne répondent pas totalement aux conditions prérequisées comme par exemple la langue d'enseignement. Dans une telle situation le formateur doit faire intervenir une personne ressource en langue nationale.

5. Approche et méthodes de formation

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

Les ensembles modulaires ne proposent pas de méthodes de formation standardisées, les formateurs doivent développer une démarche propre et adaptée au milieu et qui permet aux participants d'acquérir des connaissances pratiques, d'accroître leur capacité d'assimiler et de maîtriser les différents aspects du développement de la mutuelle de santé.

Le développement d'un module de formation peut nécessiter l'utilisation de plusieurs méthodes. Par exemple, il est possible de faire passer le contenu d'un module avec un brainstorming, une étude de cas ou une discussion de groupe.

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

Les méthodes qui seront 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 du groupe cible
- les caractéristiques des modules
- le contexte et les ressources disponibles
- la capacité des formateurs
- les méthodes de formation utilisées précédemment

Chaque méthode pédagogique requiert l'utilisation d'un ou de plusieurs supports matériels et pédagogiques. Pour ce manuel, les principaux supports utilisés dans les différents ensembles modulaires sont répertoriés dans le tableau ci-après.

PRINCIPALES MÉTHODES UTILISÉES PENDANT LES FORMATIONS

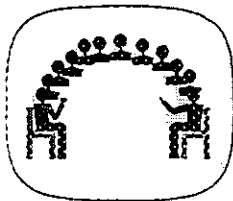
SUPPORTS PÉDAGOGIQUES ET MATÉRIELS	Brains-forming	Discussion	Exercice de groupes	Exercice individuel	Exposé	Étude de cas	Travail pratique	Jeu de rôles
Tableau métaplan	X	X	X		X	X		
Flip-chart	X	X	X		X	X		
tableau noir					X			
Transparents		X			X			
Texte d'appui		X	X	X	X	X	X	
Grille d'évaluation			X	X				

Les formateurs doivent remettre à chaque participant un exemplaire de tous les « supports à distribuer ». Le moment où chaque support doit être remis aux participants est indiqué dans les différentes sections et repéré par un icône.

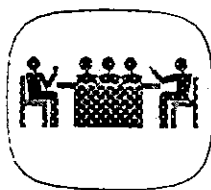
Le vocabulaire utilisé dans les différents manuels s'adresse aux formateurs chargés de l'exécution de la formation. Il appartiendra à ceux-ci de choisir un vocabulaire adapté au niveau de compréhension des participants à un atelier de formation donné.

Les repères visuels (les icones), présentés ci-après, identifient les principales méthodes utilisées dans les modules et servent d'aide-mémoire dans les manuels :

Travail en plénière



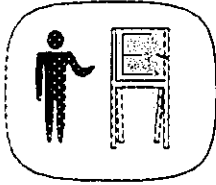
Travail de groupes



Travail individuel



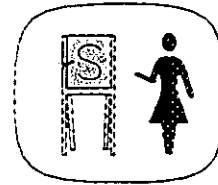
Exposé



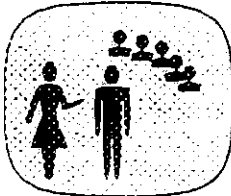
Brainstorming



Synthèse



Jeu de rôles



6. Durée

Le programme complet portant sur les trois ensembles modulaires peut être dispensé en quatre semaines, la durée maximum d'un module varie entre trois et huit heures et est subdivisée en deux parties par jour. Cependant, ce programme peut être adapté aux besoins spécifiques des participants et les modules peuvent être subdivisés en plusieurs cours. Dans tous les cas, le formateur devra préparer un emploi de temps qu'il présentera aux participants qui le discuteront au besoin.

7. Préparation du programme

Avant la session

Avant de débiter une session de formation, le formateur devra 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, dans la mesure du possible avec d'autres participants. Ces entretiens lui permettent d'une part, de mieux connaître les attentes des participants et d'autre part, d'identifier ceux des participants ayant déjà une bonne connaissance des mutuelles, une expérience intéressante pour pouvoir les impliquer comme personnes ressources au cours de l'exécution du module.

- connaître le profil de chaque participant par rapport à ses activités, ses expériences, ses potentialités. Cette connaissance des profils est surtout utile pour une constitution intelligente de groupes de travail.
- préparer la cérémonie d'ouverture, avec les responsables de la structure. Une attention particulière devra être accordée lors de la préparation à la formulation d'objectifs clairs et pertinents du module (aptés à susciter l'adhésion des participants).
- 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 épargnée 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 2 à 3 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 la journée, dresser le bilan global, échanger sur des problèmes, proposer des recentrages.

8. Adaptation des modules

Les modules doivent faire l'objet, chaque fois, d'une adaptation spécifique, à partir d'une évaluation des connaissances et des besoins du groupe cible. 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, le vocabulaire utilisé pour faciliter son assimilation. Pour évaluer les connaissances acquises par les participants, il est prévu un test au début (pré-test) et à la fin de chaque module (post-test). Au début, le test permettra de connaître le niveau de connaissance des participants avant de commencer les séances de formation. A 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.

La recherche d'une amélioration constante de la qualité des modules de formation exige de les considérer comme des **outils évolutifs**. Cette évolution repose surtout sur les évaluations qui seront faites pendant les différentes sessions de formation et l'apport des participants.

Ensemble modulaire

**Découverte
et connaissance
d'une mutuelle de santé**

Module 1

Découverte de Mutuelle de santé

Table des matières

Module 1 : Découverte de la mutuelle de santé

Déroulement de la formation	2
1. Définition et principes de base d'une mutuelle de santé	2
2. Les services offerts par une mutuelle de santé	3
3. Modalités d'accès aux services d'une mutuelle	3

Supports pédagogiques

Texte d'appui n°1 : Définition de la mutualité	A1
Schéma n°1 : Principes de base de la mutualité	B1
Texte d'appui n°2 : Principes de base de la mutualité	C1
Travail de groupes n°1 :	D1
Texte d'appui n°3 : La mutualité, organisme d'assurance et de paiement .	E1
Texte d'appui n°4 : Les services offerts par la mutuelle de santé et systèmes de prise en charge	F1

Découverte de la mutuelle de santé

1

Objectif

À la fin du module les participants seront capables de définir la mutualité, les principes de fonctionnement d'une mutuelle de santé et les services qu'elle peut offrir à ses membres.

Groupe cible

Promoteurs
Membres potentiels
Partenaires potentiels pour la promotion des mutuelles

Prérequis

Néant

Durée

2h45

Contenu

Définition et principes de base d'une mutuelle de santé
Les services offerts par une mutuelle de santé

Méthodes de formation

Travail en plénière
Exposé
Travail de groupes

Supports matériels

Flip-chart
Rétroprojecteur

Supports pédagogiques

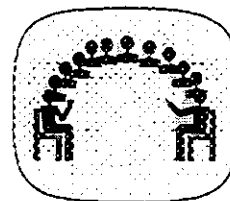
Transparents
Textes d'appui

Déroulement de la formation

1.1 Définition et principes de base d'une mutuelle de santé

Travail en plénière a1.1 (0h30)

Demandez à un participant de proposer une définition de la mutuelle. Animez une discussion pour permettre à d'autres participants de compléter, si nécessaire. Inscrivez les mots clés sur le flip-chart. Faites la synthèse et proposez la définition suivante en projetant le texte d'appui n°1 :



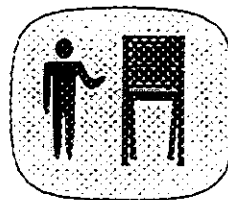
Une mutuelle est une association facultative de personnes, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au moyen de cotisation des membres, et sur la base de leurs décisions, la mutuelle organise des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux, comme la maladie, sa prévention, l'invalidité, l'incapacité de travail, la vieillesse, le décès...

A partir de cette proposition, demandez à un ou deux participants de préciser ce qu'est une mutuelle de santé. Reprenez leurs propositions et améliorez-les pour aboutir à ce qui suit :

Une mutuelle de santé est une organisation mutualiste constituée pour assurer aux membres la couverture des risques maladies et en particulier leur permettre d'accéder à des soins de santé de qualité.

Exposé b1.1 (0h45)

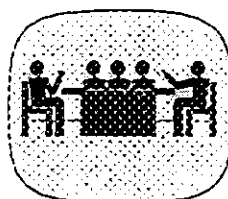
Projetez ensuite le schéma n°1 sur les différents principes de base de la mutualité et commentez-le. Distribuez ensuite le texte d'appui n°1 sur les principes de base et faites-le lire.



1.2 Les services offerts par une mutuelle de santé

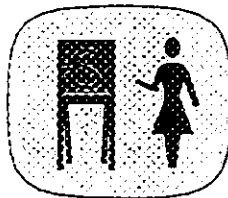
Travail de groupes a1.2 (1h30)

Distribuez le texte du travail de groupes n°1 portant sur le contexte de Bouahoun. Lisez-le et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.



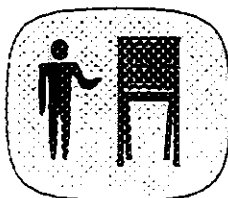
Synthèse en plénière b1.2 (0h30)

Invitez les rapporteurs de chaque groupe à présenter les résultats de leur travail et animez une discussion sur la pertinence des problèmes de santé identifiés et des services proposés.



Exposé c1.2 (0h30)

Faites un exposé sur le champ d'application de la mutuelle de santé en vous appuyant sur le texte d'appui n° 2. Expliquez que le champ d'application représente toute la gamme de services que peut offrir une mutuelle de santé, mais que, dans la plupart des cas, les services offerts sont mis en place progressivement.



Distribuez ensuite le texte d'appui n°3 sur les services offerts.

Pour clôturer, rappelez les différents éléments traités dans le module et répondez aux questions en suspens.

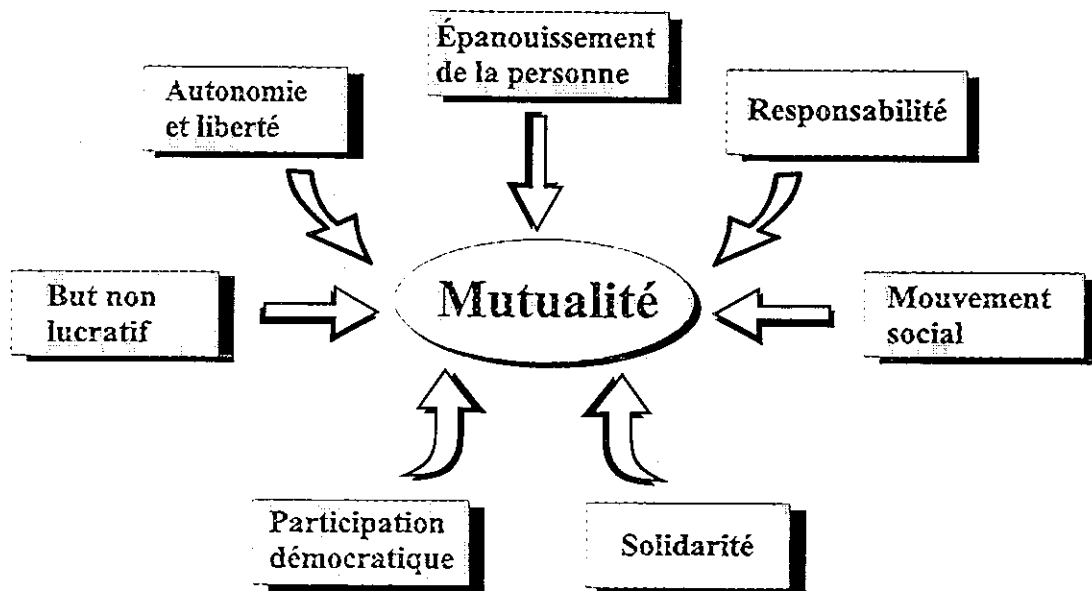
Supports pédagogiques

La mutualité est :

- une **association** facultative de personnes,
- à but **non lucratif**,
- dont la base de fonctionnement est la **solidarité** entre tous ses membres
- et qui, au moyen de leurs **cotisations**,
- et à partir de leurs **décisions** démocratiques,
- mène une **action de** :
 - ▶ **prévoyance**,
 - ▶ **d'entraide et**
 - ▶ **de solidarité**,
- dans le domaine des **risques sociaux**,
- et constitue un **mouvement social**.

Schéma n°1

Principes de base de la mutualité



Texte d'appui n°2

Principes de base de la mutualité

** En quoi consiste la solidarité ?*

Le principe de solidarité est, véritablement, le fondement de la mutualité ; les implications de ce principe sont doubles. D'une part, chaque membre paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade — la cotisation est donc la même quels que soient l'âge, le sexe, l'état de santé de l'adhérent — d'autre part, chacun bénéficie des mêmes services en cas de maladie. La mutualité instaure donc une solidarité entre malades et bien portants, entre jeunes et vieux, et entre les différentes catégories professionnelles et sociales.

L'adhésion à une mutuelle n'est ni obligatoire, ni conditionnée par l'état de santé des futurs adhérents. Mais, dans la pratique, les personnes présentant le plus de risques de maladie ont davantage tendance à s'affilier que les autres : ce qui peut se traduire par un déséquilibre financier dangereux pour la viabilité de la mutuelle. Tenant compte de ce fait, 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.

La solidarité est l'un des meilleurs instruments pour atteindre 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 : aussi, son fonctionnement autant que ses mécanismes de réalisation doivent-elles évoluer avec la société dans laquelle la mutualité se développe.

La solidarité ne s'exprime pas seulement d'une manière financière ; elle peut aussi se manifester par un engagement bénévole en faveur des malades et des handicapés, des personnes âgées, 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, politique ou autres.

Tous les membres ont les mêmes droits et obligations ; ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision de la mutualité.

Cette démocratie participative se réalise à travers des structures garantissant aux membres de la mutualité, la participation aux prises de décisions et les possibilités de contrôle du fonctionnement de leur mutuelle. Dans les mutuelles de grande taille, il faut trouver des systèmes de représentation des différents groupes qui la composent (géographiques, professionnels...).

Une vie démocratique ne se construit pas uniquement par des règlements. Par conséquent, le fonctionnement d'une mutuelle ne sera réellement démocratique que si les membres 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 membres ne pourront pas exercer pleinement leurs droits.

** Autonomie et liberté dans le respect des lois*

La 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 membres 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 membres 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... Dans certains pays africains, un Code de la mutualité existe déjà, comme par exemple au Mali, depuis fin 1995. Dans d'autres, les mutuelles sont enregistrées comme des associations, ou encore comme des groupements coopératifs, faute d'une législation spécifique. Dans ce sens, 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 contradictoires.

* *Épanouissement 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 à une pleine responsabilité vis-à-vis de sa propre santé et de celle des autres.

C'est dans cet esprit que les mutuelles offrent à leurs membres, non seulement des formations, mais aussi des programmes d'éducation à la santé et qu'elles les encouragent à un engagement social en vue de l'intégration des malades et des plus démunis.

* *But non lucratif*

Une mutuelle qui, par vocation, a pour ambition de consacrer son action au service de ses membres, ne peut poursuivre un but lucratif. Toute recherche de profit est incompatible avec sa nature. Cela ne veut pas dire, cependant, 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 membres ou, éventuellement, de réduire les cotisations. Ces surplus ne doivent jamais être distribués aux membres, sous forme de dividendes ou de trop perçus par exemple.

* *Responsabilité dans la gestion et le comportement des membres*

La solidarité, la démocratie participative, l'autonomie, et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses membres prennent leurs responsabilités.

Les autres principes resteront finalement lettre morte si la gestion de la mutuelle n'est pas rigoureuse, si les membres ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis de leur santé, de celle des autres, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle, dans les décisions qu'ils prennent dans les différentes assemblées, etc.

* *Dynamique d'un mouvement social*

De tout ce qui précède, il découle que les membres 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 des intérêts et du bien commun.

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 est souhaitable qu'il collabore avec d'autres organisations pour atteindre ses objectifs.

Travail de groupes n°1

Contexte de la Mutuelle de santé de Bouahoun

La mutuelle concerne la population de l'aire de couverture d'un Centre de santé public implanté dans le village de Bouahoun, 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 publique du village de Bouahoun est constituée de 4 villages et leurs hameaux de culture ; la population est de 10 687 habitants (tableau 1). Bouahoun est relié par une piste de 30 km au chef-lieu de Département (Houndé) et à l'axe bitumé Ouagadougou - Bobo Dioulasso. Les seules infrastructures publiques sont 2 écoles primaires et le centre de santé ; 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 Bouahoun
Bouahoun	4.178 (39 %)	00 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 des populations de cette communauté ; les revenus générés par cette activité s'élèvent en moyenne à 15.000 FCFA par habitant et par an (tableau 2). Dans chaque village a été mis en place un groupement qui sert d'intermédiaire entre les producteurs et la Société des Fibres et Textiles (SOFITEX) qui achète le coton ; les recettes de la vente sont versées par la SOFITEX en fin de récolte, c'est-à-dire entre début février et fin mars ; le groupement villageois (GV) perçoit une ristourne de 2.500 FCFA par tonne de coton, ce qui permet d'effectuer des investissements collectifs.

Les autres revenus monétaires proviennent de la vente de céréales à des commerçants (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 issu de la vente du coton

Village	1992	1993	1994
Bouahoun	16.474 Fcfa	14.552 Fcfa	18.848 Fcfa
Boho kari	20.770 Fcfa	19.549 Fcfa	19.143 Fcfa
Laho	7.600 Fcfa	6.778 Fcfa	5.481 Fcfa
Maro	13.811 Fcfa	12.497 Fcfa	14.992 Fcfa
Moyenne	14.900 Fcfa	13.419 Fcfa	15.783 Fcfa

Source : SOFITEX

2. Les services de santé

Le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) de Bouahoun 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, comme il n'a pas d'adjoint, le Centre de santé est fermé.

Les prestations de soins sont les suivantes :

- consultation curative ;
- petite chirurgie : sutures, incisions d'abcès, circoncisions ;
- hospitalisation (maximum 48 h) ;
- 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 ;
- vaccinations au CSPS et dans les villages.

Un Dépôt de médicament a été ouvert par le GV en 1989 : l'approvisionnement en spécialités se fait auprès des pharmacies privées de Bobo Dioulasso. Cet approvisionnement est irrégulier et les médicaments sont très coûteux, suite notamment à la « dévaluation » du FCFA en 1994. En conséquence, de nombreux habitants se tournent vers des guérisseurs traditionnels, et désertent le système de santé officiel.

Le CSPS est rattaché au Centre Médical de Houndé où sont assurées des prestations sanitaires de deuxième niveau : consultation par médecin, prestations

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, vu la distance qui sépare le CSPS des villages de Houndé et de Bobo. Les coûts de transfert constituent souvent une barrière infranchissable pour la population : 8.000 FCFA pour aller à Houndé, 23.000 FCFA pour se rendre à Bobo. Par conséquent, 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 coupent la route au niveau des bas-fonds.

Dans le cadre de la réorganisation des services de santé, des mesures ont été prises pour renforcer l'auto-financement des formations sanitaires. Dans ce cadre, une tarification à l'acte a été introduite. Les tarifs sont les suivants :

Description de l'acte	Tarif (en FCFA)
Consultation curative (7 jours)	100
Soins avec pansements	200
Sutures	300
Journée d'hospitalisation	100
Carnet de soins	150
Surveillance de grossesse	300
Surveillance de l'accouchement	1.500
Surveillance post-natale 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 Centre de santé. Interrogé à ce sujet, il explique que les paysans ont des revenus monétaires saisonniers, à 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) À l'aide de fiches cartonnées, formulez les principaux problèmes de santé que les populations de Bouahoun rencontrent et classez-les par ordre d'importance.
- 2) En tenant compte du contexte de Bouahoun, quels services pensez-vous qu'une mutuelle puisse offrir dans cette localité ?

Texte d'appui n°3

La mutuelle, organisme d'assurance et de paiement

La première fonction de la mutuelle, c'est la prise en charge des frais de maladie de ses adhérents : il peut s'agir de paiement direct des soins, par la mutuelle, ou de remboursement effectué au membre. La prise en charge peut être partielle ou totale, forfaitaire ou proportionnelle au coût réel. Ces opérations financières exigent une organisation administrative efficace, permettant un paiement rapide et correct et assurant un minimum de discrétions.

Les mutuelles offrent généralement des couvertures complémentaires d'autres formes d'assurance, comme la sécurité sociale là où elle existe. Dès lors, les services couverts varient sensiblement d'un pays à l'autre.

Les mutuelles prennent généralement en charge une partie des frais suivants : consultations et soins de base, offerts par les médecins, les infirmiers, les kinésithérapeutes etc., soins spécialisés, hospitalisation, médicaments.

En outre, la mutuelle peut verser des indemnités à un membre se trouvant, momentanément, dans l'incapacité de travailler, suite à une maladie ou un accident.

Enfin, la mutuelle peut intervenir sous forme de primes ou allocations forfaitaires lorsque le membre est confronté à un événement familial (naissance, mariage ou décès...), bien qu'en Afrique, ce genre d'événement fasse souvent l'objet d'une entraide familiale spontanée.

La mutuelle en tant que groupe de pression

Le champ d'application de la mutualité est bien plus large que celui de l'assurance maladie. Organisation intermédiaire entre le citoyen et les pouvoirs publics, et vis-à-vis des prestataires de soins, la mutuelle de santé joue un rôle de premier plan dans la défense des intérêts individuels et collectifs de ses membres. Elle est le porte-parole de ses membres et les représente pour exiger ou proposer, aux différents niveaux de compétence, une politique de santé cohérente, qui prenne en compte les besoins et les aspirations de ses adhérents.

La mutuelle représente également les intérêts de ses membres vis-à-vis des prestataires de soins. Collectivement, elle négocie des conventions sur la qualité et les tarifs de soins de santé, et veille à leur application correcte. Individuellement, elle vérifie les prestations effectuées auprès de ses membres, et contrôle leur opportunité et leur facturation.

L'éducation à la santé et l'information des membres de la mutuelle

La santé étant un concept bien plus large que les soins de santé, les mutuelles sont également s'impliquées dans des campagnes de prévention et d'information de leurs membres. Elles ont souvent leur propre presse, et distribuent des brochures et affiches promotionnelles. Leurs membres doivent être régulièrement tenus informés des services disponibles, de leurs droits et devoirs. Les actions d'Éducation à la santé visent à sensibiliser et à responsabiliser leurs membres par rapport à leur santé, et à influencer leurs habitudes et comportements, pour une hygiène de vie saine et bénéfique.

Les services d'entraide et de solidarité

La mutualité s'attachant en définitive à améliorer la qualité de la vie, cherche à créer une atmosphère conviviale et solidaire en créant des groupes spécifiques, comme les personnes âgées, les jeunes, les handicapés. Certaines mutuelles organisent des groupes de visite des malades à domicile, ou de transport des malades vers les centres de santé ou les hôpitaux. Il se peut aussi que la mutuelle procure des services d'aide familiale à domicile, pour ses membres incapables de tenir leur ménage.

La mutuelle peut-elle être juge et partie ?

La question de savoir si la mutuelle peut elle-même devenir prestataire de soins a toujours suscité des controverses. Peut-on simultanément défendre les intérêts des patients et les intérêts des formations médicales ? N'y a-t-il pas incompatibilité, voire contradiction, entre ces deux missions ?

Privilégiant l'accessibilité financière et géographique des soins, certaines mutuelles ont créé leurs propres institutions de soins, là où ces services n'étaient pas disponibles ou étaient trop coûteux. Dans les pays où les conventions tarifaires n'existent pas, faire jouer la concurrence peut être un moyen d'améliorer l'accessibilité en créant un effet de régulation des tarifs. Dans le secteur pharmaceutique également, où les marges bénéficiaires sont souvent considérables, le démarrage de pharmacies coopératives, propriété de leurs membres, a permis de casser les prix et de rééquilibrer l'offre de médicaments vers une modération des tarifs.

Il n'y a pas de réponse définitive et globale à cette question, c'est au cas par cas qu'il faudrait juger de l'opportunité, pour la mutuelle, de se lancer dans l'offre médicale. Là où c'est possible, on devra privilégier le système de conventions avec les prestataires existants.

Conclusion

La mutualité, formule associative de personnes qui se prémunissent solidairement face à certains risques de l'existence, propose des solutions novatrices et efficaces dans la protection sociale des individus. Elle peut être particulièrement efficace, compte tenu de l'acuité des problèmes d'accès aux soins de santé en Afrique, dans le cadre des Programmes d'ajustement structurel en cours. Solution alternative entre l'Etat, désormais incapable d'assumer seul, le coût de la santé de la population, et le Marché tout puissant, où la santé s'achèterait comme un bien d'équipement, accessible à une petite minorité, la mutualité, à la fois entreprise et association, peut être un acteur important des systèmes de santé, mais aussi de la société civile. Gérée par ses adhérents, la mutuelle de santé est aussi un lieu d'apprentissage de la participation et de la transparence.

CHAMP D'APPLICATION DE LA MUTUALITÉ

**ASSURANCE ET INTERVENTION FINANCIÈRE
EN MATIÈRE DE RISQUES SOCIAUX**

DÉFENSE DES INTÉRÊTS DES MEMBRES

**ÉDUCATION A LA SANTÉ ET
INFORMATION DES MEMBRES**

SERVICES D'ENTRAIDE ET DE SOLIDARITÉ

CHAMP D'APPLICATION DE LA MUTUALITÉ

ASSURANCE ET INTERVENTION FINANCIÈRE EN MATIÈRE DE RISQUES SOCIAUX

- Remboursement des Soins de santé
- Paiement d'indemnités d'incapacité/invalidité
- Paiement de primes (mariage, naissance, décès...)

DÉFENSE DES INTÉRÊT DES MEMBRES

- Négociation sur la politique de santé
- Négociation des conventions tarifaires avec les prestataires
- Défenses des droits individuels des membres

ÉDUCATION À LA SANTÉ ET INFORMATION DES MEMBRES

- Campagnes de prévention
- Information sur la santé et les soins de santé
- Information sur les droits et devoirs des membres

SERVICES D'ENTRAIDE ET DE SOLIDARITÉ

- 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°4

Les services offerts par la mutuelle de santé et systèmes de prise en charge

Les services proposés à ses membres par la mutuelle peuvent venir en complément à d'autres formes de couverture des dépenses de santé. Par exemple, dans les pays où les agents de l'État bénéficient d'un remboursement d'une partie de leurs dépenses de santé par le biais du système de sécurité sociale publique, des mutuelles ont été créées pour couvrir la partie des frais non prise en charge par ce dernier.

La mutuelle peut prendre en charge, intégralement ou en partie, les frais supportés par ses bénéficiaires sous la forme d'un forfait, par exemple pour le transport des malades, d'une allocation (prime de naissance par enfant ou allocation funéraire), ou encore d'un paiement ou d'un remboursement des soins de santé.

Les soins de santé

Le but de la mutuelle est de permettre à chacun de ses membres et à leurs personnes à charge d'accéder à des soins de santé de qualité. La mutuelle veut donc, avant tout, supprimer les barrières financières et également, si nécessaire, les barrières géographiques à l'accès à ces soins. Elle pourrait, dès lors, être amenée à créer elle-même des formations médicales (centres de santé, dispensaires, hôpitaux). Mais lorsque c'est possible, elle tentera de passer des accords au profit de ses membres avec des formations médicales déjà existantes.

La mutuelle se limitera donc à couvrir le coût des soins de santé, qu'ils soient donnés par des prestataires totalement indépendants d'elle, ou dans des institutions qu'elle a créées. Elle ne dispensera pas ces soins directement.

Généralement, tous les soins ne pourront pas être couverts dès le démarrage des activités de la mutuelle. Il ne pourra être pris en compte qu'une partie des soins suivants :

** 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'État et ses partenaires, en coopération, notamment, à travers les 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 donnée par les centres de santé, voire 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**, qui comprennent, essentiellement, les consultations, les soins infirmiers, les médicaments et quelques analyses de laboratoires. 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...) et éventuellement, des **soins à domicile** ;
- 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 désigne souvent par l'appellation de « gros risques[†] ».

* Soins spécialisés

Les soins spécialisés comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques tels que la radiologie et la biologie clinique qui sont dispensés soit dans le cadre d'une hospitalisation soit à titre externe (visite du patient).

* Soins dentaires

Donnés par des cabinets dentaires, souvent distincts des centres de santé, les soins dentaires 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, aussi, décider de 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, et 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. Étant donné la disparité 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 spécialités couvertes (listes des médicaments essentiels[♦] établies 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 éventuels abus sont plus difficiles à contrer.

Transport des malades

Outre la prise en charge des soins de santé, la mutuelle peut organiser et prendre en charge le transport des bénéficiaires 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).

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 membres sont exposés. Ainsi, la mutuelle peut octroyer des allocations de type forfaitaire à l'occasion de certains événements : naissance, mariage, décès, etc. Le but

poursuivi est d'aider financièrement les personnes qui, à cette occasion, sont souvent confrontées à des dépenses exceptionnelles.

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

Une autre solution consistera à organiser des collectes de cotisations volontaires, ponctuelles et non systématiques, uniquement lorsqu'un tel événement se produit. Ce système est déjà très largement répandu partout en Afrique, mais peut être organisé au sein de la mutuelle qui offre un cadre élargi de solidarité, par rapport aux entraides familiales ou de voisinage.

Les formes de rémunération des formations médicales dépendent de leur mode de gestion et 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.).

* Centres de santé

Au niveau des centres de santé, la facturation peut se faire de différentes manières :

- un forfait par personne inscrite dans le centre. Le membre s'inscrit 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 le membre et ses personnes à charge pendant une période déterminée (un an généralement) pour une somme forfaitaire donnée, quels que soient les soins requis. Cette somme lui est, bien entendu, acquise pour tous les membres inscrits, même pour ceux qui n'ont pas 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 le membre en consultation si ce n'est pas nécessaire, ni à lui prescrire des médicaments inutiles. La difficulté majeure consiste, ici, 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 de ce 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 **journee 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 qu'elle rembourse, ou fixer un plafond de prise en charge par membre. Le reste des frais est alors entièrement à la charge du patient.

Module 2

**Mise en place
et fonctionnement
d'une mutuelle de santé**

Table des matières

Module2 : Mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé

Déroulement de la formation	2
1. Préalables et travaux préliminaires	2
2. Mise en place et structuration d'une mutuelle de santé	3
3. Modalités d'accès aux services d'une mutuelle	3
4. Modes de paiement des prestations	7
5. Risques majeurs	7
6. Pérennisation d'une mutuelle de santé	9

Supports pédagogiques

Texte d'appui n°1 : Constitution d'une mutuelle	A1
Schéma n°1 : Organigramme type d'une mutuelle	B1
Texte d'appui n°2 : Les organes d'une mutuelle de santé	C1
Travail de groupes n°1 :	D1
Schéma n°2 : Paiement des soins par les membres	E1
Schéma n°3 : Paiement direct des soins par la mutuelle (tiers payant)	F1
Texte d'appui n°3 : Modes de paiement des prestations par la mutuelle ..	G1
Texte d'appui n°4 : Exemple de convention	H1

Mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé



Objectif

Ce module permettra aux participants d'avoir un aperçu général de la mise en place, de la structuration, des modalités d'adhésion et de fonctionnement d'une mutuelle de santé.

Groupe cible

Promoteurs
Membres potentiels
Partenaires potentiels pour la promotion des mutuelles

Prérequis

Ce module doit être précédé obligatoirement par celui sur la « Découverte d'une mutuelle de santé »

Durée

4 H 20

Contenu

Préalables et travaux préliminaires
Mise en place et structuration d'une mutuelle de santé
Modalités d'accès aux services d'une mutuelle
Modes de paiement des prestations
Risques majeurs
Pérennisation d'une mutuelle de santé

Méthodes de formation

Exposé
Travail en plénière
Travail de groupes

Supports matériels

Flip-chart
Métoplan
Rétroprojecteur

Supports pédagogiques

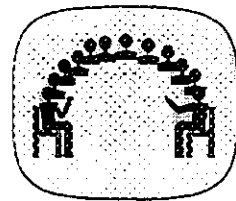
Transparents
Textes d'appui

Déroulement de la formation

2.1 Préalables et travaux préliminaires

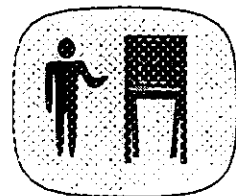
Travail en plénière a2.1 (0h25)

Recueillez au moyen du métoplan (une idée par fiche) les éléments qui pourraient constituer les préalables et les travaux préliminaires à la mise en place d'une mutuelle de santé.



Exposé b2.1 (0h05)

En vous inspirant des données récoltées et des éléments ci-dessous, faites un exposé sur les préalables et travaux préliminaires.



— *Préalables nécessaires à la mise en place d'une mutuelle de santé :*

* *existence de liens de solidarité entre les futurs membres ;*

- * *existence d'un besoin réel en matière de financement des soins de santé ;*
 - * *confiance accordée aux initiateurs de la mutuelle.*
- *Conditions favorables qui peuvent s'acquérir au cours du développement de la mutuelle :*
- * *disponibilité de services de santé de qualité ;*
 - * *dynamique de développement socio-économique dans la région ou la localité concernée ;*

Travaux préliminaires :

- *information et la formation des initiateurs de la mutuelle ;*
- *étude approfondie du contexte de création de la mutuelle ;*
- *contacts avec les prestataires de soins de santé ;*
- *étude de faisabilité financière ;*
- *constitution d'un groupe de travail.*

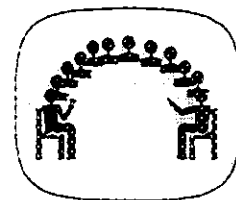
Il importe qu'au cours des travaux préliminaires, les initiateurs de la mutuelle, en particulier s'il s'agit de promoteurs externes au milieu, développent une concertation étroite avec la population pour recueillir ses points de vue, préciser ses besoins et définir les actions à entreprendre.

Cette concertation pourrait être organisée sous forme d'enquête, et/ou de rencontres avec des organisations représentatives.

2.2 Mise en place et structuration d'une mutuelle de santé

Travail en plénière a.2.2 (1h00)

Distribuez le texte d'appui n°1 sur la constitution d'une mutuelle de santé. Faites-le lire et commentez, au fur et à mesure, les idées maîtresses.

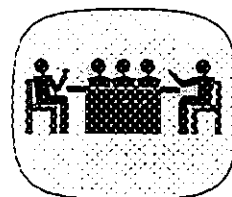


Projetez ensuite le schéma n°1 sur l'organigramme type d'une mutuelle et demandez aux participants de proposer les responsabilités de chaque organe. Collectez les différentes réponses sur le flip-chart. Distribuez le texte d'appui n°2 sur les organes d'une mutuelle de santé et lisez ensemble ce texte qui peut constituer une référence pour la mise en place d'une mutuelle de santé.

2.3 Modalités d'accès aux services d'une mutuelle

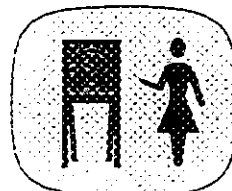
Travail de groupes n°1 a.2.3 (0h30)

Lisez le texte du travail de groupes n°1 et répondez aux différentes questions d'éclaircissement.



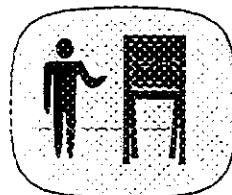
Synthèse en plénière b.2.3(0h25)

Demandez à chaque groupe de présenter les résultats de son travail. Faites la synthèse de chaque question et notez les réponses retenues sur le flip-chart.



Exposé c.2.3 (0h20)

Faites un exposé pour insister sur les notions suivantes : titulaire, personne à charge, cotisations, période d'observation... Argumentez ces notions au moyen du texte ci-dessous.



Le membre

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 devenir membre d'une mutuelle, à condition de s'engager à en respecter le règlement et de verser les cotisations prescrites.

Le membre 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 s'agit :

- du conjoint ;
- des enfants jusqu'à un certain âge (s'ils poursuivent des études, cette limite d'âge peut être prolongée) ;
- 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 locales, de la culture de la région 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 du titulaire, sur le plan financier. 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.

Droit d'adhésion

Dans les Statuts, l'Assemblée générale peut prévoir le paiement d'un droit d'adhésion lors de l'inscription d'un membre ; son montant peut être modifié périodiquement par cette assemblée.

Le droit d'adhésion sert à couvrir les frais inhérents à l'inscription ; il est parfois remplacé par la vente de la Carte ou du Carnet de membre, ce qui est plus simple au plan comptable et souvent mieux accepté par les membres.

Cotisations

** Cotisation familiale ou individuelle*

Quatre formules sont possibles :

- le titulaire et les personnes à charge paient 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 personne à charge ;*
- une cotisation unique est versée quel que soit le nombre de personnes à charge.*

Dans les trois derniers cas, il y a une solidarité entre les personnes seules et les familles, ce qui est conforme à l'esprit de la mutualité.

L'adoption d'une formule de cotisations est faite par l'Assemblée générale constitutive. Ce choix doit être inscrit dans les statuts. Seule l'Assemblée générale peut alors le modifier.

En vertu du principe de solidarité, la cotisation ne devrait jamais être fonction de l'âge du membre ni de son état de santé. Il peut cependant y avoir, comme on l'a vu plus haut, une exception pour la première affiliation d'une personne âgée.

** Cotisations spéciales*

Une cotisation spéciale peut être prévue dans les statuts ou introduite par une assemblée générale à des fins bien définies, par exemple, un « Fonds SIDA ». Une telle cotisation peut aussi être réclamée pour des projets importants qui, bien entendu, sont en accord avec les buts généraux de la mutuelle.

La période d'observation

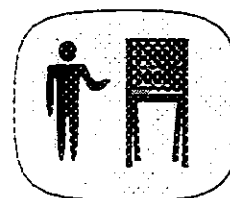
La période d'observation est une durée pendant laquelle le membre paie ses cotisations mais n'a pas droit aux services de la mutuelle. On l'appelle aussi période d'attente ou stage. Cette période est le plus souvent de six mois. Elle est parfois réduite à trois mois pour les premiers membres. Elle peut être d'un an pour la couverture des accouchements.

La période d'observation permet d'éviter que les gens ne s'affilient que parce qu'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'y affilier et être tentées de la quitter une fois guéries. En agissant de la sorte, elles iraient à l'encontre d'un des principes de base de la mutualité : la solidarité entre membres bien portants et membres malades qui légitime ce système de prévoyance. Les cotisations payées pendant cette période d'attente contribuent à constituer le fonds de roulement.

2.4 Modes de paiement des prestations

Exposé a.2.4 (0h45)

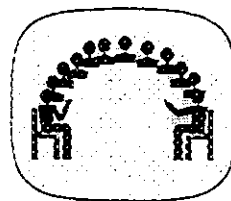
Distribuez les copies des schémas et du texte aux participants. Projetez les schémas n°2 et n°3 sur les modes de paiement des prestations et expliquez-les, en vous inspirant du texte d'appui n°3. Donnez-leur aussi l'exemple de la Convention de Bouahoun (Texte d'appui n°4).



2.5 Risques majeurs

Travail en plénière a.2.5 (0h30)

Posez la question suivante aux participants : « *Qu'est-ce qui peut mettre en péril la vie d'une mutuelle de santé?* » Notez les réponses sur papier cartonné et affichez-les sur le métaplan. Complétez éventuellement avec les éléments ci-après :



- *la sélection adverse ;*
- *le risque moral ;*
- *l'escalade des coûts ;*
- *la sous-estimation des cotisations ;*
- *la multiplicité des services offerts par la mutuelle ;*
- *la mauvaise gestion...*

Demandez aux participants de suggérer sur papier cartonné des solutions aux différents risques et affichez-les en face de chaque risque.

Inspirez-vous du texte ci-après pour attirer l'attention des participants sur les risques majeurs encourus par une mutuelle de santé.

Certains risques se posent à toute mutuelle naissante ou en croissance. Pour ne pas mettre en danger sa viabilité, il convient de prendre certaines mesures préventives, car ce qui est vrai en matière de santé vaut également pour la santé 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 distinction peuvent être les suivants :

- *le risque de « sélection adverse » ou de « présélection spontanée » ;*
- *le risque moral ;*
- *le risque d'escalade des coûts...*

Le risque de « sélection adverse » ou de « présélection spontanée »

On parle de sélection adverse lorsque les personnes présentant un risque élevé de maladie s'inscrivent nombreuses 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, du fait du niveau de dépenses

trop élevé par membre affilié. À la différence d'un système d'Assurance privée à caractère commercial, la mutuelle ne peut pas sélectionner ses membres, 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'inscriptions 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...). Plus le groupe affilié est large, plus les risques couverts sont répartis sur un grand nombre de personnes.

Le risque moral

Le risque moral est le phénomène souvent constaté, suivant lequel, les membres ou les personnes à charge ont tendance à consommer abusivement, ou plus que d'ordinaire, les services proposés de manière à « rentabiliser » au maximum les cotisations versées.

Afin de réduire ce risque, les mesures suivantes peuvent être prises :

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

Le risque d'escalade des coûts

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 fait qu'il sait qu'il est assuré.

Les mesures susceptibles de minimiser ce risque sont :

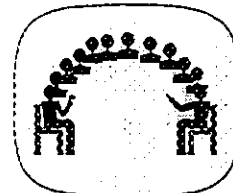
- la standardisation des schémas de traitements et le contrôle de leur respect par le médecin^{*} conseil de la mutuelle ;

- l'obligation, pour les prestataires, de prescrire des médicaments essentiels génériques, ou la limitation du remboursement de certains médicaments repris sur une liste établie par la mutuelle ;
- l'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 du membre) ;
- l'instauration de jours de carence ou d'une franchise en cas d'hospitalisation : le premier jour d'hospitalisation, par exemple, pourrait être à la charge du patient pour éviter des hospitalisations non indispensables ;
- l'obligation, pour les membres et les personnes à leur charge, de respecter les schémas de vaccination disponibles afin de limiter les risques d'épidémies.

2.6 Pérennisation d'une mutuelle de santé

Travail en plénière a.2.6 (1h05)

Distribuez des papiers cartonnés aux participants et demandez-leur d'y inscrire ce qu'ils pensent être les conditions de bon fonctionnement et de pérennisation d'une mutuelle de santé. Collectez les papiers et affichez-les au fur et à mesure sur le métaplan. Discutez les propositions et retenez celles que les participants approuvent. Regroupez les cartes et dégagez les principales conditions suivantes :



- Bonne organisation ;
- Qualité des services offerts ;
- Bonne gestion financière ;
- Bonne gestion des ressources humaines ;
- Bonne gestion des ressources matérielles ;
- Information et formation des membres ;
- Mise en place d'un système de suivi-évaluation efficace...

Faites une synthèse de l'Atelier et faites un tour de table pour que les participants s'expriment sur leur niveau de satisfaction par rapport à l'Atelier.

Supports pédagogiques

Texte d'appui n°1

Constitution de la mutuelle

La constitution de la mutuelle s'effectue lors d'une Assemblée générale dont l'organisation et le déroulement sont décrits ci-dessous.

Objet de l'Assemblée générale constitutive

L'objet 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 en approuver les Statuts, conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Elle devra, également, mettre en place les divers organes chargés d'en assurer le démarrage et la promotion. C'est pourquoi elle élira immédiatement les membres du Conseil d'administration, ceux du Comité d'exécution, des organes de contrôle, etc.

Préparatifs de l'Assemblée générale constitutive

Les étapes de préparation de l'Assemblée générale constitutive (AGC) sont :

- l'élaboration d'un projet de Statuts,
- l'élaboration d'un projet de Règlement intérieur,
- l'élaboration d'un premier budget,
- l'établissement de l'Ordre du jour de la réunion,
- la convocation de l'AGC.

** Élaboration 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 devoirs des membres et des responsables et fixent les modalités qui garantissent un fonctionnement démocratique et solidaire (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 qu'elle se fixe ;
- les services qu'elle offre ;
- 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 le contrat collectif entre les membres et leur mutuelle. Des exemples de Statuts sont présentés en annexe 4.

Étant donné le caractère souvent peu accessible des textes réglementaires, il peut être important de fournir, également, à tous les membres de l'AGC, une version simplifiée des projets de Statuts, adaptée à leur niveau de compréhension. C'est, du reste, une exigence de la démocratie participative.

** Élaboration 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 feront partie du Règlement intérieur.

Il s'agit, le plus souvent, de modalités pratiques comme celles relatives aux documents à fournir, lorsque le membre s'inscrit pour la première fois, au contenu des Cartes de membres, aux conditions requises pour être considéré comme faisant partie de la famille du membre, etc.

** Élaboration d'un premier budget*

Le budget devra être établi, conformément aux Statuts et aux dispositions légales. Il devra être en équilibre et prévoir les réserves imposées par la réglementation, s'il y a lieu, et requises dans tous les cas pour une bonne gestion.

Le projet de budget soumis à l'AGC devra comprendre une proposition de cotisations, basée sur les données collectées lors des études préliminaires. Il sera prudent d'inclure une « marge de sécurité », étant donné la difficulté de prévoir les comportements des bénéficiaires, une fois levé l'obstacle financier à l'accès aux soins de santé (la situation antérieure à la création de la mutuelle étant marquée généralement par une sous-consommation des soins). Il faut éviter de modifier les cotisations au cours d'un exercice et, a fortiori, lors du premier, afin de ne pas ébranler la confiance des membres.

Cette marge de sécurité sera d'autant plus nécessaire que les cotisations seront perçues annuellement, notamment dans les zones rurales, et que la situation économique et financière du pays demeurera incertaine en raison du poids inévitable de l'inflation.

** Établissement de l'ordre du jour de l'AGC*

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 et 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'AGC*

Les initiateurs du projet convoqueront, à l'AGC, les personnes qui souhaitent faire immédiatement partie de la mutuelle. Dans le cas où la mutuelle couvre, 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 général 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 la 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 membres de l'Assemblée paieront immédiatement le droit d'admission ou la première cotisation ; un bref délai peut aussi 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 Assemblée générale.

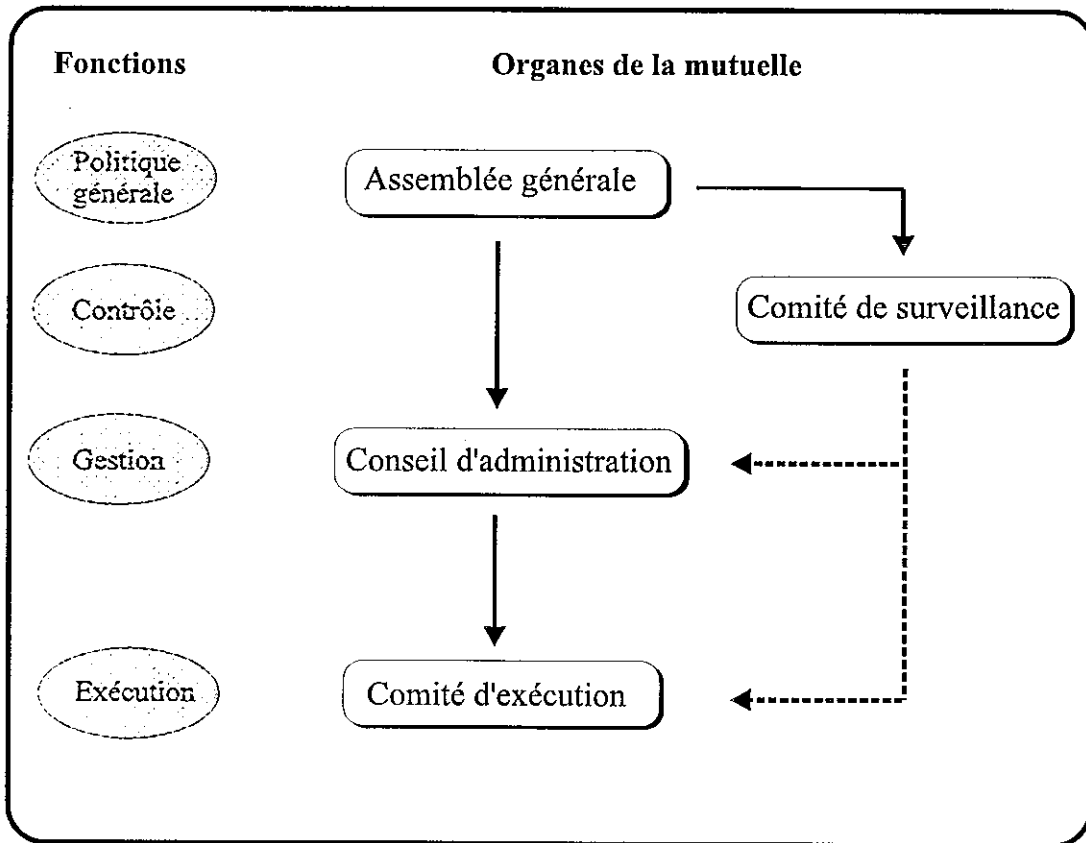
Procès-verbal de l'Assemblée générale constitutive

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 et enfin une description du déroulement de la réunion. Le Procès-verbal sera soumis aux membres, pour adoption, lors de l'Assemblée générale suivante.

Les différents documents seront adressés aux autorités administratives, pour enregistrement, conformément à la réglementation en vigueur.

Schéma n°1

Organigramme type d'une mutuelle



Texte d'appui n°2

Les organes d'une mutuelle de santé

Principales responsabilités de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale :

- définit la mission de la mutuelle et formule sa politique générale ;
- approuve et modifie les Statuts ;
- examine et approuve les Rapports d'activités des divers organes, y compris le Comité de surveillance ;
- examine et approuve les comptes annuels et le budget ;
- fixe le montant des cotisations et de toute contribution spéciale ;
- élit les membres du Conseil d'administration ;
- élit les membres du Comité de surveillance ;
- décide des nouvelles orientations de la mutuelle ;
- décide de la fusion éventuelle avec une autre mutuelle, de la dissolution de la mutuelle ;
- décide dans toutes les autres matières, prévues par les Statuts ;
- décide des conditions d'admission et d'exclusion des membres (dans les mutuelles de taille réduite ou dans celles où les cotisations sont annuelles).

Rôle 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 et l'exclusion des membres et appliquer le cas échéant les sanctions disciplinaires prévues ;
- nommer les membres 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 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 ;
- engager le Directeur ou le Gérant (s'il est salarié et non élu) ;
- remplir toutes les autres missions qui lui sont attribuées par les Statuts ou par l'Assemblée générale.

Compétences du Comité d'exécution

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 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 en vue d'une meilleure réalisation 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 membres de la mutuelle et l'administration ;
- négocier avec les prestataires de soins et défendre les intérêts des membres 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 assignées par le Conseil d'administration et l'Assemblée générale.

Missions du Comité de surveillance

Le Comité de surveillance doit :

- s'assurer que les actes des organes de la mutuelle sont conformes à ses Statuts et au Règlement intérieur et ne sont pas contraires aux lois et

- règlements en vigueur dans le pays ;
- contrôler l'exactitude de la comptabilité, sa fiabilité, ainsi que la régularité des opérations financières ;
 - contrôler l'exécution des décisions de l'Assemblée générale ;
 - attirer l'attention des organes responsables sur les irrégularités qui pourraient ou auraient été commises ;
 - veiller au respect du Règlement intérieur de la mutuelle ;
 - recueillir les plaintes des membres, 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 décider de l'éligibilité des membres participant à l'Assemblée générale ;
 - exercer toutes les fonctions qui lui sont assignées par les Statuts et Règlements.

Travail de groupes n°1

1. Qui peut bénéficier des services d'une mutuelle de santé ?
2. Comment peut-on accéder à ces services ?

Schéma n° 2

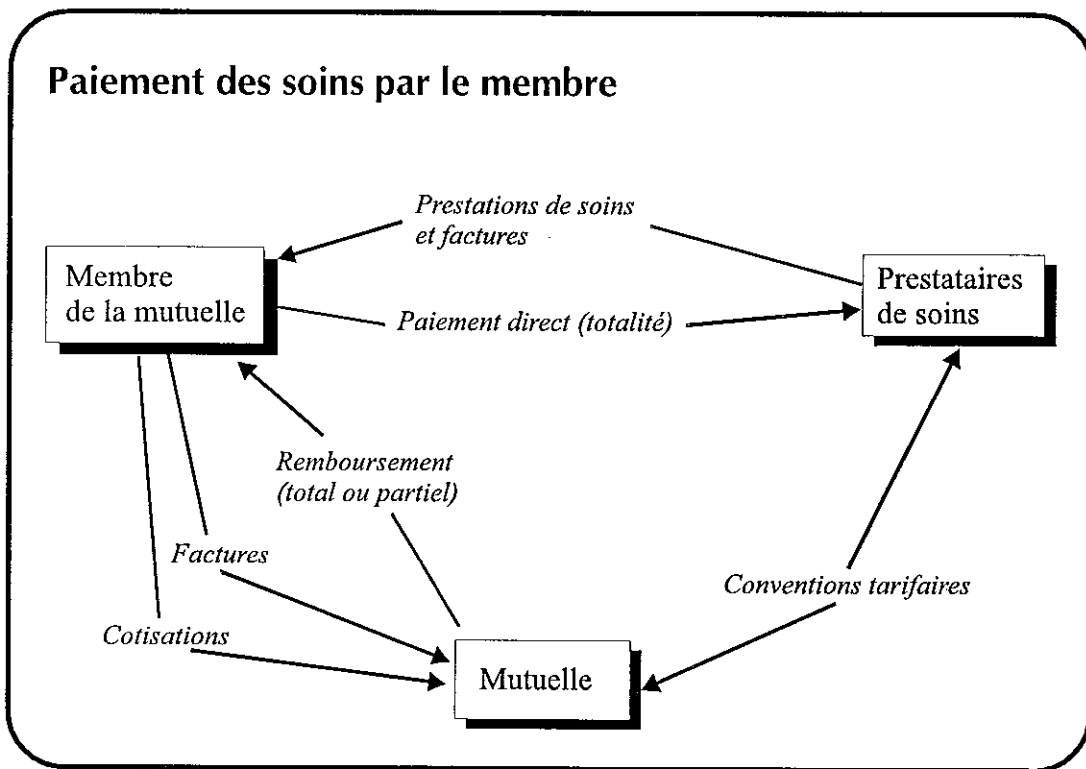
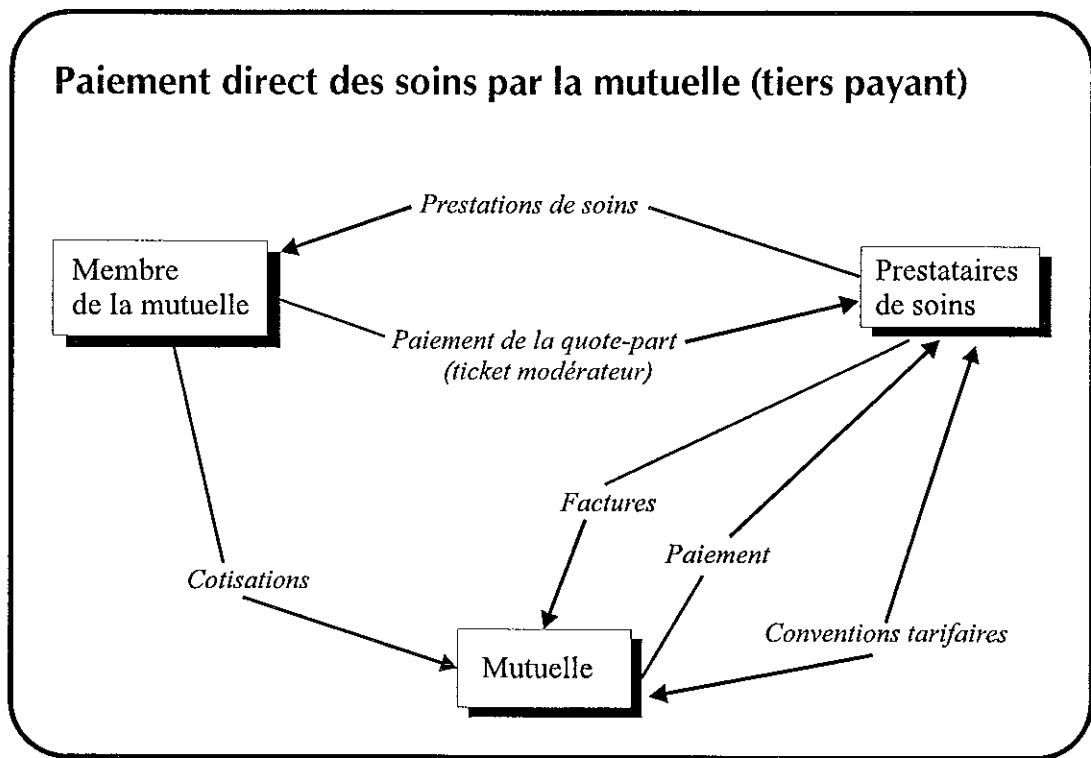


Schéma n° 3



Texte d'appui n°3

Modes de paiement des prestations par la mutuelle

Deux cas sont à considérer, pour le paiement des services offerts, selon qu'il s'agit de rémunération des prestataires conventionnés avec la mutuelle, ou de rémunérer des structures créées par elle.

Rémunération des prestataires en convention avec la mutuelle

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

Le paiement des soins de santé est effectué comme suit :

- soit le patient paie le montant total des services qu'il a reçus et se fait rembourser ensuite ;
- soit la mutuelle paie directement le prestataire (système du tiers payant[♦]) ;
- soit l'une ou l'autre forme de paiement est utilisée en fonction de la nature des soins : remboursement pour les petites dépenses (consultations) et paiement direct par la mutuelle pour les grosses dépenses (hospitalisation).

** Paiement des soins par le membre*

La mutuelle peut demander, à ses membres, de payer les frais afférents aux services rendus ; elle les remboursera ensuite. Dans ce cas, le membre 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.

Le membre se fait alors remettre, par le prestataire, une preuve de paiement, c'est-à-dire un reçu ou une facture qui doit comporter entre autres :

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

Muni de son Carnet de santé, de sa Carte de membre et de la preuve de paiement, le membre se présente au bureau de la mutuelle pour se faire rembourser.

Pour le membre de la mutuelle, 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, les délais et les démarches nécessaires pour se faire rembourser.

Pour la mutuelle de santé, l'avantage de ce système est la limitation de la surconsommation, de la tendance aux abus, ou de la facturation frauduleuse. Les inconvénients sont une surcharge de gestion et donc des coûts administratifs plus importants.

** Paiement direct par la mutuelle*

Dans certains cas, le membre ne paie que le ticket modérateur au prestataire. La mutuelle verse à ce dernier, directement, le complément du coût de la prestation sur présentation d'une facture. Ce système est appelé tiers payant parce que ce n'est pas le membre 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 le membre ne peut pas faire face (hospitalisation, chirurgie...).

Le système du tiers payant est évidemment le plus avantageux pour les bénéficiaires : pas de problèmes de disponibilités financières, pas de démarche à entreprendre pour le remboursement.

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 nettement plus élevés.

Paiement des services dans les formations médicales créées par la mutuelle

Les services des formations médicales, créées par la mutuelle, peuvent être proposés aux membres et aux non-membres, 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-membres n'auraient pas accès aux services proposés.

** Centres de santé et hôpitaux créés par la mutuelle*

Plusieurs cas peuvent être envisagés :

- soit le bénéficiaire est pris en charge à 100 % une fois sa période d'observation terminée : il est alors soigné sur présentation de sa carte de membre,
- soit seule la consultation est gratuite tandis que les soins et les médicaments sont payés selon les produits utilisés,
- soit un ticket modérateur forfaitaire (participation aux frais) est payé par le membre pour chaque consultation et acte posé,
- soit un ticket modérateur proportionnel est fixé par la mutuelle. Le malade supporte alors un certain pourcentage du total des frais 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 ; ses membres bénéficieront d'un tarif préférentiel, tandis que les non-membres pourront acheter les médicaments au prix du marché.

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

Texte d'appui n°4

Exemple de Convention

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

Il est établi entre la Mutuelle de santé de Bouahoun, représenté par son Président Monsieur Oscar Kamara d'une part, et le Centre de santé de Bouahoun, représenté par son infirmier Monsieur Jean Hubert Somé d'autre part ce qui suit :

Article 1 : Objet

La présente Convention a pour objet de définir les conditions dans lesquelles les prestations seront assurées par le Centre de santé pour le compte de la Mutuelle de Bouahoun .

Article 2 : Des engagements

2.1 Le Centre de santé de Bouahoun s'engage à

- Fournir des soins de qualité en matière de consultations curatives, de petites chirurgies (suture, incisions d'abcès, circoncisions), d'assistance à l'accouchement
- Appliquer aux bénéficiaires de la Mutuelle une réduction de x% (à négocier avec le Centre de santé) sur les tarifs de prestations annexés à la présente Convention
- Présenter tous les mois les factures des différentes prestations données, 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 Bouahoun s'engage à

- Honorer les factures présentées par le Centre de santé, au plus tard, une semaine après la transmission des factures à la Mutuelle. Le paiement de ces factures se fait en espèces à la caisse de la Mutuelle, et à la personne dûment mandatée.
- Délivrer aux bénéficiaires une lettre de garantie, à présenter au Centre de santé.

Article 3 : Durée

La présente Convention porte sur une durée de deux (2) ans renouvelables 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

Le contrat peut prendre fin, à tout moment, à condition que la partie qui prend l'initiative en informe l'autre partie au mois trois (3) mois à l'avance par écrit.

Article 6 : Révision

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

Article 7 :

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

Bouahoun, le

Ont signé :

Pour le Centre de santé :

L'infirmier

J. H. SOME

Pour la Mutuelle de santé :

Le Président

O. KAMARA

Ensemble modulaire

**Mise en place
et fonctionnement
d'une mutuelle de santé**

Module 1

**Fondements et
caractéristiques de
la mutualité**

Table des matières

Module 1 : Fondements et caractéristiques de la mutualité

Déroulement de la formation 2

1. Fondements et définition de la mutualité 4

2. Similitudes et différences entre la mutualité
et les autres institutions de financement des soins de santé 8

Supports pédagogiques

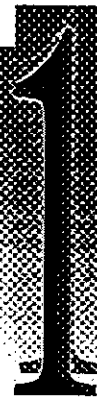
Travail de groupes n°1 : Définition et principes de base de la mutualité ... A1

Schéma n°1 : Principes de base de la mutualité B1

Texte d'appui n°1 : Principes de base de la mutualité C1

Travail de groupes n°2 : Similitudes et différences entre la mutualité
et les autres institutions de financement des
soins de santé D1

Fondements et caractéristiques de la mutualité



Objectif

À la fin du module les participants seront capables de définir la mutualité, d'expliquer les principes de fonctionnement de la mutuelle de santé, de différencier cette dernière des autres organisations ou systèmes ayant pour but le financement des soins de santé.

Groupe cible

Promoteurs
Membres des mutuelles

Prérequis

Aucun

Durée

6 h 05

Contenu

Fondements et définition de la mutualité
Similitudes et différences entre mutuelles et autres institutions de financement des soins[†] de santé

Méthodes

Travail de groupes
Travail individuel
Plénière (travail ou synthèse)
Exposés

Supports matériels

Métoplan
Tableau noir
Flip-chart
Rétroprojecteur

Supports pédagogiques

Textes de travail de groupes
Textes d'appui
Transparents

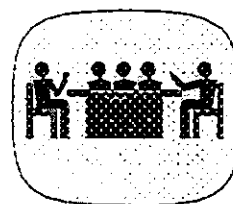
Déroulement de la formation

Présentez aux participants l'objectif du module et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.

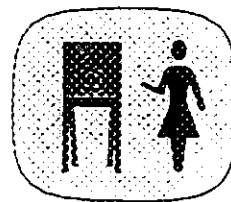
1.1 Fondements et définition de la mutualité

Travail de groupes n°1 a1.1 (2h00)

Distribuez le texte du travail de groupes n°1. Présentez et discutez, éventuellement, la constitution des groupes. Demandez aux participants de noter les réponses du groupe sur de grandes feuilles.



Synthèse en plénière b1.1 (1h15)



La présentation des résultats se fera par un ou plusieurs membres de chaque groupe. La synthèse se fera question par question, et les réponses seront visualisées, de façon permanente, sur les flip-charts ou sur les murs. Animez la synthèse des résultats des différents groupes. Cette synthèse doit déboucher sur une liste commune de réponses aux questions. Au besoin, complétez les réponses avec les éléments présentés ci-dessous (*italique*).

Question 1) Quelle différence faites-vous entre la solidarité et l'entraide ? Illustrez vos réponses avec des exemples tirés des pratiques traditionnelles de votre zone.

- *L'entraide repose sur le principe de réciprocité attendue de l'aide (par exemple l'entraide en travail pour la culture des champs).*
- *La solidarité s'exprime sans attendre une contre partie en retour de la part du bénéficiaire (le don de nourriture à une famille ayant ses champs dévastés par un ravageur). Elle s'inscrit cependant au sein d'un système complexe de droits et obligations.*

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 : entraide par le travail, soutien financier, etc. L'individu, ou la famille, qui doit faire face à des dépenses inattendues — naissances, mariages, maladies, décès — s'adresse à la famille élargie. Souvent, cette forme d'entraide ou de solidarité s'étend à tous les membres du lignage ou du village.

Les tontines constituent une autre 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, prélevée sur les cotisations de tout le groupe. Les membres des tontines font généralement partie du même groupe familial, du 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.

En dehors de ces formes traditionnelles d'entraide, les pays africains ont été soumis à l'influence des systèmes de solidarité et de protection^{*} sociale venus d'Europe. Cette influence a d'abord eu lieu pendant la période coloniale.

Question 2) D'après la description qui est donnée d'une mutuelle de santé, expliquez en quoi son fonctionnement fait appel aux notions de prévoyance et de solidarité.

Prévoyance

Il y a prévoyance, puisque le membre verse des cotisations sans certitude quant à la réalisation du risque (survenance d'une maladie). Lorsque le risque se réalise, la mutuelle permet au membre de faire face aux dépenses. En s'acquittant aujourd'hui de ses cotisations, le membre de la mutuelle s'assure d'avoir les moyens d'accéder aux soins de santé dont il aura besoin, seulement, demain.

Solidarité

Il y a solidarité, car si tous les membres cotisent, seuls ceux qui sont affectés par un événement déterminé bénéficieront d'un soutien financier. À travers la mutualité, une solidarité s'organise entre les malades et les bien portants, les jeunes et les vieux, les riches et les pauvres.

Question 3) Parmi les principes 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 le comportement des membres ;*
- *La dynamique d'un mouvement social.*

Question 4) Quels sont les autres principes de base de la mutualité qui ne sont pas répertoriés ci-dessus ?

- *Participation démocratique ;*
- *But non lucratif.*

Question 5) Quelle définition proposeriez-vous de la mutualité et d'une mutuelle de santé ?

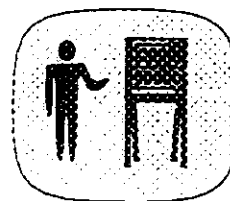
- *Une mutuelle est une association volontaire de personnes (donc à adhésion libre), à but non lucratif (qui ne recherche donc pas le profit), dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous ses membres*. Sur la base de leurs décisions, et au moyen de la cotisation* de ses membres, principalement, 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.*
- *La mutualité désigne le mode d'organisation, le système de pensée, la philosophie d'action, propres aux institutions mutualistes.*
- *Une mutuelle de santé est une organisation mutualiste constituée pour assurer aux membres la couverture des risques maladies et en particulier leur permettre d'accéder à des soins de santé de qualité.*

Question 6) Quels sont les risques sociaux qui peuvent être couverts par une mutuelle de santé ?

- Les soins curatifs ;
- Les soins préventifs ;
- Les soins promotionnels ;
- L'incapacité de travail, suite à une maladie ou à un accident (allocation journalière) ;
- L'invalidité (rente périodique) ;
- La vieillesse (allocation de pension) ;
- Le décès (allocation et services funéraires).

Exposé c1.1 (0h30)

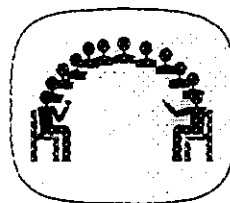
Projetez le transparent sur les principes de base de la mutualité (schéma n°1) et commentez rapidement les différents principes. Distribuez, ensuite, le texte d'appui n°2 intitulé : « Principes de base de la mutualité ».



1.2 Similitudes et différences entre la mutuelle et les autres institutions de financement des soins de santé

Travail en plénière a1.2 (0h20)

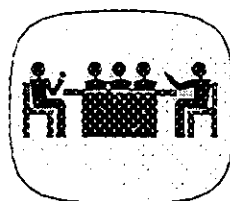
Demandez aux participants de citer d'autres organisations ou systèmes de **couverture des frais de santé** ; notez les réponses sur le flip-chart. Complétez, éventuellement, leurs réponses avec les éléments ci-dessous :



- Assurance maladie obligatoire (organisée par l'État) ;
- Compagnies d'assurance (assurance commerciale) ;
- Caisses et mutuelles de crédit ;
- Coopératives de santé ;
- Plans de pré-paiement.

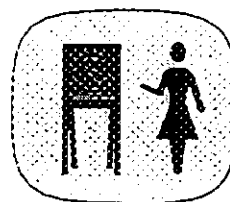
Travail de groupes n°2 b1.2 (1h15)

Distribuez le texte du travail de groupes n°2. Demandez aux participants de lire le texte et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement. Demandez aux participants de compléter la grille.



Synthèse en plénière c1.2 (0h45)

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°2. Reférez-vous au tableau ci-après :



	Mutuelles de santé	Assurance Maladie Obligatoire	Assurance commerciale	Coopérative d'épargne/crédit
Adhésion libre	X		X	X
Participation des adhérents à la gestion	X			X
Versement régulier de cotisations	X	X	X	
Apport des membres au capital social				X
Distribution de bénéfices				X
But non lucratif	X			
Contribution des adhérents liés au risque personnel			X	
Mouvement de solidarité entre membres	X			X
Mouvement social autonome	X			X

Supports pédagogiques

Travail de groupes n° 1

Définition et principes de base de la mutualité

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

Dans une mutuelle de santé, chaque membre verse des cotisations, selon une périodicité variable. En contre partie, la mutuelle garantit, à ses membres, le paiement (ou le remboursement) de tout ou partie du coût de leurs soins de santé. Les soins sont fournis par des prestataires avec lesquels la mutuelle a conclu le plus souvent des accords portant, entre autres, sur les tarifs et la qualité des soins ou par des institutions qui appartiennent à la mutuelle de santé.

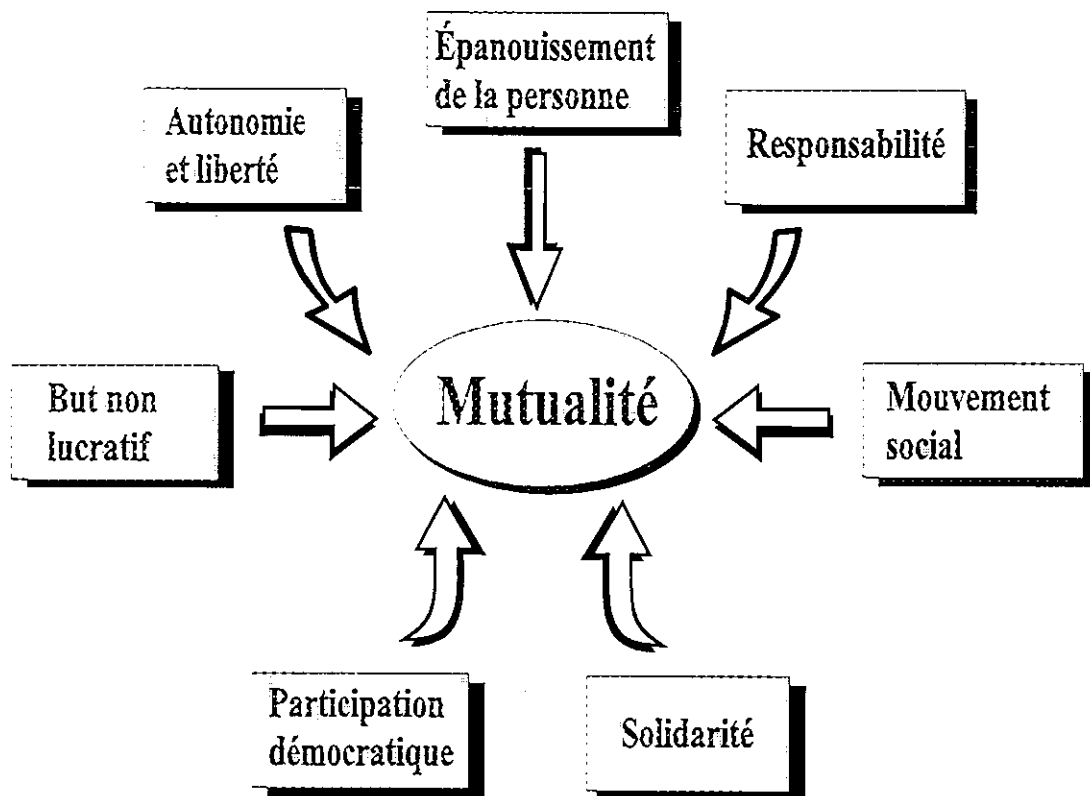
Répondez aux questions ci-dessous et notez vos réponses sur le flip-chart.

- 1) Quelle différence faites-vous entre la solidarité et l'entraide ? Illustrez vos réponses avec des exemples tirés des pratiques traditionnelles de votre zone.
- 2) D'après la description qui est donnée d'une mutuelle de santé, expliquez en quoi son fonctionnement fait appel aux notions de prévoyance et de solidarité.
- 3) Parmi les éléments ci-dessous, lesquels sont les principes de base de la mutualité ?
 - a) La solidarité ;
 - b) La participation des membres au capital ;
 - c) L'autonomie et liberté ;
 - d) L'épanouissement de la personne ;
 - e) Le but commercial (logique de profit) ;
 - f) La répartition des bénéfices entre les membres ;
 - g) La responsabilité dans la gestion et le comportement des membres ;
 - h) La dynamique d'un mouvement social ;

- i) Le nombre de voix de chaque membre lors des assemblées générales proportionnel à son apport en capital.
- 4) Quels sont les autres principes de base de la mutualité qui ne sont pas répertoriés ci-dessus ?
- 5) Quelles définitions proposeriez-vous de la mutualité et d'une mutuelle de santé ?
- 6) Quels sont les risques sociaux qui peuvent être couverts par une mutuelle ?

Schéma n°1

Principes de base de la mutualité



Texte d'appui n° 1

Principes de base de la mutualité

** En quoi consiste la solidarité ?*

Le principe de solidarité est véritablement le fondement de la mutualité. Les implications de ce principe sont doubles. D'une part, chaque membre paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade. La cotisation est donc la même quels que soient l'âge, le sexe, l'état de santé de l'adhérent. D'autre part, chacun bénéficie des mêmes services en cas de maladie. La mutualité instaure donc une solidarité entre malades et bien portants, entre jeunes et vieux, et entre les différentes catégories professionnelles et sociales.

L'adhésion à une mutuelle 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 d'intérêt à s'affilier que les autres ; il peut en résulter un déséquilibre financier dangereux pour la viabilité de la mutuelle. Tenant compte de ce fait, 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.

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 oeuvre, 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 malades et des handicapés, des personnes âgées, 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 membres 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 membres, la participation aux prises de décisions et les possibilités de contrôler le fonctionnement de leur mutuelle. Dans les mutuelles de grande taille, il faut trouver des mécanismes de représentation des différents groupes qui les composent (géographiques, professionnels...).

Une vie démocratique ne se construit pas uniquement par des règlements. Par conséquent, le fonctionnement d'une Mutuelle ne sera réellement démocratique que si les membres 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 membres ne pourront pas exercer pleinement leurs droits.

** Autonomie et liberté dans le respect des lois*

La 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 membres 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 membres 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... 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. Dans ce sens, 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 contradictoires.

** Épanouissement 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 sa propre santé et de celle des autres.

C'est dans cet esprit que les Mutuelles offrent à leurs membres, non seulement des formations, mais aussi des programmes d'éducation à la santé et qu'elles les encouragent à un engagement social en vue de l'intégration des malades et des plus démunis.

** But non lucratif*

Une Mutuelle qui, par vocation, a pour ambition de consacrer son action au service de ses membres, 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 membres ou, éventuellement, de réduire les montants des cotisations. Ces surplus ne devraient, en aucun cas, être redistribués aux membres, sous forme de dividendes ou de trop perçus par exemple.

** Responsabilité dans la gestion et le comportement des membres*

La solidarité, la démocratie participative, l'autonomie, et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la Mutuelle et ses membres prennent leurs responsabilités.

Tous les autres principes de la mutualité resteront, finalement, lettre morte si la gestion de la Mutuelle n'est pas rigoureuse, si les membres 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 dans les différentes assemblées, etc.

** Dynamique d'un mouvement social*

Travail de groupes n°2

Similitudes et différences entre mutuelle de santé et autres organisations ou systèmes de financement des soins santé

Complétez les colonnes du tableau ci-dessous en utilisant la liste des autres organisations ou systèmes de financement des soins de santé que vous avez dégagés 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 membres au capital social				
Distribution d'excédents				
But non lucratif				
Contribution des adhérents liée au risque personnel				
Mouvement de solidarité entre adhérents				
Mouvement social autonome				

De tout ce qui précède, il découle que les membres 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 des intérêts et du bien 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 est souhaitable qu'il collabore avec d'autres organisations pour atteindre ses objectifs.

Module 2

Processus de mise en place d'une mutuelle de santé

Table des matières

Module 2 : Processus de mise en place d'une mutuelle de santé

Déroulement de la formation	2
1. Préalables et travaux préliminaires	2
2. Étude de contexte	6
3. Contacts avec les prestataires de soins	7
4. Etude de faisabilité financière	7
5. Constitution d'un groupe de travail	7
6. Constitution des mutuelles	9
7. Assemblée générale constitutive (AGC)	10

Supports pédagogiques

Texte d'appui n°1 : Éléments d'analyse de faisabilité d'une mutuelle de santé	A1
Jeu de rôle : Le village de Sabouli	B1
Texte d'appui n°2 : Constitution de la mutuelle	C1
Texte d'appui n°3 : Statuts de la mutuelle de Fandène	D1
Texte d'appui n°4 : Règlement intérieur de la mutuelle de Fandène	E1

Processus de mise en place d'une mutuelle de santé



Objectif

À la fin de ce module, les participants maîtriseront la démarche à suivre dans le processus de mise en place d'une mutuelle de santé.

Groupe cible

Initiateurs des mutuelles de santé

Prérequis

Module « Fondements et caractéristiques de la mutualité »

Durée

6 h 30

Contenu

Préalables et travaux préliminaires
Travaux préliminaires, en particulier les études de faisabilité
Assemblée générale constitutive
Statuts et règlement intérieur

Méthodes

Plénière (travail ou synthèse)
Travail de groupes
Travail individuel
Jeu de rôles
Exposé

Supports matériels

Flip-chart
Métoplan
Fiches cartonnées

Supports pédagogiques

Textes d'appui
Jeu de rôles

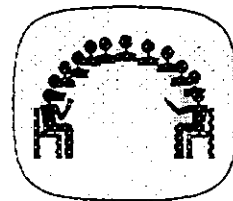
Déroulement de la formation

Présentez aux participants l'objectif du module et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.

2.1 Préalables et travaux préliminaires

Travail en plénière a2.1 (1h00)

Posez les questions suivantes aux participants et demandez leur de formuler les réponses. Distribuez des fiches cartonnées. Complétez éventuellement les réponses et faites un commentaire détaillé de chaque élément en vous inspirant du texte ci-dessous (*italique*).



Préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé :

Question 1) Citez les préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé.

Un certain nombre de facteurs déterminent l'intérêt à mettre en place une mutuelle de santé et son bon fonctionnement ultérieur. Il s'agit principalement :

- de l'existence de liens de solidarité entre les futurs membres ;*
- de l'existence d'un besoin réel en matière de financement des soins de santé ;*
- de la confiance accordée aux initiateurs du projet ;*
- de la disponibilité de services de santé de qualité ;*
- d'une dynamique de développement socio-économique dans la région ou la localité concernée.*

Question 2) Classez ces préalables en deux catégories : ceux qui vous paraissent indispensables et ceux qui favorisent plutôt les conditions de la mise en place d'une mutuelle de santé :

- Préalables nécessaires à la mise en place d'une mutuelle de santé :
 - * de l'existence de liens de solidarité entre les futurs membres ;
 - * l'existence d'un besoin réel en matière de financement des soins de santé ;
 - * la confiance accordée aux initiateurs du projet.
- Conditions favorables qui peuvent se réaliser au cours du développement de la mutuelle :
 - * une disponibilité de services de santé de qualité ;
 - * une dynamique de développement socio-économique dans la région ou la localité concernée ;

Éléments d'analyse à l'intention du formateur

L'existence de liens de solidarité entre les futurs membres

La solidarité est un facteur indispensable à tout regroupement d'entraide. Elle est, comme il a été vu au chapitre précédent, 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 même village ou quartier, travailleurs d'une même entreprise, membres d'un mouvement social, etc.

Un besoin réel et prioritaire

La future mutuelle de santé apportera, principalement, une solution aux problèmes de financement des soins de santé de ses membres. Cette difficulté de financement constitue déjà 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 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 confiance de la population 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.

À suivre

Suite

Des services de santé de qualité

La mutuelle doit compter sur une offre de services de santé permettant de faire face aux principaux besoins de la population. 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 n'est que pour des raisons d'ordre financier (capacité insuffisante à payer les soins) qu'une partie de la population pourrait ne pas y avoir recours.

Il se pourrait, cependant, 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 parce que 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 à l'initiative de la mutuelle devront avoir une personnalité^{*} juridique distincte de celle-ci car leur gestion et leur fonctionnement (bien que fondés sur des principes souvent similaires) ne sont pas semblables. 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. On peut éviter ainsi que l'une des structures connaisse des difficultés par suite de la mauvaise gestion de l'autre.

Une dynamique de développement socio-économique

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 donnent 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.

Question 3) Quels sont les travaux préliminaires qu'il faut effectuer à l'occasion de la mise en place d'une mutuelle de santé ?

Travaux préliminaires

Ils comprennent :

- *l'information et la formation des initiateurs du projet*
- *l'étude approfondie du contexte de création de la mutuelle*
- *les contacts avec les prestataires de soins de santé*
- *l'étude de faisabilité financière*
- *la constitution d'un groupe de travail*

Il importe qu'au cours des travaux préliminaires, les initiateurs du projet, en particulier s'il s'agit de promoteurs externes au milieu, développent une concertation étroite avec la population pour recueillir ses points de vue, préciser ses besoins et définir les actions à entreprendre.

Les travaux préliminaires peuvent se résumer comme suit :

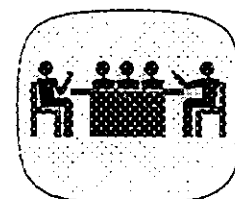
- * *un test de l'idée ;*
- * *une information, sensibilisation, mobilisation ;*
- * *la constitution d'un groupe de travail ;*
- * *l'étude de faisabilité.*

2.2 Étude du contexte

Expliquez aux participants que l'étude du contexte et l'analyse de faisabilité financière constituent des étapes importantes de la mise en place de la mutuelle de santé.

Travail de groupes n°1 a2.2 (1h00)

Présentez au flip-chart les principaux éléments de l'étude de faisabilité d'une mutuelle de santé et demandez aux participants de les compléter, éventuellement :



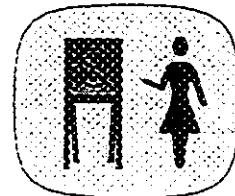
- *aspects démographiques*

- *aspects socio-économiques*
- *aspects socio-culturels*
- *aspects politiques*
- *aspects environnementaux*
- *aspects techniques*
- *aspects sanitaires*
- *cadre législatif*
- *cadre macro-économique...*

Pour chacun de ces éléments, demandez aux participants de préciser les différentes informations dont ils auront besoin pour l'étude du contexte (par exemple, pour les aspects sanitaires : affections courantes, nombre de formations médicales, etc).

Synthèse en plénière b2.2 (0h30)

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



Distribuez le texte d'appui n°1 portant sur les éléments d'analyse de faisabilité d'une mutuelle de santé. Demandez à un participant de le lire. Organisez un débat afin de vérifier qu'aucun élément important n'a été oublié.

2.3 Contacts avec les prestataires de soins

Brainstorming a2.3 (0h15)

Demandez aux participants pourquoi il est nécessaire de prendre contact avec les prestataires de soins avant de mettre en place la mutuelle. Complétez s'il y a lieu à l'aide des éléments suivants :



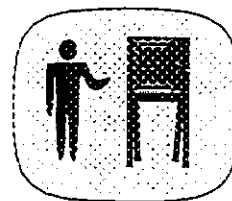
- *pour avoir une idée de la disponibilité, de la qualité et du coût des soins de santé ;*
- *pour vérifier l'attitude des prestataires de soins par rapport à la mutuelle de santé.*

2.4 Étude de faisabilité financière

Exposé a2.4 (0h15)

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

Un calcul financier basé sur une estimation des dépenses et des recettes est nécessaire pour apprécier la faisabilité de la création d'une mutuelle :



les dépenses :

- paiement de prestations ;
- frais de fonctionnement ;
- frais de formation (éventuellement).

les recettes :

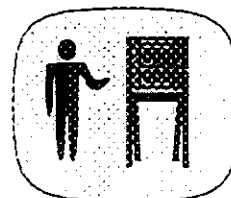
- droits d'admission ;
- cotisations ;
- intérêt des placements ;
- dons et legs.

Les prévisions pourraient se faire à partir d'éléments statistiques recueillis lors de l'étude de contexte.

2.5 Constitution d'un groupe de travail

Exposé a2.5 (0h10)

Pour des raisons d'efficacité, les initiateurs du projet peuvent constituer, dans un premier temps, un groupe de travail avec les futurs membres fondateurs pour asseoir les bases de la mutuelle. Ces personnes réuniront la population concernée et mettront au point les documents de base qui seront soumis à l'Assemblée Générale Constitutive qu'elles convoqueront.



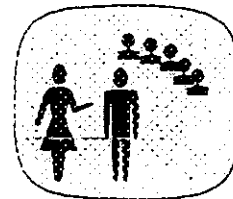
Les réunions avec des membres potentiels auront pour buts :

- de les informer sur le projet de création d'une mutuelle :

- sa philosophie
 - ses objectifs globaux
 - ses avantages et inconvénients
 - son mode de gestion, etc.
- de recueillir leur point de vue sur le projet et la manière de le mettre en oeuvre
 - de définir avec eux des objectifs précis (choix des scénarios)
 - d'élaborer un programme d'action provisoire

Jeu de rôles b2.5 (1h30)

Distribuez le texte du jeu de rôle. Expliquez aux participants que l'objet de ce jeu de rôle est de s'entraîner à convaincre les membres potentiels du bien-fondé de créer une mutuelle et de l'intérêt personnel qu'ils ont à y adhérer.



Cet exercice crée un cadre de débats contradictoires au cours desquels l'assimilation des principes de base de la mutualité et les différences avec d'autres systèmes de prise en charge seront vérifiées.

A l'aide de ce texte, distribuez et expliquez les rôles suivants :

- les cinq membres du comité de santé ;
- le responsable du centre de santé ;
- l'animateur agricole ;
- le chef de village.

Désignez à l'insu du premier groupe :

- un groupe de villageois convaincus ;
- un groupe de villageois récalcitrants.

Répartissez ces différents rôles à un groupe d'observateurs :

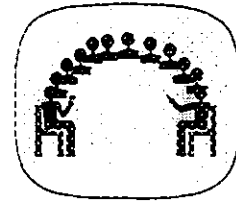
- le Comité de santé fixe l'ordre du jour et ouvre la réunion ;
- le Comité anime la réunion, une personne distribue la parole ;

- les participants interviennent selon leur rôle, critiquent, soutiennent, questionnent ;
- demandez aux observateurs de commenter les faits observés.

2.6 Constitution des mutuelles

Travail en plénière a2.6 (1h00)

Expliquez aux participants qu'une fois arrêtée l'idée de la création de la mutuelle, les étapes suivantes vont permettre sa constitution :



- l'élaboration d'un projet de statuts ;
- la rédaction d'un projet de règlement intérieur ;
- la confection du premier budget ;
- l'établissement de l'ordre du jour de l'AGC ;
- la convocation de l'AGC.

Question 1) : Demandez aux participants d'énumérer les éléments constitutifs des statuts.

Notez les réponses au fur et à mesure sur le flip-chart et complétez s'il y a lieu en vous référant aux propositions suivantes :

- *la dénomination et le siège de la mutuelle ;*
- *les objectifs qu'elle poursuit ;*
- *les services qu'elle offre ;*
- *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.*

Question 2) : 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 devoirs des membres et des responsables et fixent les modalités qui garantissent un fonctionnement démocratique et solidaire (divers organes de gestion à créer, leur composition, leurs compétences, etc).

D'une part, les statuts constituent le contrat collectif entre les membres et leur mutuelle ; d'autre part ils servent de référence dans les relations entre la mutuelle et les tiers ; par exemple : vis-à-vis de l'administration, des prestataires de soins avec lesquels des contrats sont passés, des non-membres qui voudraient adhérer, etc.

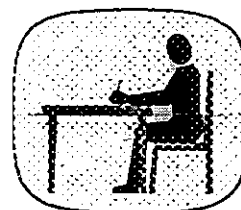
Question 3) : Quelle est la différence entre les statuts et le règlement intérieur ?

Notez les réponses au flip-chart et faites ensuite la synthèse.

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.

Travail individuel b2.6 (0h30)

Demandez aux participants de lire les statuts et le règlement intérieur distribués en texte d'appui, et de relever les différences et les complémentarités entre les deux textes.



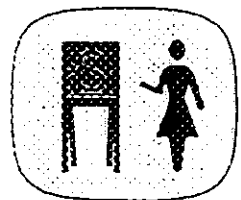
Demandez à des participants de présenter ses conclusions au groupe.

2.7 Assemblée générale constitutive (AGC)

Distribuez et commentez le texte d'appui n°2 détaillant tous les éléments sur l'Assemblée générale constitutive, et des exemples de statuts (texte d'appui n°3) et règlements intérieurs (texte d'appui n°4).

Synthèse en plénière a2.7 (0h10)

Clôturez le module, en rappelant brièvement toutes les étapes du processus de mise en place d'une mutuelle de santé, en vous servant du flip-chart :



- Vérification des conditions préalables ;
- Information/formation des initiateurs du projet ;
- Constitution d'un groupe de travail ;
- Contact avec les prestataires de soins ;
- Étude de faisabilité ;
- Réunion d'information des membres potentiels de la mutuelle ;
- Élaboration des statuts et du règlement intérieur ;
- Confection du premier budget ;
- Tenue de l'Assemblée générale constitutive.

Supports pédagogiques

Texte d'appui n° 1

Éléments d'analyse de faisabilité d'une mutuelle de santé

* *Aspects socio-économiques et culturels*

Il faut étudier :

- les activités socio-économiques de la population,
- la nature et la part de la production autoconsommée ainsi que la productivité agricole (en zone rurale),
- le niveau des revenus au sein de la population, leur répartition et l'évolution du pouvoir d'achat,
- les formes d'organisation actuelles et passées de la population (communautés de base, comités de quartier, coopératives, groupements, associations, tontines, etc.),
- le taux d'alphabétisation,
- les moeurs, coutumes et croyances religieuses.

* *Aspects sanitaires*

Il importe :

- d'identifier les différents intervenants dans le domaine de la santé,
- d'analyser la carte sanitaire de la localité :
 - nombre et répartition géographique des formations médicales et autres prestataires de soins,
 - effectifs et qualifications du personnel des formations médicales,
 - distance entre les différents prestataires de soins, les localités et les lieux de travail,
 - nature des services de santé,
 - taux de fréquentation des formations médicales,
 - identification des besoins prioritaires en matière de santé,
 - affections courantes,

- environnement (assainissement, approvisionnement en eau potable),
 - taux de mortalité/morbidité par maladies infectieuses et parasitaires,
 - taux de mortalité infantile,
 - circuit de distribution des médicaments mais aussi possibilités d'approvisionnement en médicaments[♦] génériques,
 - causes principales de décès,
 - taux de dénutrition,
- de déterminer les coûts et la qualité des soins à comparer avec ceux proposés dans les régions voisines,
 - de définir les modalités de financement et de fonctionnement des formations médicales,
 - d'étudier les initiatives en matière de financement de la santé,
 - de tenir compte de la perception qu'a la population des prestataires de soins (au niveau de la qualité, etc.).

** Analyse du cadre législatif*

Une étude du cadre législatif et réglementaire dans lequel la mutuelle devra se développer est nécessaire :

- textes permettant de donner une personnalité juridique à la mutuelle,
- textes concernant la politique de santé : les services de santé, la prévention, etc,
- textes relatifs à la politique des médicaments (y compris les lois et règlements fixant les prix), etc.

Cependant, l'existence d'une législation propre à la mutualité, comme par exemple un Code de la mutualité, n'est pas indispensable. Une mutuelle peut prendre une autre forme juridique comme celle d'une coopérative, d'une association sans but lucratif, selon les pays.

La politique de santé du gouvernement sera aussi analysée.

* *Cadre macro-économique*

Il faudra également rassembler et examiner des données macro-économiques telles que l'inflation, l'évolution des revenus... ainsi que des données plus spécifiques comme le régime fiscal de l'importation de médicaments.

Jeu de rôle

Le village de Sabouli

Sabouli est un village de 2.000 habitants, dont 1.000 fréquentent un centre de santé qui procure des soins de santé de base de bonne qualité. Le Comité de santé a remarqué que dans les cas nécessitant un transfert vers l'hôpital de zone, la plupart des malades interrompent leur traitement faute de moyens. Ainsi, l'an passé, sur 50 références pour problèmes graves, à peine 10 personnes ont pu être hospitalisées, tandis que 20 patients sont décédés. Face à cette situation de crise, le Comité de santé voudrait créer une mutuelle qui permette à chacun de se faire soigner à l'hôpital lorsque c'est nécessaire. Après s'être renseigné auprès de cet hôpital, il apparaît que le coût moyen d'une facture d'hospitalisation s'élève à 30.000 FCFA, une somme que très peu de villageois peuvent rassembler. Pour payer les cinquante hospitalisations annuelles, il faudrait disposer d'une somme de 1.500.000 FCFA. Le comité de santé a estimé que, par une bonne campagne de sensibilisation, les trois-quarts des habitants fréquentant le centre de santé (soit 750 personnes) pourraient adhérer à la mutuelle dès la première année. Dans ce cas, la cotisation annuelle à percevoir serait de 2.000 FCFA par personne. Un droit d'admission de 1.000 FCFA est proposé par famille, quelle qu'en soit la composition.

Service proposé

Prise en charge de 100% des frais d'hospitalisation avec un maximum de 14 jours couverts

Budget initial

Prestations	:	50 x 30.000 FCFA	=	1.500.000 FCFA
Frais administratifs	:	50.000 FCFA	=	50.000 FCFA
Droits d'admission	:	100 x 1.000 FCFA	=	100.000 FCFA
Cotisations	:	750 x 2.000 FCFA	=	<u>1.500.000 FCFA</u>
				3.150.000 FCFA

Texte d'appui n°2

Constitution de la mutuelle

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 (AGC)

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 en approuver les statuts, conformément aux textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Elle devra, également, mettre en place les divers organes chargés d'assurer le démarrage et la promotion de la mutuelle. C'est pourquoi elle élira immédiatement les membres du conseil d'administration, ceux du comité d'exécution et des organes de contrôle, etc.

Préparatifs de l'Assemblée générale constitutive (AGC)

Les étapes de préparation de l'Assemblée générale constitutive (AGC) sont :

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

** Élaboration 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 devoirs des membres 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 qu'elle poursuit,
- les services qu'elle offre,
- 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 membres. Des exemples de statuts sont présentés en annexe 4.

Étant donné le caractère souvent peu accessible des textes réglementaires, il peut être important de fournir également à tous les membres de l'AGC, une version simplifiée des projets de statuts, adaptée à leur niveau de compréhension. C'est, du reste, une exigence de la démocratie participative.

** Élaboration 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 lorsque le membre s'inscrit pour la première fois, au contenu des cartes de membres, aux conditions requises pour être considéré comme faisant partie de la famille du membre, etc.

** Élaboration d'un premier budget*

Le budget devra être établi conformément aux statuts et aux dispositions légales ; il devra être en équilibre et prévoir les réserves imposées par la réglementation s'il y a lieu et requises dans tous les cas pour une bonne gestion.

Le projet de budget soumis à l'AGC devra comprendre une proposition de cotisations, basée sur les données collectées lors des études préliminaires. Il sera prudent d'inclure une « marge de sécurité » étant donnée la difficulté de prévoir les comportements des bénéficiaires, une fois levé l'obstacle financier à l'accès aux soins de santé (la situation antérieure à la création de la mutuelle étant

marquée généralement par une sous-consommation des soins). Il faut éviter de modifier les cotisations au cours d'un exercice et, a fortiori, la première année, afin de ne pas ébranler la confiance des membres.

Cette marge de sécurité sera d'autant plus nécessaire que les cotisations seront perçues annuellement, notamment dans les zones rurales, et que la situation économique et financière du pays demeurera incertaine en raison du poids certain de l'inflation.

** Établissement de l'ordre du jour de l'AGC*

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'AGC*

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 membres de 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 assemblée générale.

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 membres pour adoption lors de l'assemblée générale suivante.

Les différents documents seront adressés aux autorités administratives pour enregistrement, conformément à la réglementation en vigueur.

Texte d'appui n°3

Statuts de la mutuelle de Fandène

<p>Titre 1 : Objet de l'Association</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Titre 2 : Administration et Fonctionnement de l'Association</p> <p>Article 5 — Les instances de l'Association sont : L'Assemblée générale des adhérents. Le Comité directeur.</p>	<p>Le Bureau exécutif.</p> <p>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 2/3 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 2/3 des membres.</p> <p>Article 7 — Le Comité directeur est chargé de suivre la bonne marche de l'Association. — Il se réunit tous les 3 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.</p> <p>Article 8 — Le Bureau exécutif est composé :</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Article 9 — Le Président convoque et préside les réunions de l'Assemblée générale, du Comité directeur et du</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Article 12 Les Commissaires aux comptes contrôlent la régularité de la gestion des ressources de l'Association.</p> <p style="text-align: right;">À suivre</p>
--	--	---

Suite

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 2/3 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°4

Règlement intérieur de la mutuelle de Fandène

<p>Titre 1 : Objet de l'association</p> <p>Article 1 Il est créé à la paroisse St Marcel de Fandène un service d'entraide dénommé Mutuelle Santé Fandène.</p> <p>Article 2 La durée de la mutuelle est <u>illimitée</u>. Le siège social de la mutuelle est la Mission Catholique de Fandène B.P. 3042 THIES/SÉNÉGAL.</p> <p>Article 3 L'entraide poursuivie par la mutuelle concerne exclusivement l'hospitalisation dans un centre hospitalier avec lequel la mutuelle a signé un contrat.</p> <p>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.</p> <p>Article 5 Peuvent être membres de l'association : - les responsables de famille ; - les individus, paroissiens ou les ressortissants de la Paroisse St Marcel de Fandène.</p> <p>Article 6 Tout père de progéniture vivante doit détenir une carte de membre pour être assuré par la mutuelle.</p> <p>Article 7 La qualité de membre s'acquiert par l'achat de la carte de membre.</p>	<p>Titre 2 : Administration et fonctionnement</p> <p>Article 8 Les instances de l'Association Mutuelle Santé Fandène sont :</p> <p>a) - L'Assemblée générale des adhérents ; b) - Le Comité directeur ; c) - Le Bureau exécutif. (Cf statuts articles 5 à 13)</p> <p>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.</p> <p>Article 10 Le délégué doit être adhérent et détenir une carte de membre.</p> <p>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.</p> <p>Article 12 Le membre du Bureau exécutif qui n'est plus délégué doit démissionner de son poste pour être remplacé dans les 30 jours.</p> <p>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.</p> <p>Article 14 Le Comité directeur se réunit tous les 3 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</p>	<p>proposition de la majorité du Comité directeur.</p> <p>Article 15 Le Bureau exécutif se réunit une fois par mois, le deuxième dimanche du mois au siège de l'Association.</p> <p>Titre 3 : Les ressources de l'association et leur utilisation</p> <p>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.</p> <p>Article 17 L'adhérent à jour de ses redevances bénéficie des prestations offertes par la Mutuelle.</p> <p>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.</p> <p>Article 19 La Mutuelle prend en charge un nombre de jours décidé par l'Assemblée générale, exclusivement pour l'hospitalisation.</p> <p>Article 20 La Mutuelle prend en charge les hospitalisations décidées par le personnel médical des centres hospitaliers agréés par la Mutuelle.</p>
---	---	---

À suivre

suite

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 St 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 2/3 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.

Module 3

**Compétences et
responsabilités des organes
d'une mutuelle de santé**

Table des matières

Module 3 : Compétences et responsabilités des organes d'une mutuelle de santé

Déroulement de la formation	2
1. Identification des organes d'une mutuelle de santé	3
2. Attribution des compétences au sein du Comité d'exécution	4
3. Structuration des mutuelles de santé	5
Supports pédagogiques	
Travail individuel : Attributions des organes d'une mutuelle de santé	A1
Corrigé du travail individuel	A2
Texte d'appui n°1 : Les organes d'une mutuelle de santé	B1
Texte d'appui n°2 : Attribution des membres du comité d'exécution de la mutuelle de Toulougou	C1
Schéma n°1 : Organigramme type d'une mutuelle de santé	D1
Schéma n°2 : Structures décisionnelles d'une mutuelle de santé	E1

Compétences et responsabilités des organes d'une mutuelle de santé



Objectif

À la fin de ce module les participants pourront identifier les organes d'une Mutuelle de santé et définir leurs compétences et responsabilités.

Groupe cible

Initiateurs
Membres du Conseil d'administration
Gestionnaires
Membres du Comité de surveillance

Prérequis

Module « Fondements et caractéristiques de la mutualité »

Durée

2 h 50

Contenu

Identification des organes d'une Mutuelle de santé
Attribution et compétences au sein du Comité d'exécution
Structuration des mutuelles

Méthodes

Exposé
Travail de groupes
Plénière (travail ou synthèse)
Travail individuel

Supports matériels

Flip-chart
Rétroprojecteur

Supports pédagogiques

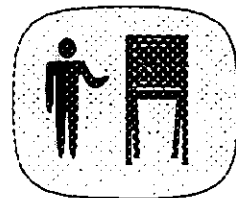
Organigramme
Textes de travaux de groupes
Textes d'appui
Texte de travail individuel
Transparents

Déroulement de la formation

Présentez aux participants l'objectif du module et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.

Exposé a3.0 (0h15)

Faites un rappel sur les principes fondamentaux d'une Mutuelle de santé, en vous inspirant du texte ci-après, et en insistant sur le caractère démocratique et participatif de la gestion d'une Mutuelle de santé.



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 membres 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 garantissant la

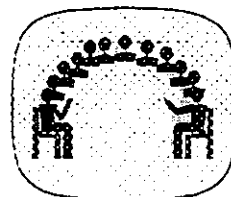
participation des membres aux prises de décisions et leur possibilité de contrôler le fonctionnement de leur mutuelle. Dans les mutuelles de grande taille, il faut trouver des mécanismes de représentation des différents groupes qui les composent (géographiques, professionnels...).

Une vie démocratique ne se construit pas uniquement par des règlements. Par conséquent, le fonctionnement d'une mutuelle ne sera réellement démocratique que si les membres prennent leurs responsabilités dans les différentes instances en pleine 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 membres ne pourront pas exercer pleinement leurs droits.

3.1 Identification des organes d'une Mutuelle de santé

Travail en plénière a3.1 (0h30)

Expliquez aux participants que le fonctionnement d'une Mutuelle de santé nécessite la mise en place d'organes de décision et de contrôle. Inscrivez les mots clés sur le flip-chart :



- *Organes ;*
- *Compétences ;*
- *Responsabilités.*

Demandez aux participants de répondre aux questions suivantes :

Question 1) Quels sont les différents organes d'une mutuelle de santé?

Recensez au flip-chart toutes les réponses des participants et complétez, s'il y a lieu :

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

Précisez, aux participants, que l'organisation d'une mutuelle de santé peut différer d'un pays à un autre, notamment en fonction des législations existantes. Là où il n'existe pas encore la législation spécifique, sur la mutualité, c'est souvent la loi sur les associations qui s'applique, ou la législation sur les coopératives.

Question 2) Quelle est la principale fonction de chaque organe ?

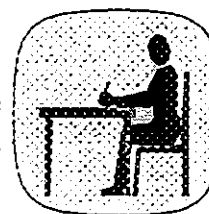
Vérifiez que la réponse correspond, ou non, au modèle proposé :

- AG = définition d'une politique générale, conformément aux statuts ;
- CA = prise de décisions de gestion importantes (orientations) ;
- CE = exécution des décisions du C.A. et décisions de gestion quotidiennes ;
- 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), parcourez-le et éventuellement, commentez-le.

Travail individuel b3.1 (0h30)

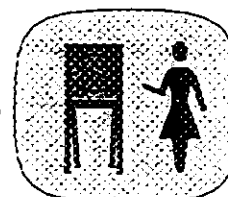
Distribuez la texte du travail individuel n°1 (libellé de l'exercice). Présentez le but de l'exercice : attribuer à chacun des organes, les compétences qui lui reviennent.



Pendant que les participants font l'exercice, préparez un tableau de synthèse pour la plénière. Reprenez sur une feuille jointe, la grille à compléter.

Synthèse en plénière c3.1 (0h30)

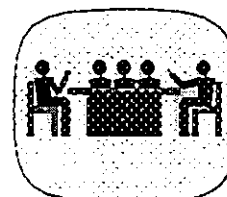
Distribuez le corrigé type et les textes de synthèse des compétences des différents organes (texte d'appui n°1)



3.2 Attribution des compétences au sein du Comité d'exécution

Travail de groupe n°2 a3.2 (0h30)

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



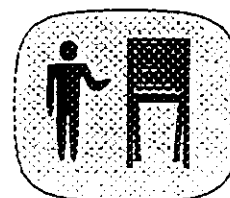
- un Président ;
- un Secrétaire général ;
- un Trésorier.

En s'inspirant du texte d'appui n°1 (les organes d'une mutuelle de santé), chaque responsable rédige individuellement son propre cahier de charge. L'exploitation commune de ces différents cahiers de charge permettra, ensuite, l'harmonisation des divers points de vue. Il n'y aura pas de plénière, mais la distribution d'un exemple (texte d'appui n°2 intitulé : attribution des membres du comité d'exécution de la Mutuelle de Toulougou).

3.3 Structuration des mutuelles de santé

Exposé a3.3 (0 h 20)

En vous inspirant des éléments ci-dessous, faites un exposé sur les différents échelons des mutuelles, en l'illustrant si possible avec des exemples concrets vécus dans les zones d'origine des participants. Visualisez les différents échelons au rétroprojecteur (Schéma n°2).



Les structures de la mutuelle doivent être conformes aux principes fondamentaux de la mutualité. Les principes de participation, de démocratie ne seront respectés que si la structure de la mutuelle est décentralisée. Pour ce faire, chaque membre doit pouvoir faire entendre sa voix lors des assemblées générales.

Selon la dimension et la zone d'activité de la mutuelle, sa structure comprendra un, deux ou trois échelons.

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

Si l'extension géographique de la mutuelle a des avantages — répartition des risques sur un plus grand nombre d'individus, économies d'échelle au niveau administratif, etc —, elle peut cependant comporter des dangers pour la démocratie interne.

En effet, il pourrait résulter pour les membres des sections locales une exclusion des organes de décisions. Pour que la mutuelle reste démocratique et que les membres des villages puissent faire valoir leurs points de vue, des membres du conseil d'administration local représenteront les membres de leur mutuelle à l'échelon supérieur. Ils seront membres de l'assemblée générale du district qui élira, à son tour, son conseil d'administration car il ne lui sera pas possible de se réunir régulièrement plusieurs fois par an.

Si la mutuelle s'étend sur plusieurs districts, chaque district sera représenté au niveau supérieur par des membres de son conseil d'administration (même schéma que le passage du niveau local au niveau district).

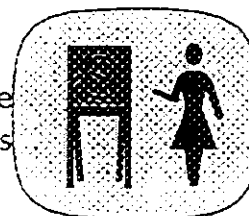
Si la mutuelle a un champ d'action national, on l'appellera une mutuelle nationale et elle aura des représentations locales appelées délégations.

Au-delà des trois échelons, la mutuelle peut entretenir des liens avec des mutuelles d'autres pays. La mutuelle peut faire partie d'une confédération de mutuelles de plusieurs pays et même tendre vers de grands réseaux sous régionaux ou continentaux. Si l'organisation mutualiste s'étend sur tout ou partie d'une zone couvrant plusieurs villages ou quartiers, les mutuelles ou sections locales (des villages, etc) seront réunies en une « union » de mutuelles.

La structure est donc pyramidale et basée sur une élection des représentants à tous les niveaux.

Synthèse en plénière b3.3 (0h15)

Clôturez le module en demandant à quelques participants de récapituler les éléments traités, notamment les organes, leurs rôles et la structuration des mutuelles.



Supports pédagogiques

Travail individuel n°1

Attributions des organes d'une Mutuelle de santé

Attribuez à chaque organe l'une des compétences ci-dessous.

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 l'admission et l'exclusion des membres 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. établit les comptes annuels et le budget pour l'exercice suivant ;
10. engage et supervise le personnel.

<u>Organes</u> Attributions	AG	CS	CA	CE
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

AG : Assemblée générale

CA : Conseil d'Administration

CE : Comité d'exécution

CS : Comité de surveillance

Corrigé du travail individuel n°1

<u>Organes</u> Attributions	AG	CS	CA	CE
1.	X			
2.		X		
3.	X			
4.	X			
5.		X		
6.			X	
7.				X
8.				X
9.			X	
10.				X

Texte d'appui n° 1

Les organes d'une Mutuelle de santé

Principales responsabilités de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale :

- définit la mission de la mutuelle et formule sa politique générale ;
- approuve et modifie les statuts ;
- examine et approuve les rapports d'activités des divers organes, y compris le comité de surveillance ;
- examine et approuve les comptes annuels et le budget ;
- fixe le montant des cotisations et de toute contribution spéciale ;
- élit les membres du conseil d'administration ;
- élit les membres du comité de surveillance ;
- décide des nouvelles orientations de la mutuelle ;
- décide de la fusion avec une autre mutuelle, de la dissolution de la mutuelle ;
- décide dans toutes les autres matières prévues par les statuts ;
- décide de l'admission ou de l'exclusion des membres de la Mutuelle de santé (dans les mutuelles de taille réduite ou dans celles où les cotisations sont annuelles) ?

Rôle 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 membres et appliquer, le cas échéant, les sanctions disciplinaires prévues ;
- nommer les membres 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 ;
- 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 par l'assemblée générale.

Compétences du Comité d'exécution

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 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 membres et l'administration ;
- négocier avec les prestataires de soins et défendre les intérêts des membres 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 assignées par le conseil d'administration et l'assemblée générale.

Missions 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 nouvelles procédures visant à en éviter la répétition ;
- veiller au respect du règlement intérieur de la mutuelle ;
- recueillir les plaintes des membres 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 membres participant à l'assemblée générale ;
- exercer toutes les fonctions qui lui sont assignées par les statuts et règlement intérieur.

Texte d'appui n°2

Attribution 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 ;
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 contresigne les chèques,• veille au respect des budgets ;
Trésorier adjoint	<ul style="list-style-type: none">• seconde le trésorier dans ses fonctions.

Schéma n°1

Organigramme type d'une mutuelle

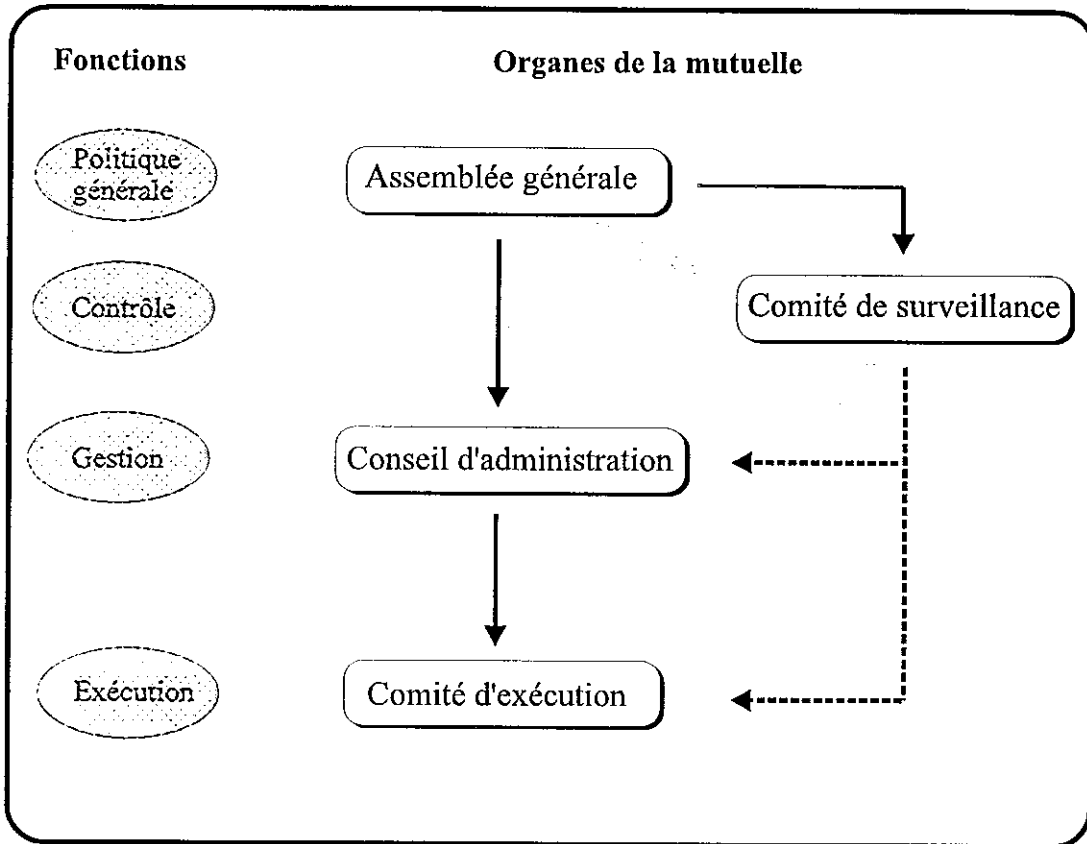
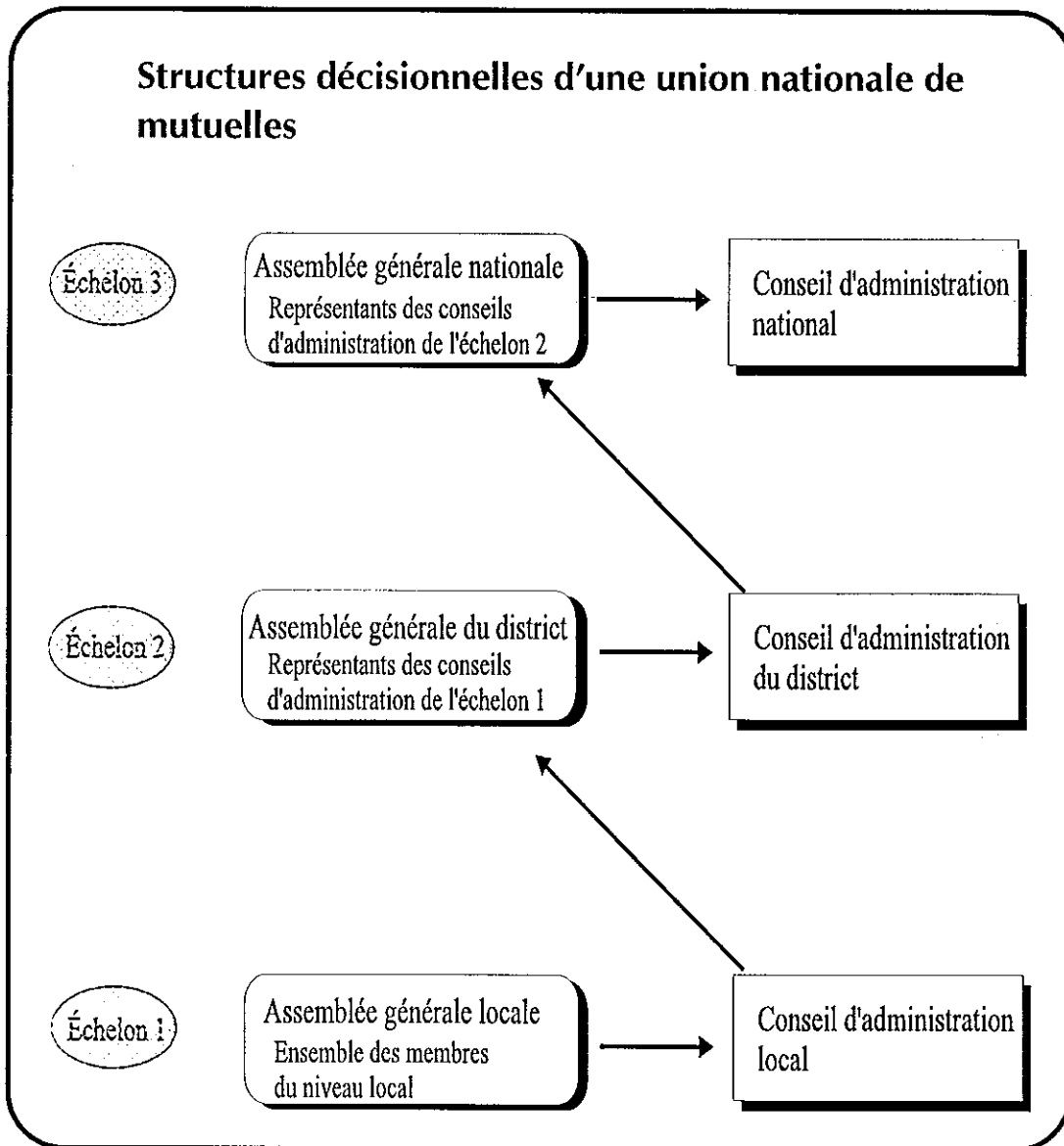


Schéma n°2

Structures décisionnelles d'une Mutuelle de santé



Module 4

L'adhésion à une mutuelle de santé

Table des matières

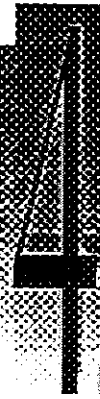
Module 4 : L'adhésion à une Mutuelle de santé

Déroulement de la formation	2
1. La qualité de membre	2
2. Catégories de personnes dont l'affiliation pose problèmes	5

Supports Pédagogiques

Texte d'appui n° 1 : Les bénéficiaires des services d'une Mutuelle	A1
Texte d'appui n° 2 : Les modalités d'adhésion à une Mutuelle de santé ...	B1
Texte d'appui n° 3 : Modalités d'accès aux services d'une Mutuelle	C1

L'adhésion à une mutuelle de santé



Objectif

À la fin du module, les participants connaîtront les modalités d'adhésion et d'accès aux services d'une mutuelle de santé ainsi que les difficultés posées par la prise en charge de certaines catégories de personnes

Groupe cible

Initiateurs
Membres du Conseil d'Administration

Prérequis

Notions de base sur les fondements et caractéristiques de la mutualité

Durée

4 h 45

Contenu

La qualité de membre

- bénéficiaires (titulaire et personnes à charge)
- cas particuliers
- droit d'adhésion
- cotisations

Les modalités d'adhésion

Les modalités d'accès aux services offerts par une mutuelle de santé

Méthodes

Exposé
Plénière (travail et synthèse)
Jeu de rôles

Supports matériels

Métoplan
Flip-chart

Supports pédagogiques

Textes d'appui

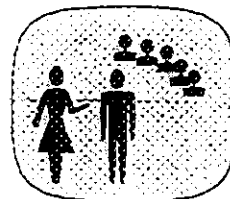
Déroulement de la formation

Présentez aux participants l'objectif du module et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.

4.1 La qualité de membre

Jeu de rôles a4.1 (1h30)

En introduction au jeu de rôles, expliquez aux participants que le membre est la personne qui adhère à la mutuelle de santé, s'engage à respecter les textes régissant son fonctionnement et à verser ses cotisations. On l'appelle aussi « titulaire ». Le



membre titulaire peut ouvrir le bénéfices des services d'une mutuelle à un certain nombre de personnes qui dépendent directement de lui. On les appelle « personnes à charge », ce sont généralement son (ou ses) épouse(s) et ses enfants (jusqu'à un certain âge).

L'objet du jeu de rôles est de montrer les paramètres d'arbitrage dans le choix des personnes à charge qui pourront bénéficier des services de la mutuelle .

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.

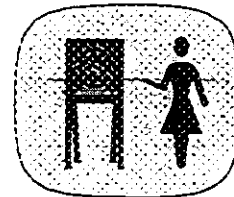
Répartition des rôles :

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

- Un groupe de trois personnes qui veut la prise en charge du maximum de membres de leur famille
- Un groupe de trois personnes qui milite pour la réduction maximale des bénéficiaires en posant les problèmes liés à la polygamie, à la notion de parenté élargie, aux grands enfants célibataires ou aux femmes qui ont des revenus...
- Une personne ressource ayant une expérience des mutuelles de santé, attirant l'attention des uns et des autres sur les risques de leurs options (logique sociale, viabilité financière)
- Un agent de la santé, pour donner les précisions techniques
- Trois observateurs qui 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

Synthèse en plénière b4.1 (0h30)

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



Les personnes à charge

Généralement, certains membres de la famille du titulaire peuvent être ou non bénéficiaires des prestations de la mutuelle par le paiement 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 locales, de la

culture de la région 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 qu'il y a autant de familles que d'épouses ; il y a donc paiement de cotisations comme pour un titulaire avec personne à charge pour chaque épouse.

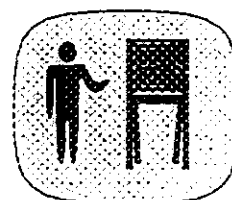
Il se pose aussi, presque toujours, l'épineux problème des ascendants. Leur affiliation, comme faisant partie de la famille du titulaire, doit être examinée avec soin car il s'agit de personnes âgées dont les besoins de soins sont normalement plus élevés que ceux de la moyenne de la population. Le plus 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. Les abus seront freinés par le contrôle social exercé par ses membres. 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.

Exposé c4.1 (0h30)

Introduisez ensuite sur flip-chart le droit d'admission et les différents systèmes de cotisations qu'on peut rencontrer dans une mutuelle de santé :



Droit d'adhésion

Dans les statuts, l'assemblée générale peut prévoir le paiement d'un droit d'adhésion lors de l'inscription d'un membre. 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 de membre, ce qui est plus simple au plan comptable et souvent mieux accepté par les membres.

Cotisations

** Cotisation familiale ou individuelle*

Quatre systèmes sont possibles :

- le titulaire et les personnes à charge paient 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.*

Dans les trois derniers cas, il y a une solidarité entre les personnes seules et les familles; ce qui est conforme à l'esprit de la mutualité.

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

En vertu du principe de solidarité, la cotisation ne devrait jamais être fonction de l'âge du membre ni de son état de santé. Il peut cependant y avoir, comme on l'a vu plus haut, une exception pour le cas de première affiliation d'une personne âgée.

** Cotisations spéciales*

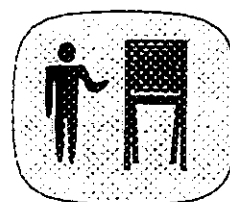
Une cotisation spéciale peut être prévue dans les statuts ou introduite par une assemblée générale, à des fins bien définies, comme par exemple un « Fonds SIDA ». Elle peut aussi être réclamée pour des projets importants qui, bien entendu, sont en accord avec les buts généraux de la mutuelle.

Demandez à quelques participants d'indiquer quelles sont les personnes à charge dans leur mutuelle et les cotisations correspondantes. Distribuez le texte d'appui n°1.

4.2 Modalités d'adhésion

Exposé a4.2 (0h30)

En vous inspirant du texte ci-dessous, présentez les modalités d'adhésion et les difficultés posées par la prise en charge (à travers l'adhésion ou le statut de personnes à charge) de certaines catégories de personnes.



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 devenir membre d'une mutuelle, à condition de s'engager à en respecter le règlement et de verser les cotisations.

Catégories de personnes dont l'affiliation pose problème

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, cardiaques, ...)
- personnes atteintes du SIDA

** 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 principe, la mutuelle réclame une cotisation d'un même montant, quelle que soit l'âge de la personne. Il arrive, toutefois, que certaines mutuelles demandent aux membres s'affiliant pour la première fois, après un certain âge, une cotisation d'un montant plus élevé. Elles considèrent que cette dérogation au principe général 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 membres d'une mutuelle et pour les personnes à leurs charge.

Dans certains pays, les soins relatifs à de telles maladies comme la tuberculose, la lèpre ou le SIDA sont pris en charge par des programmes spéciaux de l'État 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 membres les plus nécessiteux, et l'impératif de viabilité financière pour 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 (ex : fonds de solidarité SIDA) où les interventions sont limitées aux montants disponibles dans cette caisse indépendante.*

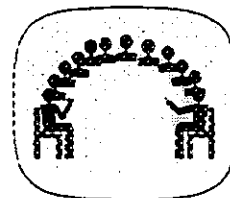
Les modalités de prise en charge des maladies chroniques constituent un problème délicat que la mutuelle devra prendre en compte dès le démarrage de ses activités.

Demandez à quelques participants de présenter rapidement la position de leurs mutuelles vis-à-vis de ces catégories de malades.

Travail en plénière b4.2 (0h30)

Organisez un débat autour des questions suivantes :

- Sur quelle base fixe-t-on la périodicité des cotisations ?*
- Pourquoi une période d'observation est nécessaire ?*
- Comment cette période est-elle déterminée ?*



Récapitulez en donnant la définition suivante :

La périodicité des cotisations sera déterminée en fonction de la disponibilité des revenus des membres, 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.

Cette périodicité doit être inscrite dans les statuts.

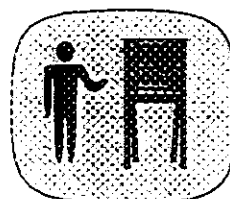
La période d'observation est une durée pendant laquelle le membre paie ses cotisations mais n'a cependant pas droit aux services de la mutuelle. On l'appelle aussi période d'attente ou stage. Cette période est le plus souvent de six mois ; elle est parfois réduite à trois mois pour les premiers membres. Elle peut être d'un an 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'y 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 de la mutualité : la solidarité entre membres bien portants et membres malades, qui légitime ce système de prévoyance. Les cotisations payées, pendant cette période d'attente contribuent à constituer le fonds de roulement.

Demandez à quelques participants d'indiquer quelle(s) est (sont) la (les) durée(s) de la période d'observation dans leur mutuelle.

Exposé c4.2 (0h30)

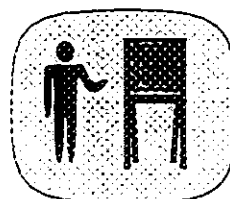
Distribuez le texte d'appui n°2 et commentez-la partie « carte de membres ». Demandez à quelques participants de présenter leurs cartes en guise d'illustration.



3. Modalités d'accès aux services d'une mutuelle

Exposé a4.3 (0h15)

Faites un exposé sur les modalités d'accès aux services d'une mutuelle et distribuez ensuite le texte d'appui n°3.

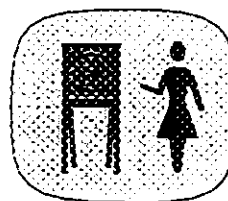


Demandez à quelques participants de décrire leur expérience en la matière.

Animez une discussion sur ces expériences.

Synthèse en plénière b4.3 (0h30)

Pour conclure le module, posez les questions suivantes et demandez chaque fois à un participant d'y répondre :



- Qui peut être membre d'une mutuelle ?
- Quels sont les membres potentiels qui peuvent poser problème ?
- Quelle est la différence entre titulaire et personne à charge ?
- Quelles sont les difficultés d'appréciation de la qualité de personne à charge ?
- 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 services d'une mutuelle :

*** Mutuelle des Travailleurs de l'Éducation et de la Culture du Mali (MUTEC)**

La MUTEC prend en charge, en plus du titulaire :

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

Cependant, à chaque consultation, chacune de ces personnes paie un ticket modérateur de 200 FCFA, excepté les enfants de moins de 12 ans.

*** Mutuelle de la SOCOCIM au Sénégal**

Dans la mutuelle d'entreprise de la SOCOCIM au Sénégal, les personnes à charge sont les descendants de l'adhérent et de son ou ses épouses. La cotisation est composée de parts correspondant :

- au membre titulaire ;
- à son ou ses épouses ;
- à chaque enfant jusqu'à quatre enfants au maximum (les autres enfants sont pris en charge gratuitement).

*** Mutualité chrétienne du Zaïre**

L'adhésion est familiale : une seule personne paie la cotisation pour toute la famille. La MCZA 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.

*** Mutuelle du personnel de l'hôpital protestant de Mbouo et Annexes (MUPEHOPROMA) au Cameroun**

La MUPEHOPROMA prend en charge le titulaire qui paie un droit d'adhésion de 1.000FCFA. La cotisation annuelle varie en fonction des problèmes et est répartie sur 12 mois.

Texte d'Appui n°2

Les modalités d'adhésion à une mutuelle de santé

Droit d'adhésion

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

L'objet du droit d'adhésion est de couvrir les frais inhérents à l'inscription. Il peut être parfois remplacé par la vente de la carte ou du carnet de membre : ce qui est plus simple, au plan comptable, et souvent mieux accepté par les membres de la mutuelle.

Étapes d'adhésion des nouveaux membres

Pour les nouveaux membres, les étapes suivantes sont obligatoires :

- Une demande d'adhésion doit être faite, par écrit, généralement, en remplissant un formulaire contenant les informations de base sur l'adhérent et les personnes à sa charge. Cette demande est adressée au conseil d'administration (qui délègue le plus souvent la tâche d'examiner les demandes aux gestionnaires). Dans cette demande, le nouveau membre s'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle.
- Lorsque l'adhésion est acceptée, le membre paie, éventuellement, un droit d'adhésion et la cotisation pour la période correspondante. Au lieu d'un droit d'adhésion, on demande, parfois, l'achat de la carte de membre qui apparaît comme le paiement du droit d'adhésion.
- Le nouvel adhérent est alors inscrit dans le registre des membres de la mutuelle et reçoit sa carte ou son carnet de membre qui indique la période à partir de laquelle il a droit aux prestations.
- L'adhérent devra être invité à consulter les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle.

La carte de membres

La carte ou le carnet de membre permet :

- aux administrateurs de la mutuelle d'identifier l'adhérent et les autres bénéficiaires (personnes à sa charge)
- à l'adhérent d'apporter la preuve qu'il a droit aux services de la mutuelle

Le carnet de membre ou le carnet familial permet, en outre, le suivi médical de la famille.

Période d'observation

C'est une période pendant laquelle l'adhérent paie ses cotisations mais n'a pas droit aux services de la mutuelle ; on l'appelle aussi période d'attente ou stage. Cette période est le plus souvent de six mois ; elle peut être, parfois, réduite à trois mois pour les premiers membres. Elle peut être d'un an pour la couverture des accouchements.

Son objectif principal 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'y 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 de la mutualité : la solidarité entre membres bien portants et membres malades, qui légitime ce système de prévoyance. Les cotisations payées pendant cette période d'attente contribuent à constituer le fonds de roulement de la mutuelle.

Texte d'Appui n°3

Modalités d'accès aux services d'une mutuelle

Certaines conditions doivent être remplies pour pouvoir bénéficier des services de la mutuelle, il faut notamment :

- être bénéficiaire de la mutuelle (membre 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 de membre d'un titulaire. La mutuelle doit également mettre en place des mécanismes pour éviter une double ou une sur-indemnisation de ses membres. Ainsi, certaines mutuelles stipulent, dans leurs statuts, que pour devenir membre, il ne faut pas participer à un autre système d'assurance maladie. On peut aussi prévoir une couverture limitée à la partie non prise en charge par une autre institution (principe de l'assurance complémentaire).

Les modalités d'accès aux services doivent être simples. Il faut éviter, au maximum, les complications administratives mais il faut, en même temps, se prémunir contre d'éventuels abus ou fraudes.

Les modalités d'accès aux soins de santé sont généralement les suivantes :

- le membre ou la personne à sa charge s'adresse à un prestataire de soins avec lequel la mutuelle a conclu un accord ;
- il doit présenter à la formation médicale sa carte de membre ;
- sauf dans les cas d'urgence, le membre doit pouvoir prouver à la formation médicale qu'il est à jour de ses cotisations. Dans certains cas, des cachets ou des timbres sont apposés sur la carte de membre. 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, le membre 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 sur-consommation.

Module 5

**Les services offerts
par la mutuelle de santé**

Table des matières

Module 5 : Les services offerts par la mutuelle de santé

Déroulement de la formation	2
1. Nature des services offerts par une mutuelle	2
2. Choix des services à offrir par la mutuelle de santé et systèmes de prise en charge	3
3. Modes de paiement des prestations	4
4. Conventions entre mutuelles et prestataires de soins	5
5. Risques majeurs	6
Supports pédagogiques	
Travail de groupes n°1 : Contexte de la mutuelle de santé de Bouahoun ..	A1
Texte d'appui n°1 : Les services offerts par la mutuelle de santé et systèmes de prise en charge	B1
Schéma n°1 : Paiement des soins par le membre	C1
Schéma n°2 : Paiement direct des soins par la mutuelle (tiers payant)	D1
Texte d'appui n°2 : Modes de paiement des prestations par la mutuelle de santé	E1
Texte d'appui n°3 : Les conventions entre mutuelles et prestataires de soins	F1
Texte d'appui n°4 : Risques majeurs	G1

Les services offerts par la mutuelle de santé



Objectif

À l'issue de ce module, les participants seront capables d'énumérer les services que peut offrir une mutuelle de santé et d'opérer un choix, en fonction des priorités et des possibilités de ses membres

Groupe cible

Membres du Conseil d'Administration
Gestionnaires
Initiateurs

Prérequis

Module « Fondements et caractéristiques de la mutuelle de santé »

Durée

9 h 15

Contenu

Nature des services offerts par une mutuelle
Choix des services à offrir par la mutuelle et systèmes de prise en charge
Modes de paiement des prestations
Conventions entre mutuelles et prestataires de soins
Risques majeurs

Méthodes

- Étude de cas
- Travail de groupes
- Travail individuel
- Exposé

Supports matériels

- Flip-chart
- Métablan
- Rétroprojecteur
- Fiches cartonnées

Supports pédagogiques

- Transparents
- Textes d'appui

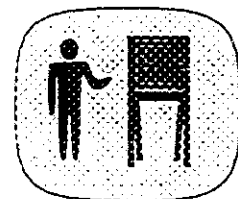
Déroulement de la formation

Présentez aux participants l'objectif du module et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.

5.1 Nature des services offerts par une mutuelle

Exposé a5.1 (0h15)

Démarrez le module en demandant à un participant de rappeler les catégories de bénéficiaires ainsi que les modalités d'accès aux services offerts par une mutuelle de santé.



Faites un exposé sur les services offerts par une mutuelle de santé.

La raison d'être d'une mutuelle de santé, c'est d'offrir un certain nombre de services à ses membres ; ces services traduisent, dans la vie quotidienne, le principe de solidarité. C'est de l'intérêt et de la qualité de ces services que

dépendra, outre la bonne gestion, la réussite ou l'échec de la mutuelle. À cet égard, l'enregistrement de nouvelles adhésions ou au contraire, la défection de certains membres, sera un indicateur significatif du bon fonctionnement de la mutuelle.

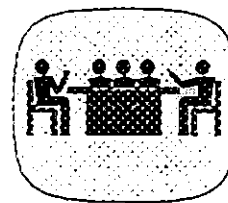
Les services offerts par la mutuelle doivent correspondre à des besoins ressentis et exprimés par la population ; cette exigence est indispensable, non seulement au moment de la création de la mutuelle, mais aussi tout au long de son existence. Les services offerts doivent être régulièrement évalués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

Amenez quelques participants à présenter l'expérience de leur mutuelle de santé.

5.2 Choix des services à offrir par la mutuelle de santé et systèmes de prise en charge

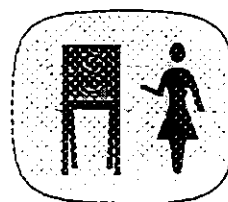
Travail de groupes n°1 a5.2 (2h00)

Distribuez le texte du travail de groupes n° 1 portant sur la mutuelle de santé de Bouahoun. Lisez-le et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.



Synthèse en plénière b5.2 (1h30)

Invitez les rapporteurs des groupes à présenter les résultats de leur réflexion. Au besoin, animez une discussion pour chacune des réponses proposées.



Éléments d'analyse à l'intention du formateur

Comment choisir les services à offrir ?

Pour déterminer les services que la mutuelle doit offrir, deux démarches sont possibles. Soit partir des moyens disponibles et fixer des objectifs, en relation avec ces moyens, soit fixer des objectifs prioritaires et évaluer les moyens financiers nécessaires pour les atteindre.

Dans les milieux où la contrainte principale est la faible capacité financière des membres potentiels, la démarche pratique consiste à :

- fixer approximativement le niveau de cotisation supportable pour la population visée,
- estimer le nombre de membres potentiels et les recettes annuelles possibles,
- déterminer les prestations prioritaires en fonction des moyens disponibles.

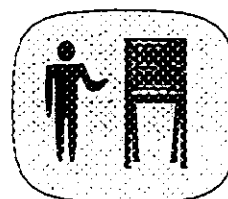
Dans les milieux où la capacité financière n'est pas la contrainte principale, on peut procéder comme suit :

- évaluer les besoins de santé prioritaires non couverts,
- calculer les recettes nécessaires pour les couvrir et estimer le nombre de membres potentiels,
- fixer le taux de cotisation nécessaire pour assurer l'équilibre financier.

Quelle que soit la démarche adoptée, elle sera longue et laborieuse, c'est-à-dire qu'il faudra, presque toujours, établir divers scénarios possibles sur lesquels l'assemblée générale de la mutuelle devra se prononcer. L'étendue et la nature des services offerts seront alors révisées en fonction des priorités des membres.

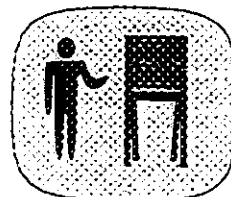
Exposé c5.2 (0h15)

Distribuez le texte d'appui n°1 portant sur le choix des services et les systèmes de prise en charge, faites-le lire et commentez-le.



5.3 Modes de paiement des prestations

Exposé a5.3 (0h30)



Projetez les schémas n°1 et n°2 et faites un exposé sur les modes de facturation et de paiement des prestations par la mutuelle de santé. Distribuez le texte d'appui n°2, lisez et commentez-le éventuellement.

Éléments d'analyse à l'intention du formateur

Origine du ticket modérateur

Le terme « ticket modérateur » remonte aux temps où les mutuelles qui prenaient en charge 100 % des frais, 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 membres 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.

Le plus souvent, la mutuelle ne rembourse qu'une partie des frais encourus, et le membre doit supporter le reste. La contribution personnelle du membre, est appelée ticket modérateur.

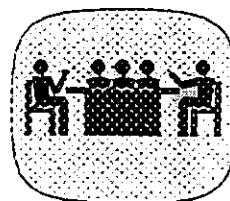
Deux arguments plaident en faveur d'une contribution personnelle des malades dans la prise en charge des coûts de la santé. D'une part, un ticket modérateur responsabilise le patient dans la prise en charge des coûts de sa santé ; il confirme également la valeur des soins dispensés. D'autre part, il limite la tendance à la surconsommation. En effet, il est logique qu'un membre qui a payé ses cotisations veuille profiter au maximum des avantages offerts. Cela peut être 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.

5.4 Conventions entre mutuelles et prestataires de soins

Travail de groupes n°2 a5.4 (2h00)

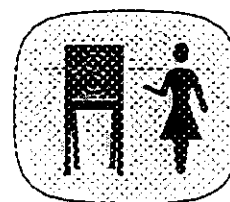
Distribuez le texte d'appui n°3 et expliquez aux participants que les services offerts aux membres d'une mutuelle peuvent être rendus soit par des prestataires de soins avec lesquels existent des conventions, soit par des formations médicales créées par la mutuelle.



En fonction des services choisis pour la mutuelle de Bouahoun (minimum trois), demandez aux participants de proposer des conventions entre la mutuelle et les prestataires de soins.

Synthèse en plénière b5.4 (1h30)

La présentation des résultats sera faite et commentée par un ou plusieurs membres de chaque groupe à l'aide du matériel disponible.



Vérifiez que ces conventions comprennent la description des services, leur tarif, et les modalités de leur paiement (remboursement ou tiers payant).

Le cas échéant, demandez aux participants de fixer le montant du ticket modérateur pour chaque type de prestation ou la différence de tarif membre/non-membre.

Insistez sur le fait que la création d'une structure de santé par la mutuelle engendre des coûts importants (construction, équipement, entretien...). Il convient d'analyser de façon approfondie cet aspect, avant toute décision.

Distribuez l'exemple de convention entre la mutuelle de santé de Bouahoun et le centre de santé du village de Bouahoun.

5.5 Risques majeurs

Brainstorming a5.5 (0h15)

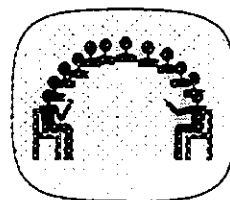
Demandez aux participants les risques à prévoir lors de la création de la mutuelle. Notez les réponses sur des fiches cartonnées et affichez-les sur le métaplan. Vérifiez que les risques majeurs ci-après y figurent :



- la sélection adverse ;
- le risque moral ;
- l'escalade des coûts ;
- la sous-estimation des cotisations ;
- la multiplicité des services offerts par la mutuelle...

Travail en plénière b5.5 (0h45)

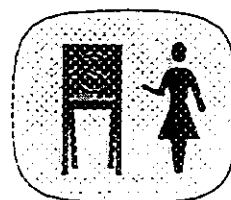
Distribuez aux participants des fiches cartonnées et demandez-leur de proposer des mesures de nature à minimiser les risques recensés. Pour chaque risque, pris séparément, faites un tour de table et demandez à un participant de noter toutes les réponses au tableau. Analysez-les, ensuite, avec les participants et reprenez les propositions les plus pertinentes.



Distribuez le texte d'appui n° 4 portant sur les trois principaux risques majeurs

Synthèse c5.5 (0h15)

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



Les services offerts par une mutuelle de santé aux membres et aux personnes à leur charge ont trait, en particulier, aux soins de santé, au transport des malades et à la couverture de certains autres risques comme le décès. Dans le domaine de la santé, ces services peuvent concerner les prestations suivantes : soins de santé de base, soins hospitaliers, soins spécialisés, soins dentaires, lunetterie et médicaments.

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

Les modes de facturation des formations médicales sont aussi diverses. Selon les cas et le type de formation médicale, elles peuvent se fonder sur :

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

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

L'accès aux services de la mutuelle est conditionné par différents critères. Pour bénéficier de ces services, le membre doit :

- être affilié à la mutuelle,*
- avoir terminé sa période d'observation,*
- être à jour dans le paiement de ses cotisations.*

Plusieurs modes de paiement des services assurés par la mutuelle peuvent être envisagés :

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

L'une ou l'autre de ces deux formules peut être également pratiquée par la mutuelle selon la nature des soins : remboursement du membre pour les petites dépenses, paiement direct des prestataires pour les dépenses plus importantes..

Supports pédagogiques

Travail de groupes n°1

Contexte de la mutuelle de santé de Bouahoun

La mutuelle concerne la population de l'aire de couverture d'un centre de santé public implanté dans le village de Bouahoun, 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 publique du village de Bouahoun comporte 4 villages et leurs hameaux de culture ; la population est de 10 687 habitants (tableau 1). Bouahoun 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 ; 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 Bouahoun
Bouahoun	4.178 (39 %)	00 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 FCFA 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 en fin de récolte, c'est-à-dire entre début février et fin mars. Le groupement villageois (GV) perçoit une ristourne de 2.500 FCFA par tonne de coton : ce qui permet d'effectuer des investissements collectifs.

Les autres revenus proviennent de la vente de céréales à des commerçants (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 (FCFA)

Village	1992	1993	1994
Bouahoun	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	13.419	15.783

Source : SOFITEX

2. Les services de santé

Le centre de santé et de promotion sociale (CSPS) de Bouahoun 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 prestations de soins sont les suivantes :

- consultation curative
- petite chirurgie : sutures, incisions d'abcès, circoncisions
- hospitalisation (maximum 48 h)
- 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
- vaccinations au CSPS et dans les villages

Un dépôt de médicament 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 FCFA 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 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 Bobo Dioulasso. Les coûts de transfert constituent, souvent, un problème difficile à résoudre pour la population : 8.000 FCFA pour aller à Houndé, 23.000 FCFA pour se rendre à Bobo. 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. En plus, les routes sont impraticables en saison des pluies, par suite de crues qui coupent la route au niveau des bas-fonds.

À 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. Ces tarifs sont les suivants :

Description de l'acte	Tarif (en FCFA)
Consultation curative (7 jours)	100
Soins avec pansements	200
Sutures	300
Journée d'hospitalisation	100
Carnet de soins	150
Surveillance de grossesse	300
Surveillance de l'accouchement	1500
Surveillance post-natale 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 Centre de santé. Interrogé à ce sujet, il explique que les paysans ont des revenus monétaires saisonniers, à 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) A l'aide de fiches cartonnées, formulez les principaux problèmes de santé que les populations de Bouahoun rencontrent et classez-les par ordre d'importance.

- 2) En tenant compte du contexte de Bouahoun, quels services pensez-vous qu'une mutuelle peut offrir dans cette localité ?
- 3) Vérifiez que les conditions préalables à la création de la mutuelle de santé sont réunies ; quelles sont ces conditions et en quoi sont-elles réunies ou non ?
- 4) Quels sont les critères qui ont guidé le choix des services offerts par cette mutuelle de santé ?

Texte d'appui n°1

Les services offerts par la mutuelle de santé et les systèmes de prise en charge

Les services proposés à ses membres par la mutuelle peuvent venir en complément d'autres formes de couverture des dépenses de santé. Par exemple, dans les pays où les agents de l'État 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 par ce dernier.

La mutuelle peut prendre en charge, intégralement ou en partie, les frais auxquels doivent faire face ses bénéficiaires sous la forme d'un forfait, par exemple pour le transport des malades, d'une allocation (prime de naissance par enfant ou allocation funéraire), ou encore d'un paiement ou d'un remboursement des soins de santé.

Les soins de santé

Le but de la mutuelle est de permettre à chacun de ses membres et aux personnes à leur charge d'accéder à des soins de santé de qualité. Elle vise donc, avant tout, à supprimer les obstacles financiers et également, si nécessaire, les obstacles géographiques qui peuvent empêcher l'accès aux soins. Elle pourrait, dès lors, être amenée à créer elle-même des formations médicales (centres de santé, dispensaires, hôpitaux). Mais, lorsque c'est possible, elle passera des accords au profit de ses membres avec des formations médicales déjà existantes.

La mutuelle se limitera donc à couvrir le coût des soins de santé, qu'ils soient donnés par des prestataires totalement indépendants d'elle ou dans des institutions qu'elle a créées. Elle ne dispensera pas ces soins directement.

Tous les soins ne pourront pas être couverts dès le démarrage des activités de la mutuelle. Ne pourront être pris en charge qu'une partie des soins suivants :

** 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'État 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 laboratoires. 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...) 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 à titre 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, aussi, décider de 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. Étant donné la disparité 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 spécialités couvertes (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 bénéficiaires 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 membres 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 peut être mieux indiqué de mettre en place une caisse spécifique, indépendante et complémentaire, à caractère contributif.

Cette solution consistera à organiser des collectes de cotisations volontaires, ponctuelles et non systématiques, uniquement lorsqu'un tel événement se produit. Ce système est déjà très largement répandu partout en Afrique, mais peut être organisé au sein de la mutuelle qui offre un cadre élargi de solidarité par rapport aux entraides familiales ou de voisinage.

Les formes de rémunération des formations médicales dépendent de leur mode de gestion et 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.).

* Centres de santé

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

- Un forfait par personne inscrite dans le centre. Le membre 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 le membre 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 le membre de la mutuelle 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, le membre en consultation, ni à lui prescrire des médicaments inutiles. La difficulté majeure consiste alors 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 membre. Le reste des frais est alors entièrement à la charge du patient.

Schéma n° 1

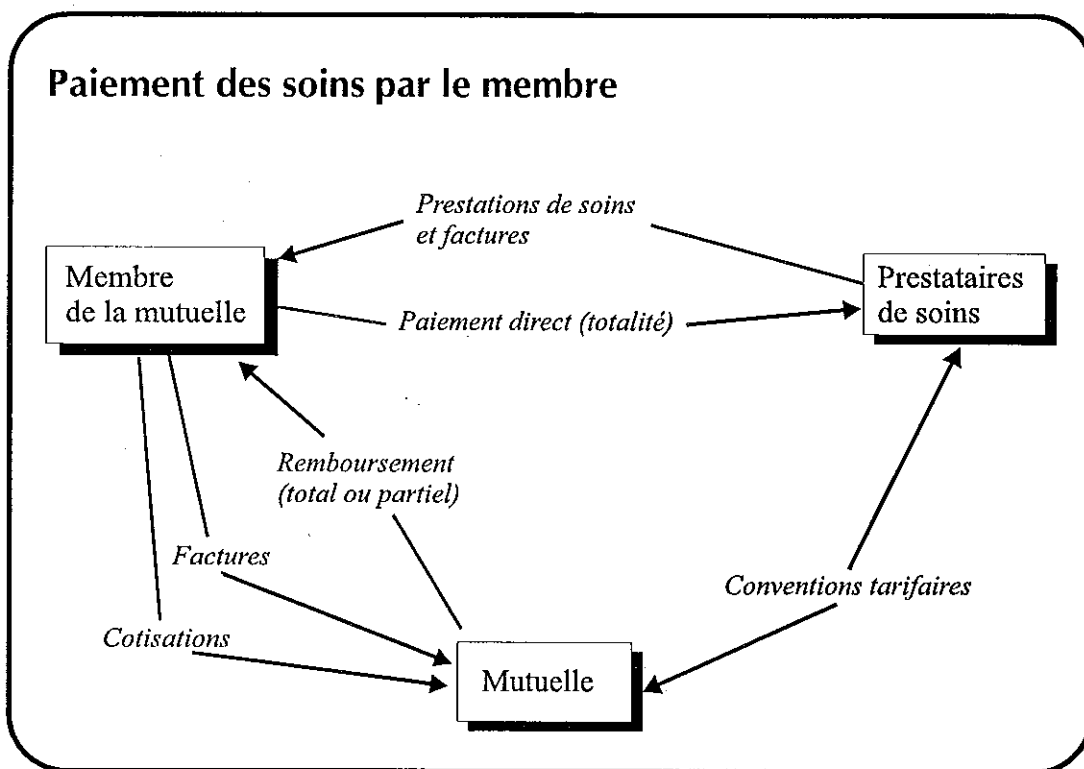
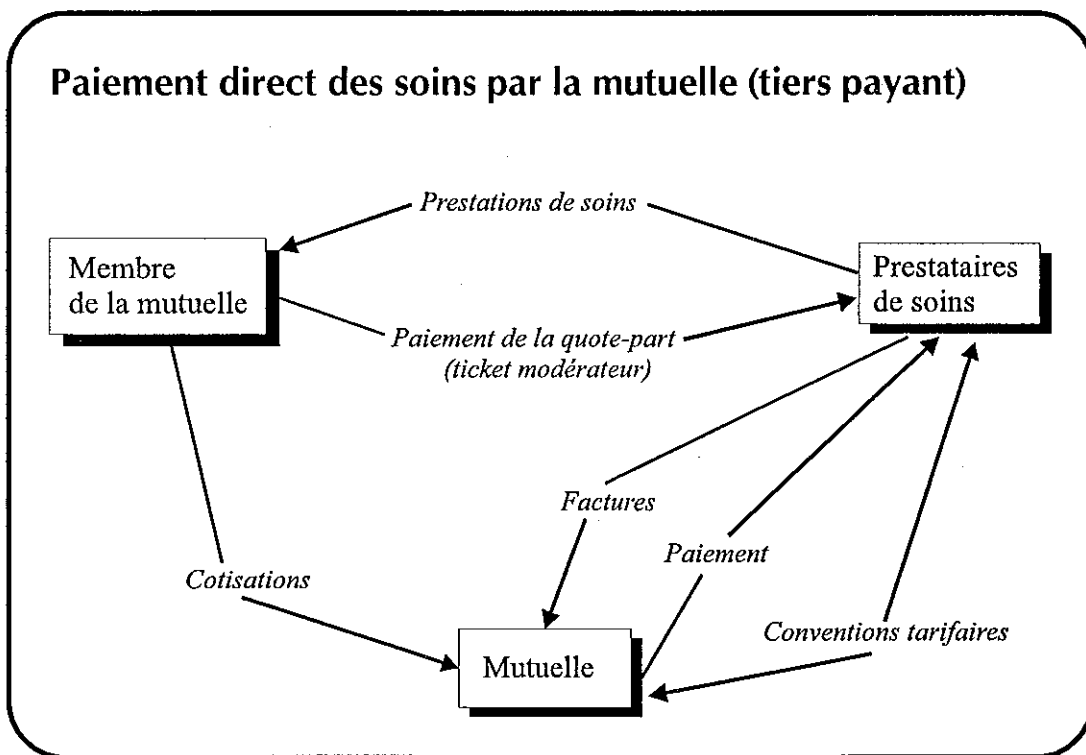


Schéma n° 2



Texte d'appui n°2

Modes de paiement des prestations par la mutuelle

Deux cas sont à considérer pour le paiement des services offerts par la mutuelle, selon qu'il s'agit de rémunération des prestataires conventionnés avec la mutuelle ou de rémunérer des structures créées par la mutuelle elle-même.

Rémunération des 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 le membre, la mutuelle et le prestataire de soins.

Le paiement 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*) ;
- soit l'une, ou l'autre forme de paiement, est utilisée en fonction de la nature des soins : remboursement pour les petites dépenses (consultations) et paiement direct par la mutuelle pour les grosses dépenses (hospitalisation).

** Paiement des soins par le membre*

La mutuelle peut demander à ses membres de payer les frais afférents aux services rendus, elle les remboursera ensuite. Dans ce cas, le membre 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.

Le membre 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 de membre et de sa preuve de paiement, le membre se présente au bureau de la mutuelle pour se faire rembourser.

Pour le membre, 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 de longues démarches 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, le membre 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 le membre 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 le membre ne peut pas faire face (hospitalisation, chirurgie...).

Le système du tiers payant est, évidemment, le plus avantageux pour le membre : pas de problèmes de disponibilités financières, pas de démarche à entreprendre et de long délai 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 nettement plus élevés.

Paiement des services dans les formations médicales créées par la mutuelle

Les services des formations médicales créées par la mutuelle peuvent être proposés aux membres et aux non-membres, 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-membres n'auraient pas accès aux services proposés.

** Centres de santé et hôpitaux créés par la mutuelle*

Plusieurs cas peuvent être envisagés :

- soit, le bénéficiaire est pris en charge à 100 % une fois sa période d'observation terminée : il est alors soigné sur présentation de sa carte de membre,
- soit, seule, la consultation est gratuite tandis que les soins et les médicaments sont payés selon les produits utilisés,
- soit, un ticket modérateur forfaitaire (participation aux frais) est payé par le membre pour chaque consultation et acte posé,
- soit, un ticket modérateur proportionnel 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 membres bénéficieront d'un tarif préférentiel, tandis que les non-membres 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°3

Conventions entre mutuelles et prestataires de soins

Mutuelle et prestataires de soins

Les conventions entre la Mutuelle et les prestataires de soins portent sur la qualité des services offerts par ceux-ci, la nature, la tarification et les modalités de paiement des soins couverts par la mutuelle.

Ces types d'Accords sont extrêmement importants : ils sont une des bases de l'efficacité de la mutuelle et de son utilité pour ses membres. Dans le cadre des conventions, la mutuelle peut obtenir des tarifs préférentiels et favoriser la qualité de services offerts par les prestataires à ses membres. D'un autre côté, les membres étant généralement obligés de s'adresser aux prestataires sous convention, ceux-ci bénéficient d'une garantie de revenus.

Structures créées par les mutuelles

La mutuelle peut être amenée à créer des formations médicales en l'absence de prestataires de soins dans la zone ou si les services sont d'une qualité insuffisante ou d'un prix trop élevé.

Certaines mutuelles créent des Officines ou des Dépôts pharmaceutiques, des Dispensaires, des Centres de santé, des Hôpitaux. Ces structures peuvent fonctionner indépendamment de la mutuelle et conclure des accords avec d'autres mutuelles ou même traiter des patients non affiliés.

Il ne s'agit pas, en principe, de faire concurrence à des structures semblables. Chaque fois que c'est possible, avant de créer ses propres structures, la mutuelle cherchera donc à collaborer avec des prestataires de soins.

Exemple de convention

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

Il est établi entre la Mutuelle de santé de Bouahoun représenté par son Président Monsieur Oscar Kamara d'une part, et le Centre de santé de Bouahoun représenté par son infirmier Monsieur Jean Hubert Somé d'autre part ce qui suit :

Article 1 : Objet

La présente Convention a pour objet de définir les conditions dans lesquelles les prestations seront données par le Centre de santé à la Mutuelle de Bouahoun.

Article 2 : Des engagements

2.1 Le Centre de santé de Bouahoun 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 x% (à négocier avec le Centre de santé) sur les tarifs de prestations annexés à la présente Convention ;
- Présenter, tous les mois, les factures des différentes prestations données 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 Bouahoun 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 renouvelables 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

Le Contrat peut prendre fin à tout moment, à condition que la partie qui prend l'initiative de cette rupture, en informe l'autre partie au mois 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 :

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

Bouahoun, le.....

Ont signé :

Pour le Centre de santé :

L'infirmier

J. H. SOME

Pour la Mutuelle de
santé :

Le Président

O. KAMARA

Texte d'appui n°4

Risques majeurs

Certains risques se posent à toute mutuelle naissante ou en croissance. Pour qu'ils ne mettent pas en danger sa viabilité, 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 d'escalade des coûts

1. Le risque de « sélection adverse » ou de présélection spontanée

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, suite à un niveau de dépenses trop élevé par membre affilié. À la différence d'un système d'assurance privée à caractère commercial, la mutuelle ne peut pas sélectionner ses membres, 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'inscriptions 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...). Plus le groupe affilié est large, plus les risques couverts sont répartis sur un grand nombre de personnes.

2. Le risque moral

Le risque moral est le cas souvent constaté, de membres ou des personnes à leur charge, ont tendance à consommer abusivement ou plus que d'ordinaire, les services proposés, sous prétexte de « rentabiliser » au maximum les cotisations versées.

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

- instauration d'une participation aux frais (ticket modérateur) à charge des membres, ou d'une franchise (seuil à partir duquel les dépenses sont remboursées, le reste étant à la charge des membres) ;
- 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.

3. Le risque d'escalade des coûts

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 :

- 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 du membre) ;
- 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 membres et les personnes à leur charge de respecter les schémas de vaccination disponibles afin de limiter les risques d'épidémies.

Ensemble modulaire

**Gestion financière
d'une mutuelle de santé**

Programme ANMC / BIT-ACOPAM / WSM

Module 1

**Introduction
à la gestion
d'une Mutuelle de santé**

Programme ANMC / BIT-ACOPAM / WSM

Table des matières

Module 1 : Introduction à la gestion d'une mutuelle de santé

Déroulement de la formation 2

1. Définition et principes de fonctionnement d'une mutuelle 2

2. Aperçu sur les éléments de gestion des ressources humaines, matérielles et financières d'une mutuelle 6

3. Principaux outils de gestion financière 9

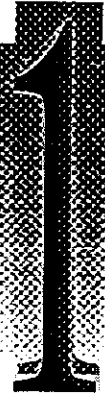
Supports pédagogiques

Schéma n°1 : Principes de base de la mutualité A1

Schéma n°2 : Organigramme type d'une mutuelle B1

Texte d'appui n°1 : Compétences des organes d'une mutuelle de santé ... C1

Introduction à la gestion d'une Mutuelle de santé



Objectif

A la fin du module, les participants seront capables de définir et d'expliquer les grands principes de fonctionnement d'une mutuelle de santé, d'identifier les principaux éléments de sa gestion, et d'en citer les principaux outils de gestion financière.

Groupe cible

Membres du Conseil d'Administration des mutuelles
Gestionnaires
Membres du Comité d'exécution
Membres du Comité de Surveillance

Prérequis

Avoir des notions de base sur le fonctionnement d'une mutuelle ou avoir suivi le module : « Fondements et caractéristiques d'une mutuelle de santé »

Durée

3h 30

Contenu

Définition et principes de fonctionnement d'une mutuelle
Aperçu sur les éléments de gestion des ressources humaines, matérielles

et financières d'une mutuelle
Principaux outils de gestion financière

Méthodes

Exposés
Travail individuel
Travail en plénière

Supports matériels

Métoplan
Tableau noir
Flip-chart
Rétroprojecteur

Supports pédagogiques

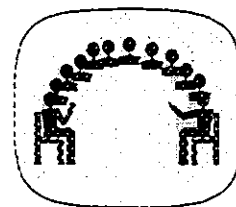
Schémas
Transparents
Fiches

Déroulement de la formation

1.1 Définition et principes de fonctionnement d'une mutuelle

Travail en plénière a1.1 (0h30)

Demandez à chaque participant de proposer par écrit une définition de la mutualité. Demandez à un participant de lire sa définition. Faites noter les mots-clé au fur et à mesure au flip-chart ou au tableau par un autre participant. Animez une discussion pour permettre à d'autres participants de compléter la définition si nécessaire et ajoutez les nouveaux mots-clé au tableau. En synthèse, projetez sur transparent la définition donnée dans le module 1:



« Une mutuelle est une association facultative de personne et à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les membres. Au

moyen de cotisations des membres, et sur base de leurs décisions, la mutuelle organise des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux, comme la maladie, sa prévention, l'invalidité, l'incapacité de travail, la vieillesse, le décès ».

Posez ensuite la question suivante :

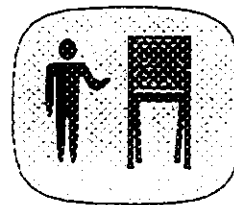
« Quelles sont les autres formes d'organisations associatives ou d'assurance maladie que vous connaissez ? »

Notez les réponses au flip-chart.

Ensuite, demandez aux participants de dégager les différences entre la mutuelle et les autres types d'organisations citées, et animez la discussion entre participants. Concluez en distribuant le schéma des principes de base de la mutualité (voir schéma n°1), projetez le sur transparent, et commentez-le.

Exposé b1.1 (0h10)

Expliquez, brièvement, le schéma en utilisant les éléments suivants:



Solidarité

Prise en charge solidaire du bien être de tous les membres, selon les besoins de chacun, au moyen de cotisations payées par tous.

Fonction participative et démocratique

Égalité de droits et d'obligations des membres ; notamment droit de participer à la vie de la mutuelle dans les différentes instances de celle-ci.

But non lucratif

L'objet d'une mutuelle est de rendre service à ses membres dans le besoin: c'est la première raison d'être de ce type d'Association. Elle n'enrichit personne, ni parmi les membres, ni parmi les dirigeants.

Autonomie et liberté

Prise de décision interne à l'association, sans en demander autorisation préalable à l'Autorité administrative, mais dans le respect de la légalité.

Épanouissement de la personne

Comme toute entreprise d'économie sociale, la mutualité place l'homme au centre de ses préoccupations : respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions et recherche du bien-être collectif.

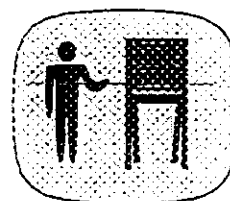
Responsabilité dans la gestion et le comportement des membres

Gestion rigoureuse, comportement responsable de chaque membre vis à vis de sa santé et de celle des autres. Dynamique d'un mouvement social défense des intérêts communs vis-à-vis des tiers et de la société en général, constitution de groupes d'entraide spécifiques, et collaboration avec d'autres organisations poursuivant les mêmes objectifs.

Exposé c1.1 (0h05)

Services offerts par une mutuelle de santé

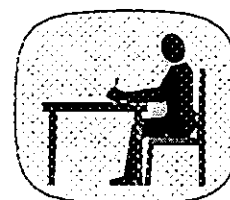
Faites un exposé introductif sur les différents services offerts par une mutuelle de santé, en vous inspirant du texte ci-après, et en précisant la spécificité « mutuelle de santé » par rapport à d'autres types de mutuelles :



La mutuelle a pour raison d'être principale d'offrir des services à ses membres. Ces services traduisent dans la vie quotidienne, le principe de solidarité. C'est de l'intérêt et de la qualité de ces services que dépendra, outre sa bonne gestion, la réussite ou l'échec de la mutuelle. A cet égard, l'enregistrement de nouvelles adhésions, ou au contraire, la défection de certains membres sera un indicateur significatif du bon (ou du mauvais) fonctionnement de la mutuelle. Les services offerts par la mutuelle doivent correspondre à des besoins ressentis et exprimés par les membres. Cette exigence 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 membres et qu'ils y répondent, de façon satisfaisante.

Travail individuel d1.1 (0h15)

Ecrivez les questions suivantes sur le flip-chart et demandez aux participants d'y répondre par écrit.

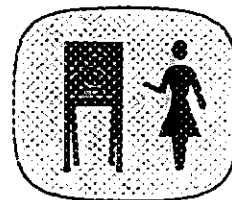


Question 1) « *Quels sont les différents services offerts par votre mutuelle à ses membres ?* »

Question 2) « *Quels modes de prise en charge utilisez-vous pour chaque service ?* »

Synthèse en plénière e1.1 (0h30)

Recueillez au fur et à mesure les réponses à chaque question et portez-les sur le flip-chart. Complétez avec les éléments de réponse suivants si nécessaire :



1) Soins de santé

- *Soins de santé de base ;*
- *Soins hospitaliers ;*
- *Soins spécialisés ;*
- *Soins dentaires ;*
- *Lunetterie ;*
- *Médicaments ;*
- *etc...*

2) Transport des malades

3) Autres risques sociaux

- *naissance ;*
- *funérailles ;*
- *mariage ;*
- *etc...*

Plusieurs modes de paiement peuvent être prévus.

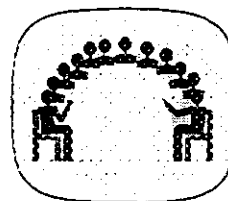
Exemples :

- *remboursement du coût total des services reçus par le patient ;*
- *système du tiers payant (remboursement direct par la mutuelle au Centre de santé ou à l'hôpital) ;*
- *adoption d'une remise sur le montant total des services reçus ;*

- *remboursement proportionnel aux dépenses (%) ;*
- *un montant fixe(forfait) par épisode de maladie ;*
- *un montant fixe(forfait) par consultation ou par acte médical ;*
- *un forfait mensuel ou annuel, par personne inscrite dans le Centre de santé, versé directement au prestataire (que le membre soit malade ou non) ;*
- *paiement des médicaments uniquement (tout ou partie, ou génériques) ;*
- *intervention plafonnée par membre (mensuellement ou annuellement) ;*
- *prise en charge des hospitalisations, uniquement, en phase aiguë des malades chroniques ;*
- *forfait annuel par type de maladie ;*
- *création d'un fonds d'intervention distinct de la caisse principale (Ex : fonds de solidarité SIDA) où les interventions sont limitées au montant disponible dans cette caisse ;*
- *etc.*

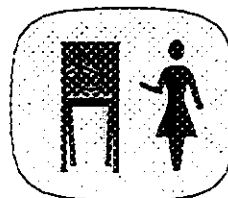
Travail en plénière f1.1 (0h10)

Posez la question suivante aux participants : « *Quels sont les différents organes d'une mutuelle de santé ?* » Notez les réponses au tableau, puis distribuez et projetez sur transparent le schéma de l'organigramme type d'une mutuelle de santé (voir **schéma n°2**) en faisant spécifier le niveau de responsabilité de chacun.



Synthèse en plénière g1.1 (0h20)

Synthétisez rapidement les attributions de chaque organe en distribuant et en projetant, sur transparent, un document délimitant les compétences de chaque organe (voir texte d'appui n°1) :



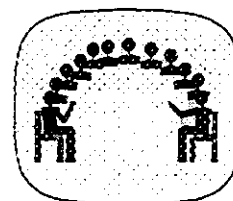
- Assemblée générale
- Comité de surveillance
- Conseil d'administration
- Comité d'exécution

En conclusion, et pour éviter une longue discussion à ce sujet, précisez que les organes de décision d'une mutuelle peuvent différer du modèle présenté, en fonction des législations nationales, de la taille de l'organisation, et d'une délégation de pouvoirs toujours possible entre les différents organes.

1.2 Aperçu sur les éléments de gestion des ressources humaines, matérielles et financières d'une mutuelle

Travail en plénière a1.2 (0h45)

Expliquez que la gestion d'une organisation consiste dans la mobilisation et l'utilisation la plus efficace possible d'un ensemble de ressources pour réaliser des activités permettant d'atteindre les objectifs de l'organisation. A l'aide d'un transparent, résumez les trois types de ressources principales de toute entreprise :



- ressources humaines ;
- ressources matérielles ;
- ressources financières ;

Insistez sur le fait que s'il est vrai que cette formation est entièrement consacrée à la gestion des ressources financières, il ne faut pas perdre de vue que la gestion d'une organisation dépasse largement le cadre de la gestion financière et des outils comptables ; la gestion des ressources humaines et matérielles est tout aussi importante, et mérite qu'on y réfléchisse un instant, mais ne pourra pas être abordée de façon détaillée.

Éléments de gestion des ressources humaines

Posez la question suivante aux participants, en l'inscrivant sur le flip-chart :

« Quels sont les éléments que vous jugez importants dans la gestion des ressources humaines d'une mutuelle ? »

Distribuez des fiches métaglan et des marqueurs, et laissez le temps à chacun de formuler ses idées par écrit.

Recueillez les réponses sur les fiches, lisez-les à haute voix, portez-les au tableau ou éliminez les doubles, et complétez si nécessaire avec les éléments de réponse suivants :

- *gestion du personnel (sélection, recrutement, accueil et introduction, évaluation périodique,...) ;*
- *encourager le volontariat jusqu'à la période de maturité de la mutuelle ;*
- *assurer l'adéquation entre les besoins en personnel et l'effectif réel ;*
- *chercher l'adéquation entre les qualifications et les attributions de chacun, et la renforcer par la formation continue et le recyclage ;*
- *définition claire des tâches et des responsabilités (descriptions de fonctions) ;*
- *définir une politique salariale cohérente et équitable ;*
- *définir des méthodes et outils d'évaluation ;*
- *récompenser les efforts fournis dans le cadre du travail bénévole ;*
- *etc.*

Éléments de gestion des ressources matérielles

Posez la question suivante aux participants, en l'inscrivant sur le flip-chart :

« Quels sont les principales ressources matérielles dont une mutuelle a besoin pour fonctionner ? »

Distribuez des fiches métaplan et des marqueurs, et laissez le temps à chacun de formuler ses idées par écrit.

Recueillez les réponses sur les fiches, lisez-les à haute voix, portez-les au tableau en trois colonnes : biens immobiliers, biens mobiliers, matériel et fournitures, et complétez si nécessaire avec les éléments de réponse suivants :

- *locaux de permanence ou de secrétariat ;*
- *équipement informatique (éventuellement) ;*
- *matériel roulant (véhicules, motos, bicyclettes,...) ;*
- *mobilier de bureau (bureaux, chaises, coffre-fort ou caisse,...) ;*
- *fournitures de bureau (papier, classeurs, cahiers, fiches, stylos,...).*

Concluez, en mettant en évidence le fait que, contrairement à une entreprise de production qui doit s'équiper en machines et outillages nécessaires à son cycle d'exploitation, la mutuelle a besoin de peu de ressources matérielles immobilisées pour fonctionner, à part des bâtiments, qu'elle peut d'ailleurs louer au lieu de les acheter. La mutuelle étant une entreprise de services, gère essentiellement des

flux financiers et des flux d'informations, et c'est à ce niveau qu'un bon équipement est d'une importance vitale.

Posez ensuite la question suivante aux participants :

« Quels sont les différentes opérations liées à la gestion de ces ressources matérielles ? »

Encouragez les réponses orales des participants, et complétez, au besoin, par les éléments suivants :

- *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 son utilisation prudente et adéquate ;*
- *entretien régulier des équipements et du matériel (maintenance) ;*
- *rénovation périodique des bâtiments ;*
- *amortissement et renouvellement du matériel à temps utile ;*
- *etc.*

Éléments de gestion des ressources financières

Posez la question suivante aux participants, en l'inscrivant sur le flip-chart :

« Quels sont les éléments que vous jugez importants dans la gestion des ressources financières d'une mutuelle ? »

Distribuez des fiches métableau et des marqueurs, et laissez le temps à chacun de formuler ses idées par écrit.

Recueillez les réponses sur les fiches, lisez-les à haute voix, portez-les au tableau ou éliminez les doubles, et complétez si nécessaire avec les éléments de réponse suivants :

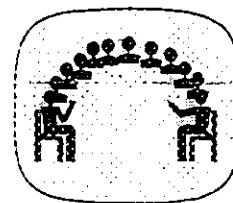
- *la collecte efficace des cotisations (recouvrement) ;*
- *la sécurité des fonds appartenant à la mutuelle (ne jamais garder trop d'argent en caisse) ;*
- *le partage des responsabilités pour assurer un contrôle permanent sur les flux financiers ;*
- *le contrôle des dépenses (justification et volume) ;*

- le contrôle des factures reçues ;
- l'intégrité des gestionnaires ;
- l'analyse régulière de la situation financière ;
- la transparence de l'information fournie aux différents organes de décision et aux membres en général ;
- la tenue à jour des documents de gestion (Livre de caisse, Livre journal, factures, Cahier d'hospitalisation, Livre de banque, etc.) qui vont servir à établir les principaux outils de gestion financière d'une mutuelle de santé ;
- etc...

1.3 Principaux outils de gestion financière

Travail en plénière a1.3 (0h 45)

Établissez le lien entre l'importance de la gestion financière et l'importance de disposer d'outils de gestion efficaces. Demandez aux participants de citer les outils de gestion financière qu'ils connaissent. Recueillez les réponses sur le flip-chart et complétez si nécessaire avec les éléments suivants :



- le Compte de résultats ;
- le Bilan ;
- le Budget ;
- le Plan de trésorerie ;
- les Ratios de suivi financier.

Amenez le groupe à proposer une définition de ces différents outils. Précisez que, chacun de ces outils, fait l'objet d'un module de formation séparé, et énumérez les outils qui seront abordés dans le cadre de cette session de formation.

Clôturez le module, en vérifiant s'il n'y a pas de clarifications ou d'informations supplémentaires à donner.

Supports pédagogiques

Schéma n°1

Principes de base de la mutualité

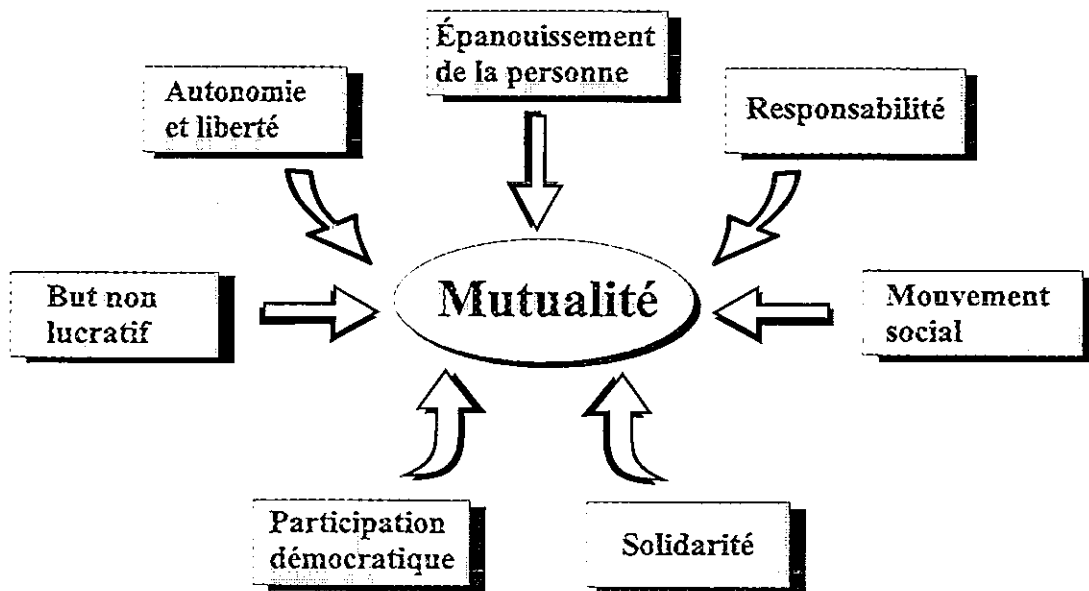
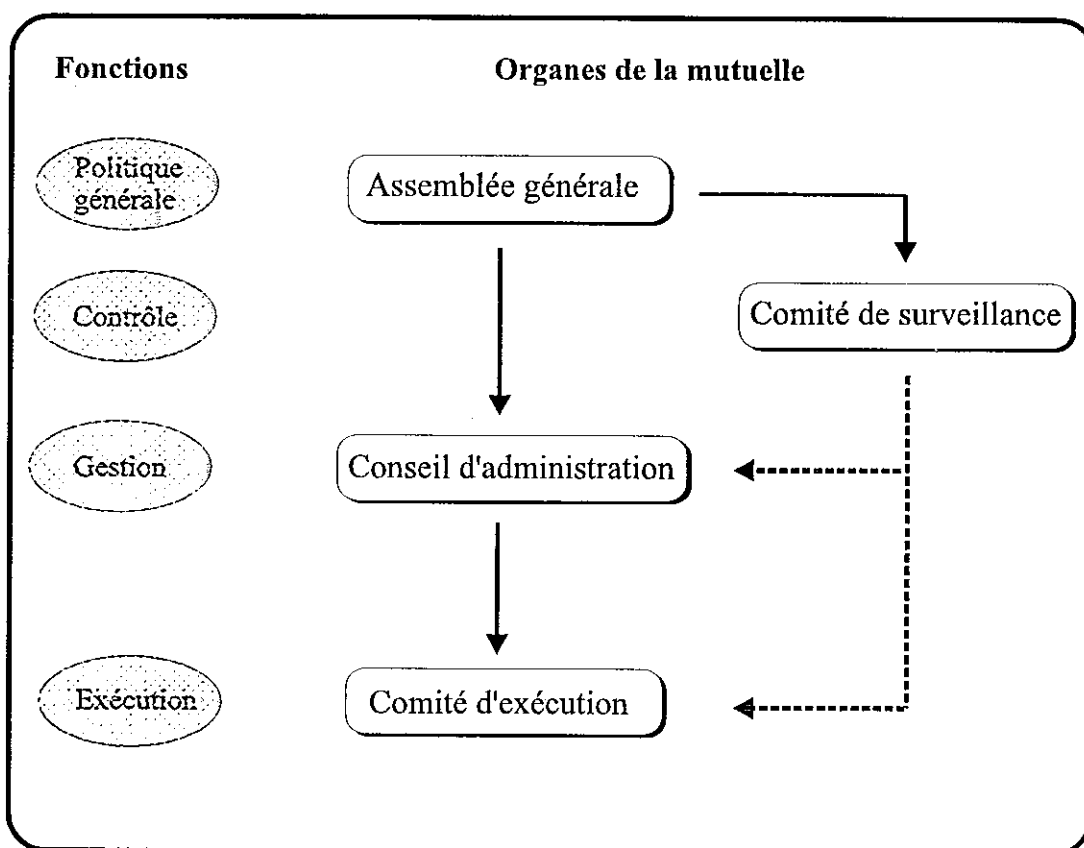


Schéma n°2

Organigramme type d'une mutuelle



Textes d'appui n°1

Compétences des organes d'une mutuelle de santé

Assemblée générale	: page C2
Conseil d'administration	: page C3
Comité d'exécution	: page C4
Comité de surveillance	: page C5

Fonctions de l'Assemblée générale :

- définir la mission de la mutuelle et les fonctions de la mutualité et formuler leur politique générale,
- approuver et modifier les statuts,
- examiner et approuver les rapports d'activités des divers organes, y compris des comités 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,
- décider de nouvelles orientations / activités,
- décider de la fusion avec une autre mutuelle, de dissolution de la mutuelle
- décider dans toutes les autres matières prévues dans les statuts,...

Compétences du conseil d'administration

- veiller au respect des statuts en vue d'atteindre les objectifs de la mutuelle,
- proposer l'admission ou l'exclusion des membres et appliquer les sanctions disciplinaires prévues,
- nommer les membres responsables de l'exécutif,
- établir les comptes annuels et le budget pour l'exercice suivant,
- coordonner le travail des divers comités,
- établir annuellement le rapport d'activités des différents services et de l'ensemble de la mutuelle,
- établir des relations avec d'autres associations et des conventions avec les prestataires,
- fixer la rémunération du personnel,...

Compétence du comité exécutif :

- s'occuper de l'administration quotidienne de la mutuelle,
- présenter les comptes annuelles au conseil d'administration,
- présenter au conseil d'administration le budget pour l'exercice suivant et veiller à son exécution,
- faire des propositions au conseil d'administration en vue d'atteindre les objectifs de la mutuelle,
- signer des conventions et accords, en vue d'atteindre les buts de la mutuelle, après les avoir soumis au conseil d'administration,
- gérer avec le trésorier, les fonds et biens de la mutuelle,
- défendre les intérêts des membres vis à vis des tiers (prestataires, administration,...)

Missions du comité de surveillance

- s'assurer que les actes des organes de la mutuelle soient conformes à ses statuts,
- contrôler l'exactitude de la comptabilité et la régularité des flux financiers,
- attirer l'attention des organes responsables sur des irrégularités qui auraient été commises, et veiller à ce que cela ne se renouvelle pas,
- vérifier le respect du règlement intérieur de la mutuelle,
- recueillir les plaintes des membres concernant les services offerts et en référer à l'organe ou la personne compétente pour y remédier,
- requérir la personne ou l'organe convenant pour effectuer une tâche qui n'aurait pas (bien) été accomplie et lui enjoindre d'appliquer les procédures disciplinaires requises,
- examiner et se prononcer sur l'éligibilité des membres participants à l'assemblée générale,...

Module 2

Le compte de résultat d'une mutuelle de santé

Programme ANMC / BIT-ACOPAM / WSM

Table des matières

Module 2 : Le compte de résultat d'une mutuelle de santé

Déroulement de la formation	2
1. Recettes et dépenses d'une mutuelle	2
2. Le compte de résultat	5
3. Notions sur l'amortissement	8

Supports pédagogiques

Travail de groupes n°1 :	A1
Travail individuel n°1 :	B1
Fiche d'amortissement :	B2

Le Compte de résultat d'une Mutuelle de santé



Objectif

À la fin de ce module les participants seront capables d'expliquer un Compte de résultat, de comprendre comment il s'établit et d'utiliser les données fournies par le Compte de résultat dans la gestion d'une mutuelle.

Groupe cible

Membres du Conseil d'Administration des mutuelles
Gestionnaires
Membres du Comité d'exécution
Membres du Comité de Surveillance

Prérequis

Avoir des notions de base sur les fondements et caractéristiques d'une mutuelle ou avoir suivi le module « Introduction à la gestion d'une mutuelle »
Avoir des notions de base en comptabilité.

Durée

3h00

Contenu

Types des recettes et dépenses dans une mutuelle
Notion de charges et produits
Etablissement d'un Compte de résultat
Notions sur l'Amortissement

Méthodes

Exposés
Travail en plénière
Travail individuel
Travail de groupes

Supports matériels

Tableau
Flip-chart
Rétroprojecteur

Supports pédagogiques

Textes d'appui
Transparents

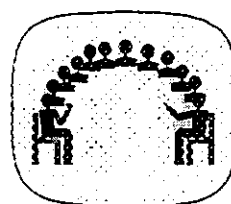
Déroulement de la formation

2.1 Recettes et dépenses d'une mutuelle

Travail en plénière a2.1 (0h30)

Demandez aux participants de répondre aux questions suivantes sur les recettes et les dépenses d'une mutuelle.

Question 1) Quelles sont les principales recettes d'une mutuelle ?



Question 2) Quelles sont les principales dépenses d'une mutuelle ?

Notez les réponses sur le flip-chart. Pour les recettes, regroupez les réponses en deux catégories (principales et secondaires), et pour les dépenses, regroupez les réponses en trois catégories : prestations, fonctionnement, formation. Complétez, si nécessaire, avec les éléments de réponse suivants :

Recettes

- cotisations des adhérents ;
- droits d'adhésion ;
- prestations de services auxiliaires ;
- dons et legs ;
- activités promotionnelles (tombolas, soirées culturelles) ;
- intérêts sur placement de fonds ;
- prestations de services facturées à des utilisateurs externes (location de salles de travail, hébergement, location de matériel, etc.).

Dépenses

Dépenses relatives aux prestations en faveur des membres

- remboursement des dépenses de santé ou paiement direct des prestations de soins ;
- paiement des allocations forfaitaires de couverture des risques sociaux ;
- frais directs des services auxiliaires (transport des malades, etc.).

Dépenses de fonctionnement

- achat de matériel ;
- salaires ou indemnités ;
- transport ;
- frais de déplacement ;
- loyer de bureaux ;
- fournitures de bureau ;
- téléphone, courrier ;
- frais financiers ;

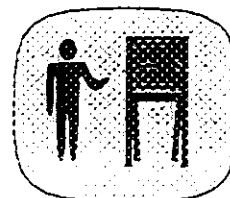
- entretien logistique ;
- aide aux indigents ;
- etc.

Dépenses liées à la formation et à l'animation

- rémunération éventuelle de formateurs ou d'animateurs externes ;
- frais de déplacement ;
- matériel didactique ;
- location de locaux ;
- frais d'hébergement des participants mutualistes ;
- éducation à la santé ;
- etc.

Exposé b2.1 (0h15)

Concluez cette partie en donnant quelques précisions sur la gestion des recettes et des dépenses de la mutuelle : recouvrement des cotisations, sécurisation des fonds (vols, incendies), inflation. Inspirez-vous du texte ci-dessous pour expliquer la variation des dépenses dues à l'inflation.



Dans certaines mutuelles, en particulier, celles opérant en milieu rural, la majeure partie des recettes sont collectées sur une courte période (par exemple au moment des récoltes), alors que les dépenses sont réparties sur toute l'année. C'est, d'ailleurs, une raison d'être importante de ces mutuelles : une partie des revenus monétaires qui ne sont disponibles qu'à une période donnée, est consacrée à un système de prévoyance qui permet la couverture des frais de santé pendant toute l'année. Ceci est d'autant plus important, en Afrique, que certaines périodes (soudure) se caractérisent simultanément par une absence de revenus, un déficit alimentaire et une croissance du nombre de maladies.

*Cependant, le versement de cotisations annuelles, sur une période courte de l'année, pose des difficultés dans les pays à forte **inflation**. En effet, dans ce cas, que vaut l'argent versé six mois auparavant ? Quels services permet-il encore d'offrir ? Par exemple, si les cotisations ont été calculées pour couvrir un épisode de maladie, et que le coût de cet épisode de maladie passe de 500 à 1000 FCFA en cours d'année en raison de l'inflation, la mutuelle aura des difficultés à couvrir ces dépenses jusqu'à la fin de l'année.*

Pour se prémunir de l'érosion monétaire des cotisations, les mutuelles doivent absolument, adopter une politique de placement ou d'investissement immédiat :

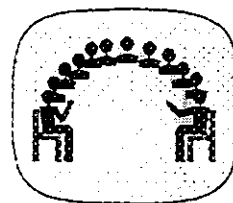
- *changer les sommes collectées en devises (pratique fréquente au Zaïre) ;*
- *acheter des stocks de médicaments si la mutuelle en fournit à ses membres ;*
- *acheter des biens mobiliers qui seront vendus, au fur et à mesure des besoins, en liquidités, etc.*

Les cotisations peuvent être payées en nature, par exemple en produits agricoles. Mais cette pratique, tout en permettant de se prémunir partiellement de l'érosion monétaire, peut poser le problème de la conservation et de la vente des stocks constitués.

2.2 Le Compte de résultat

Travail en plénière a2.2 (0h10)

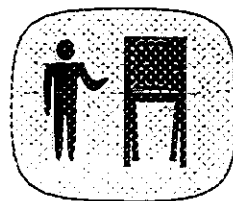
Demandez à quelques participants de proposer une définition du « Compte de résultat » et inscrivez leurs réponses sur le flip-chart.



Exposé b2.2 (0h15)

Faites un exposé introductif sur le Compte des résultats, afin de préciser les notions suivantes :

- le Résultat ;
- les Produits ;
- les Charges.



Inspirez-vous du texte ci-après :

Souvent, on a tendance à définir le résultat comme la différence entre les recettes et les dépenses de la mutuelle. Or cette définition est erronée, car le résultat d'une mutuelle traduit bien sa variation de richesse grâce à ses activités au cours d'une période donnée, mais il y a lieu de distinguer divers types de dépenses et de recettes pour voir celles qui interviennent dans le calcul du résultat.

Une **dépense**, qu'elle soit payée immédiatement (au comptant), par banque ou par caisse ou qu'elle soit différée dans le temps par endettement (dette fournisseurs), peut avoir deux objets : soit l'acquisition de biens durables qui seront intégrés au patrimoine de la mutuelle (bâtiment, véhicule,...), soit la constatation de la consommation de certains biens et services nécessaires à l'activité de la mutuelle (remboursement de soins de santé, frais de déplacement, loyers,...). Seule cette deuxième catégorie constitue une **charge** et affecte le résultat de la mutuelle (en négatif).

De même, une **recette**, qu'elle soit réalisée immédiatement ou à terme, peut provenir de deux types de ressources : ressource externe à la mutuelle (subventions, prêts,...) ou ressource interne en fonction de ses activités (cotisations des membres, intérêts des placements financiers, prestations de services facturés,...). Seule, cette catégorie de recettes, appelée **produit**, affecte le résultat de la mutuelle (en positif).

Pour comprendre la différence qui peut exister entre dépenses et charges, et recettes et produits, il faut se reporter à deux notions :

- la notion d'encaissement/décaissement (recettes/dépenses)
- la notion de consommation/production de biens et services divers (charges/produits)

Dans l'exemple qui suit, il y a 2 situations : dépenses sans charges et recettes sans produit. C'est l'exemple d'une avance qu'une mutuelle a accordée à un de ses employés M. NURU.

12/1 : Avance de 10.000 à M. NURU = dépense = décaissement.
Mais ce n'est pas une charge car il n'y a pas consommation de services.

20/1 : Remboursement de 10 000 par M. NURU = recette = dépense.
Mais ce n'est pas un produit car cette recette ne correspond pas à une ressource générée par les activités de la mutuelle.

31/12 : salaires constatés et versés le même jour : 100.000 FCFA
100.000 FCFA = charge = dépense

Parfois la charge est constatée, mais la dépense est différée dans le temps :

31/12 : salaires constatés (mais non payés) 100.000 FCFA
100.000 FCFA = charge mais pas dépense

10/1 : paiement des salaires = dépense mais pas charge.

Ainsi, le Compte de résultat est le résumé des charges et des produits de la mutuelle au cours d'une période donnée, appelée « exercice » (1 an généralement). Le résultat est égal à la différence entre les produits et les charges de l'exercice ($R = P - C$). Ce résultat est un bénéfice si les produits sont supérieurs aux charges et une perte si les charges sont supérieures aux produits.

Le Compte de résultat se présente sous la forme d'un tableau synthétique en deux colonnes. Dans la colonne de gauche, les charges sont recensées par rubrique, selon un classement standardisé. Dans la colonne de droite, on recense les produits par rubrique selon un classement standardisé.

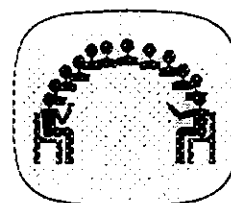
Donnez deux exemples de Compte de résultat dont l'un avec un bénéfice et un autre avec une perte. Visualisez-les au tableau ou sur le flip-chart.

Travail de groupes c2.2 (0h30)

Distribuez le texte du travail de groupes n°1 sur la confection d'un Compte de résultat. Faites le lire et répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.

Travail en plénière d2.2 (0h30)

Après la présentation des résultats des travaux par un représentant de chaque groupe, faites le corrigé de l'exercice, s'il y a lieu.



Corrigé de l'exercice

Mutuelle de Sabou Compte de résultat 1995			
Charges		Produits	
• Prestations		• Droits d'adhésion	40
- Actes médicaux	500	• Cotisations	840
- Médicaments	360	• Dons	20
• Frais de fonctionnement	30		
• Frais de formation	20		
		• Sous-total	900
		• Perte de l'exercice	10
Total	910	Total	910

Le principe comptable de l'équilibre entre les deux parties d'un compte (ici, le Compte de résultat) implique une comparaison entre ces deux rubriques (ici les charges et les produits). La différence est enregistrée dans l'une ou l'autre partie afin d'avoir le même montant partout. Cette différence est appelée perte lorsque les charges dépassent les produits et profit dans le cas contraire (c'est à dire lorsque les produits dépassent les charges).

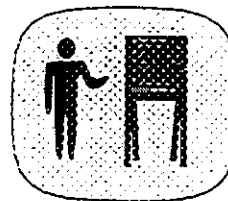
Vu qu'il renseigne sur l'accroissement ou la diminution de richesses de la mutuelle au cours d'un exercice, le résultat sera également porté au Bilan annuel de la mutuelle. Un excédent entraîne une augmentation du patrimoine de la mutuelle, alors qu'une perte entraîne une diminution du patrimoine. Notons que, vu la nature de la mutuelle (à but non lucratif), les pertes et profits se traduisent par une diminution ou augmentation des réserves, puisqu'il n'y a jamais de distribution de bénéfices.

Si la mutuelle réalise d'importants bénéfices plusieurs années d'affilée, il y a sans doute, lieu de revoir les cotisations à la baisse ou d'augmenter l'éventail des services offerts ou d'investir dans des campagnes d'Éducation à la santé, l'objectif de la mutuelle n'étant pas de faire des profits. Si au contraire la mutuelle accumule les pertes sur plusieurs années, cela la met en péril, car les réserves diminuent vite : il y a lieu soit d'augmenter les cotisations, soit de diminuer les services couverts.

2.3 Notions sur l'amortissement

Exposé a2.3 (0h20)

Faites un exposé introductif sur l'Amortissement afin d'en clarifier le principe, la méthode de calcul et le mode de comptabilisation, en vous inspirant du texte ci-dessous.



Les amortissements : principes

Les biens durables de la mutuelle, à savoir, bâtiments, mobilier de bureau, matériel... subissent, inévitablement, avec le temps, une dépréciation réelle, une détérioration et une usure qui nécessiteront leur remplacement à un moment donné : il faut donc tenir compte de cette dépréciation qui constitue, pour la mutuelle, une perte qu'il faut amortir.

L'Amortissement est donc une opération comptable qui consiste à enregistrer les dépréciations subies par diverses valeurs immobilisées, nécessaires à l'exploitation de l'entreprise. Ces dépréciations peuvent avoir comme causes l'usage quotidien ou, par exemple, le progrès technique.

Méthode de calcul de l'Amortissement

Par définition, l'Amortissement répartit, sur un certain nombre d'exercices, une dépense engagée en vue d'une immobilisation dont la valeur diminue de manière progressive. Le calcul de l'Amortissement se fait sur la base de la valeur d'acquisition du bien et de l'estimation de sa durée de vie.

La méthode proposée, celle de l'Amortissement constant ou linéaire se formule ainsi :

$$\frac{\text{valeur_d'acquisition}}{\text{durée de vie (en années)}}$$

On obtient alors le montant annuel de l'Amortissement encore appelé annuité.

Exemple :

Une mutuelle a acheté du matériel pour 300.000 FCFA. Elle décide, en accord avec les lois en vigueur, de l'amortir sur une période de cinq ans. Le montant de l'amortissement annuel sera de : 60.000 FCFA

Soit :

$$\frac{300.000}{5}$$

À la fin de la cinquième année, la mutuelle aura amorti les 300.000 FCFA.

Les taux d'Amortissements linéaires les plus courants sont :

—	Terrain	0%
—	Bâtiment	5 à 10%
—	Mobilier	20%
—	Matériel	20 à 33%
—	Matériel roulant	20 à 33%

Mode de comptabilisation

Dans la comptabilisation de l'Amortissement, nous trouvons un Compte de charges (compte de résultat) et un Compte d'actif (compte de bilan) :

Le Compte de charges représente l'amortissement de l'exercice : c'est la dotation aux amortissements.

Aussi, à la fin de chaque exercice, on effectuera la comptabilisation suivante :

68	DOTATION AUX AMORTISSEMENTS	XX	
28	AMORTISSEMENTS CUMULÉS		XX

Le Compte d'actif « Amortissements cumulés » reçoit les crédits successifs représentant l'évaluation de l'amoindrissement jusqu'à ce qu'on cesse d'amortir, soit parce qu'on vend le bien, soit parce qu'on le « réforme », soit parce que le total des Amortissements cumulés a rejoint la valeur du bien à amortir. Enfin, la valeur nette comptable d'un Actif à un moment déterminé, est donnée par la comparaison du Compte d'actif avec son Compte d'Amortissements cumulés.

Exemple :

La mutuelle a acheté, il y a quatre ans, une mobylette pour 200.000 FCFA et l'a déjà amortie pour 160.000 FCFA. A la date du premier bilan, le grand Livre se présente de la manière suivante :

—	Actif (débit)	: mobylette	200.000
—	Actif (crédit)	: Amortissements cumulés mobylette (4 ans)	- 160.000
—	Valeur nette comptable		40.000

Rôle de l'Amortissement

L'Amortissement a pour rôle principal, la remobilisation progressive des Actifs

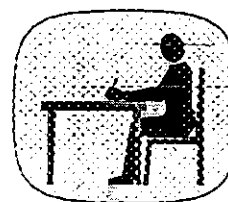
immobilisés (pour pouvoir les remplacer lorsqu'ils sont hors d'usage) et la prise en charge progressive du coût d'un investissement (qui est étalé sur plusieurs exercices grâce au principe d'Amortissement).

Le Compte de dotation aux amortissements étant un Compte de charges, va directement influencer le résultat de l'entreprise.

En effet, la comptabilisation de l'Amortissement signifie une augmentation des charges de l'exercice. Si la tranche d'actifs à amortir est importante, la dotation aux Amortissements le sera aussi, et le bénéfice de l'exercice sera diminué de la même valeur. Le cas échéant, l'Amortissement peut occasionner une perte ou l'aggraver car, quel que soit le résultat de l'entreprise, tous les Amortissements nécessaires doivent être pratiqués.

Travail individuel b2.3 (0h10)

Distribuez aux participants le travail individuel n°1 et faites remplir par chaque participant la fiche d'Amortissement correspondante.

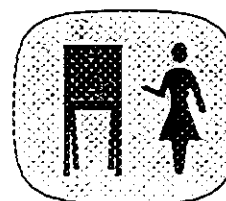


Expliquez brièvement la signification des termes :

- Valeur d'acquisition ;
- Taux ;
- Annuité ;
- Annuités cumulées ;
- Valeur nette comptable.

Synthèse en plénière c2.3 (0h20)

Demandez à un participant de présenter son travail au flip-chart. Faites le corrigé de l'exercice s'il y a lieu.



Corrigé fiche d'Amortissement

Date	Valeur d'acquisition	Taux	Annuité	Annuités cumulées	Valeur nette comptable
Mobilier					
96	200.000	20%	40.000	40.000	160.000
97	200.000	20%	40.000	80.000	120.000
98	200.000	20%	40.000	120.000	80.000
99	200.000	20%	40.000	160.000	40.000
00	200.000	20%	40.000	200.000	0

Matériel					
96	600.000	25%	150.000	150.000	450.000
97	600.000	25%	150.000	300.000	300.000
98	600.000	25%	150.000	450.000	150.000
99	600.000	25%	150.000	600.000	0

Clôturez le module en faisant une synthèse et vérifiez s'il n'y a pas de clarification à donner.

Supports pédagogiques

Travail de Groupe N° 1

Il vous est demandé d'établir le Compte de résultat de l'exercice 1995 de la Mutuelle de Sabou.

La Mutuelle Sabou a été initiée par des groupements de paysans, dans une région rurale. A partir de cotisations annuelles, essentiellement perçues au moment de la vente des récoltes, cette mutuelle couvre les dépenses effectuées dans des centres de santé avec lesquels elle a conclu un Accord.

Les cotisations perçues en 1995 s'élèvent à 840.000 FCFA. La recette provenant des droits d'adhésion est de 40.000 FCFA. La Mutuelle a reçu en 1995 des dons pour un montant de 20.000 FCFA.

Les charges de l'année 1995 s'élèvent à 910.000 FCFA et se décomposent comme suit :

— soins médicaux	500.000 FCFA
— achat médicaments	360.000 FCFA
— frais de fonctionnement	30.000 FCFA
— frais de formation	20.000 FCFA

À la fin de l'année 1995, les avoirs de cette mutuelle sont constitués par :

- 1 bâtiment d'une valeur de 100.000 FCFA
- matériel de bureau d'une valeur de 40.000 FCFA
- la Mutuelle dispose également d'un placement de 100.000 FCFA sur un Compte à terme
- le Compte bancaire et la caisse de la Mutuelle ont respectivement un solde de 150.000 et 100.000 FCFA

À la même date, la Mutuelle doit 200.000 FCFA à des prestataires de soins (aux centres de santé).

Enfin, elle présente en début d'exercice, une réserve de 300.000 FCFA au bilan.

NB : Par souci de simplification de l'exercice, il n'est pas tenu compte de l'Amortissement du bâtiment et du matériel de bureau.

Travail individuel N° 1

Une mutuelle amortit, suivant la méthode linéaire, son mobilier en cinq ans et son matériel en quatre ans.

Son bilan à la fin de l'année 1995 se présente comme suit :

Mobilier	200.000	Capital	700.000
Matériel	600.000	Résultat exercice	300.000
Cotisations dues	150.000	Fournisseurs	300.000
Banque	350.000		
	<hr/>		
	1.300.000		1.300.000

Établissez les fiches d'Amortissement à partir de 1996 pour le mobilier et pour le matériel.

Tenez compte des rubriques suivantes :

- date ;
- valeur d'acquisition ;
- taux d'Amortissement ;
- annuités ;
- annuités cumulées (somme des Amortissements annuels) ;
- valeur nette comptable.

Fiche d'Amortissement

Date	Valeur	Taux	Annuité	Annuités cumul.	Val. nette comp

Module 3

Le bilan comptable d'une Mutuelle de santé

Programme ANMC / BIT-ACOPAM / WSM

Table des matières

Module 3 : Le bilan comptable d'une mutuelle de santé

Déroulement de la formation 2

1. Les comptes d'Actif et de Passif dans un bilan 2

2. Le Bilan 3

Supports pédagogiques

Travail de groupes n°1 : A1

Travail de groupes n°2 : B1

Le Bilan comptable d'une mutuelle de santé



Objectif

A la fin de ce module les participants seront capables d'expliquer ce qu'est un bilan comptable et comment il s'établit. Ils seront également capables d'utiliser les données fournies par le bilan dans la gestion d'une mutuelle.

Groupe cible

Membres du Conseil d'Administration
Gestionnaires
Membres du Comité d'exécution
Membres du Comité de Surveillance

Prérequis

Avoir des notions de base sur les fondements et caractéristiques d'une mutuelle ou avoir suivi le module 1 «Introduction à la gestion d'une mutuelle de santé».
Avoir des notions en comptabilité.

Durée

3 h 00

Contenu

Les Comptes d'actif et de passif dans un bilan
Le bilan

- Notion de liquidité des postes d'actif et d'exigibilité du passif
- Etablissement d'un bilan annuel et interprétation
- Notion de fonds de roulement

Méthodes

Exposé
Travail en plénière
Travail de groupe
Travail individuel

Supports matériels

Tableau noir
Flip-chart

Supports pédagogiques

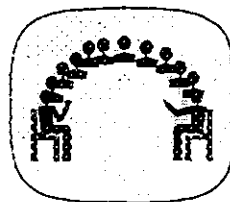
Transparents
Textes d'appui

Déroulement de la formation

3.1 Les Comptes d'actif et de passif dans un bilan

Travail en plénière a3.1 (0h30)

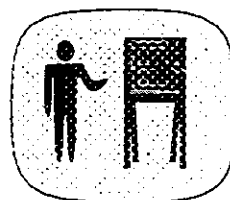
Distribuez des fiches cartonnées et demandez aux participants d'énumérer ce qui constitue l'actif (avoirs, emplois) et le passif (obligations, ressources) de la mutuelle. Affichez les réponses sur le métaplan et faites-les classer par ordre croissant de liquidité (actif) et d'exigibilité (passif).



3.2 Le bilan

Exposé a3.2 (0h 30)

Faites un exposé introductif sur le bilan pour clarifier les



éléments suivants caractérisant cet outil de gestion : Actif et Passif, en vous inspirant du texte ci-dessous.

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 de la mutuelle. Il faut noter que l'Actif d'un bilan est l'ensemble des avoirs de la mutuelle (tous les bâtiments, les mobiliers, les placements à terme, les avoirs en banque ou en caisse, etc.), tandis que le Passif représente ses ressources (ses fonds propres et les dettes vis à vis des tiers).

Bilan : emplois et ressources

Le bilan permet un début d'interprétation de la situation financière de la mutuelle. En effet, il est possible de présenter les financements dont bénéficie la mutuelle (apport des membres, prêts des organismes de crédit, délais de paiement des fournisseurs/prestataires,...) et l'utilisation des ressources, matérialisée par l'acquisition de moyens matériels, de stocks et par l'octroi de délais de paiement aux membres et aux clients des services facturés.

Selon cette approche en termes d'emplois et de ressources, le bilan peut être défini comme l'inventaire à un moment précis :

- d'une part, des **ressources** qui ont été mises à la disposition de la mutuelle (passif) : ce sont les capitaux financiers ; à l'origine, ces capitaux financiers ont été apportés par les membres et des tiers (coopérative par exemple) ou par des organismes financiers (crédits bancaires). Ces derniers qu'on appelle capitaux étrangers sont remboursables à des échéances allant de quelques mois à plusieurs années.

Par la suite, ces capitaux financiers peuvent être gérées par la mutuelle elle-même (auto-financement réalisé grâce aux bénéfices mis en réserves). Si l'on additionne les capitaux propres et les capitaux étrangers remboursables à plus d'un an, on obtient les Fonds permanents. Les ressources remboursables dans l'année sont appelées « dettes à court terme ».

- d'autre part, des **emplois** qui sont faits de ces ressources. Ces emplois sont de deux ordres : emplois permanents et emplois temporaires.

Les emplois permanents constituent l'outil de travail de la mutuelle (terrains, bâtiments, matériel,...) : c'est l'Actif immobilisé.

Les emplois liés aux activités courants de la mutuelle sont destinés à être transformés rapidement et sont renouvelés plusieurs fois au cours d'un exercice (stocks de médicaments, carnets des membres, créances financières, Comptes en banque...) : **c'est l'Actif circulant.**

Si l'on compare les **Fonds permanents** avec **l'Actif immobilisé**, on dégage le « Fonds de roulement » de la mutuelle. Le Fonds de roulement est la partie des ressources stables (capitaux permanents) qui n'est pas absorbée par le financement de l'Actif immobilisé: ce sont donc les ressources disponibles qui permettent d'assurer le bon fonctionnement de la mutuelle. Le Fonds de roulement est positif s'il y a un excédent de Fonds permanents par rapport aux Actifs immobilisés.

	Actif ou Emplois		Passif ou Ressources
1	Terrain Bâtiments Matériel roulant Mobilier de bureau Matériel de bureau	3	Apports des membres Dons Legs Subventions d'équipement
	Placements Titres	4	Dettes à long terme
2	Stock - médicaments - carnets de membres Banque Caisse	5	Dettes à court terme (Prestataires)

1	=	Actif immobilisé
2	=	Actif circulant
3	=	Capitaux propres
4 et 5	=	Capitaux étrangers

L'équation financière du Bilan est donc :

EMPLOIS = RESSOURCES	
RESSOURCES = CAPITAUX PROPRES + DETTES A LONG ET COURT TERME	
EMPLOIS = ACTIF IMMOBILISE + ACTIF CIRCULANT	

ce qui donne :

F.D.R = CAPITAUX PROPRES + DETTES A LONG TERME - ACTIF IMMOBILISE

Exemple : soit le Bilan schématisé

ACTIF		PASSIF	
Bâtiment	29	Apport des membres	32
Stocks de médicaments	10	Emprunts à plus d'un an	8
Cotisations dues	12	Dettes à moins d'un an (prestations)	13
Disponible	2		
Total	53	Total	53

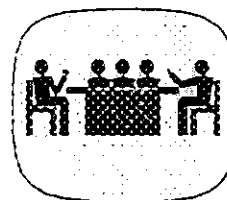
Cet exemple montre l'équilibre financier de la mutuelle :

A long terme : les Fonds permanents (capitaux propres + emprunts à plus d'un an) sont supérieurs à l'Actif immobilisé, ce qui donne un Fonds de roulement positif (40-29 = 11)

A court terme : les Actifs circulants (24) sont supérieures aux dettes (13)

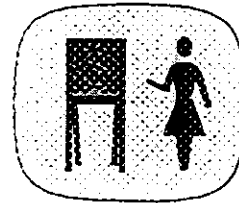
Travail de groupes b3.2 (0h45)

Formez des petits groupes. Faites l'exercice du travail de groupe n°1 avec les participants en prenant le cas simple d'une entreprise à sa création et en faisant découvrir au fur et à mesure les mutations que subit le bilan initial à la suite de quelques opérations traitées.



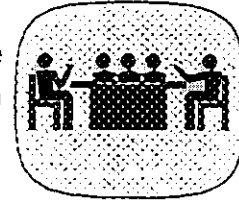
Synthèse en plénière d3.2 (0h20)

Projetez, en plénière, au rétroprojecteur le corrigé de l'exercice. Apportez les éléments d'éclaircissement nécessaires.



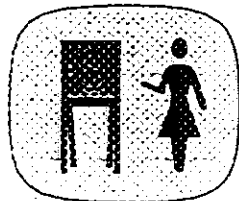
Travail de groupes e3.2 (0h20)

Distribuez le texte du travail de groupes n°2 à chaque participant. Faites-le lire et demandez-leur d'élaborer le Bilan de la mutuelle Sabou au 31/12/1995.



Synthèse en plénière f3.2 (0h20)

Demandez à un ou deux participants de présenter le résultat de leur travail au flip-chart et faites le corrigé de l'exercice, s'il y a lieu.

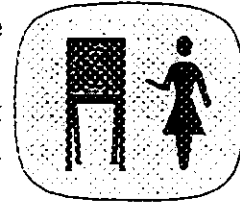


Corrigé de l'exercice

<i>Mutuelle de Sabou</i> <i>Bilan au 31/12/1995</i>			
<i>Actif</i>		<i>Passif</i>	
- Bâtiment	100	- Réserves	300
- Matériel de bureau	40		
- Placement à terme		- Prestations à payer	200
- Banque	100		
- Caisse	150		
	100	- Perte de l'exercice	-10
	—		—
Total	490	Total	490

Synthèse en plénière g3.2 (0h30)

A l'aide du Compte de résultat de 1995 et du Bilan de cette même mutuelle, faites comparer les données. Faites remarquer, dans le Compte de résultat, que lorsque les produits sont supérieurs aux charges, le résultat est un bénéfice ; dans le cas contraire, c'est une perte.



Ce bénéfice ou cette perte sera inscrit au Passif du bilan pour en rétablir l'équilibre.

Faites un rappel à partir du texte ci-dessous :

Le résultat est un regroupement des produits et des charges d'une période d'activités dont le solde représente la variation du patrimoine net. Lorsque les produits sont supérieurs aux charges, le résultat est un bénéfice ; dans le cas contraire, c'est une perte. Le bénéfice signifie que les mouvements enregistrés ont accru l'Actif plus que les dettes ; la perte est la conséquence d'un accroissement de dettes plus important que l'Actif.

Clôturez, le module en vérifiant s'il n'y a pas de clarification à donner.

Supports pédagogiques

Travail de groupes n° 1

Exercice sur l'évolution des emplois et des ressources

- 1 Admettons la création de l'entreprise Untel à partir d'un apport initial de 4.000.000 FCfa en espèces déposées par son fondateur sur un Compte ouvert dans une banque. Cet apport de 4.000.000 FCfa est inscrit au Passif du Bilan sous l'intitulé « Capital ». Le Capital est le terme comptable qui désigne les apports que le fondateur met à disposition de l'entreprise : cet apport financier est une ressource ou un moyen de financement. La somme déposée sur le Compte courant bancaire est aussi inscrite à l'actif du bilan sous le terme comptable « Compte courant bancaire ». Financièrement, elle constitue un emploi.

Le bilan de création (1) se présente comme suit :

Actif (en FCfa)	Bilan de création		Passif (en Fcfa)
Compte courant bancaire	4.000.000	Capital	4.000.000
	<hr/>		<hr/>
	4.000.000		4.000.000

Ce bilan a deux significations :

- une signification comptable : Actif = Passif (Dette + Patrimoine net)
- une signification financière : Emplois = Ressources

- 2 Les fonds disponibles, sur le Compte courant, sont ensuite employés pour équiper l'entreprise en immobilisations, à acheter des stocks de marchandises, etc. bref en moyens qui vont lui permettre d'exercer ses activités.

L'achat et le paiement d'un terrain pour 2.000.000 FCfa et d'installations industrielles pour 1.000.000 FCfa vont réduire de 3.000.000 FCfa les avoirs disponibles sur le Compte courant bancaire, mais vont permettre à l'entreprise de disposer d'infrastructures.

Ces opérations ont les répercussions suivantes :

L'équation comptable : Actif = Passif reste identique
 mais l'Actif a augmenté de 3.000.000 FCfa et a diminué dans le même temps de 3.000.000 FCfa.

Financièrement, des fonds ont été prélevés sur le Compte courant bancaire (source) pour payer le terrain et les installations (emplois).

Le nouveau bilan se présente ainsi :

Bilan 2	
Actif (en FCfa)	Passif (en Fcfa)
Terrain	Capital 4.000.000
Installations industrielles	
Compte courant bancaire	
4.000.000	4.000.000

3. Pour faire face à l'extension de ses activités, l'entreprise achète une maison dont le prix s'élève à 3.000.000 FCfa. Comme elle n'a pas assez d'argent pour la payer, elle demande et obtient un crédit à long terme auprès de sa banque. Ce crédit est une nouvelle source de fonds qui est différente de l'apport des fondateurs, elle doit être remboursée à une date précise et doit être rétribuée auprès du banquier (intérêts).

Cette opération fonctionne ainsi :

- les termes de l'équation comptable augmentent :

Actif 3.000.000 FCfa

Passif (dettes) 3.000.000 FCfa

- financièrement, les ressources et les emplois augmentent de 3.000.000 FCfa.

Le bilan 3 devient :

Bilan 3			
Actif		Passif	
Terrain	2.000.000	Capital	4.000.000
Immeuble	3.000.000	Etablissement de crédit	3.000.000
Installations industrielles	1.000.000		
Compte courant bancaire	1.000.000		
	<hr/>		<hr/>
	7.000.000		7.000.000

4. L'entreprise achète des marchandises pour 1.200.000 auprès de 2 fournisseurs. Le premier fournisseur est payé au comptant (700.000), tandis que le second accorde un délai de paiement de un mois (500.000). Le Compte courant bancaire diminue de 700.000 et une dette de 500.000 est inscrite au Passif.

Ces opérations se répercutent ainsi :

- pour l'équation comptable, l'Actif augmente de 1.200.000 et diminue de 700.000 : le Passif augmente de 500.000.

Financièrement des ressources nouvelles apparaissent pour 500.000, et les emplois augmentent de 500.000.

Le bilan 4 devient :

Bilan 4			
Actif		Passif	
Terrain	2.000.000	Capital	4.000.000
Immeuble	3.000.000	Etablissement de crédit	3.000.000
Installations industrielles	1.000.000	Fournisseurs	500.000
Stocks de marchandises	1.200.000		
Compte courant bancaire	300.000		
	<hr/>		<hr/>
	7.500.000		7.500.000

5. L'entreprise paie 500.000 à son fournisseur. Comme le montant disponible sur son Compte courant est insuffisant, elle sollicite et obtient de son banquier un crédit de 500.000 qu'elle utilise pour payer le fournisseur.

Ces opérations produisent les effets suivants :

- sur l'équation comptable :
- l'Actif et le Passif augmentent d'abord de 500.000 FCfa
- l'Actif et le Passif diminuent ensuite de 500.000 FCfa
- financièrement, les ressources et les emplois augmentent d'abord de 500.000 FCfa, puis diminuent de 500.000 FCfa

Le nouveau bilan se présente ainsi :

Bilan 5			
Actif (en FCfa)		Passif (en FCfa)	
Terrain	2.000.000	Capital	4.000.000
Immeuble	3.000.000	Etablissement de	
Installations industrielles	1.000.000	crédit à long terme	3.000.000
Stock de marchandises	1.200.000	Etablissement de	
Compte bancaire	300.000	crédit à court terme	500.000
	7.500.000		7.500.000

6. On vend pour 900.000 FCfa des marchandises qu'on avait achetées pour 600.000 FCfa. Le client verse le montant sur le Compte courant bancaire.

Il y a donc une sortie du stock de 600.000 et une rentrée en banque de 900.000 FCfa. Le total de l'Actif augmente donc de 300.000 FCfa ce qui correspond à un enrichissement du patrimoine net qui passe ainsi de 4.000.000 FCfa à 4.300.000 FCfa. Comme le capital ne peut varier, cet enrichissement est inscrit dans un Compte appelé « bénéfice reporté ».

On peut interpréter ces opérations comme suit :

- pour l'équation comptable :
- l'Actif diminue de 600.000 FCfa et augmente de 900.0000 FCfa
- le Passif (patrimoine net) augmente de 300.000 FCfa
- les ressources financières et les emplois augmentent de 300.000 FCfa.

Le nouveau Bilan (6) se présente ainsi

Bilan 6			
Actif (en Fcfa)		Passif (en Fcfa)	
Terrain	2.000.000	Capital	4.000.000
Immeuble	3.000.000	Bénéfice reporté	300.000
Equipements sanitaires	1.000.000	Etablissement de crédit à long terme	3.000.000
Stocks de médicaments	600.000	Etablissement de crédit à court terme	500.000
Compte bancaire	1.200.000		
	<hr/> 7.800.000		<hr/> 7.800.000

7. L'entreprise a payé 100.000 FCfa de charge d'intérêt sur les crédits qu'elle a obtenus de la banque. Ses fonds sur le Compte courant bancaire diminuent de 100.000 FCfa et son patrimoine net diminue du même montant (via le Compte de résultat)

Cette opération a les effets suivants :

- pour l'équation comptable : l'Actif diminue de 100.000 FCfa et le Passif (patrimoine net) diminue de 100.000 FCfa
- les ressources financières et les emplois diminuent de 100.000 FCfa.

Le bilan 7 est le suivant :

Bilan 7			
Actif (en Fcfa)		Passif (en Fcfa)	
Terrain	2.000.000	Capital	4.000.000
Immeuble	3.000.000	Bénéfice reporté	200.000
Installations industrielles	1.000.000	Etablissement de crédit à long terme	3.000.000
Stock de marchandises	600.000	Etablissement de crédit à court terme	500.000
Compte bancaire	1.100.000		
	<hr/> 7.700.000		<hr/> 7.700.000

8. On vend pour 500.000 des marchandises qu'on avait achetées pour 400.000. On accorde au client un délai de paiement de deux mois

Il y a donc une sortie de stock de 400.000 et une créance apparaît à l'Actif pour 500.000. En même temps, le patrimoine net s'enrichit de 100.000.

Cette opération produit les effets suivants :

- pour l'opération comptable : l'Actif diminue de 400.000 FCfa et augmente de 500.000 FCfa. Le Passif (patrimoine net) augmente de 100.000 FCfa.

Le nouveau bilan (8) prend la forme ci-dessous :

Bilan 8			
Actif (en Fcfa)		Passif (en Fcfa)	
Terrain	2.000.000	Capital	4.000.000
Immeuble bâti	3.000.000	Bénéfice reporté	300.000
Installations industrielles	1.000.000	Etablissement de	
Stock de marchandises	200.000	crédit à long terme	3.000.000
Clients	500.000	Etablissement de	
Compte bancaire	1.100.000	crédit à court terme	500.000
	7.800.000		7.800.000

Le principe de la partie double

Les exemples qui précèdent nous ont permis d'introduire le principe de base qui régit la méthode comptable la plus largement répandue dans le monde : la « comptabilité à partie double ». Ce principe repose sur la relation de base :

$$\text{Actif} = \text{Dettes} + \text{Patrimoine net.}$$

Lorsqu'une opération modifie un poste de cette relation, elle entraîne automatiquement une modification d'un ou plusieurs autres postes, de telle sorte que l'égalité est constamment maintenue.

Dans les exemples précédents, nous avons pu observer les modifications suivantes :

Opération 2	Augmentation d'Actif (3.000.000)	Diminution d'Actif (3.000.000)
Opération 3	Augmentation d'Actif (3.000.000)	Augmentation des dettes (3.000.000)

Opération 4	Augmentation d'Actif (700.000)	Diminution d'Actif (700.000)
	Augmentation d'Actif (500.000)	Augmentation des dettes (500.000)
Opération 5	Augmentation d'Actif (500.000)	Augmentation des dettes (500.000)
	Diminution d'Actif (500.000)	Diminution des dettes (500.000)
Opération 6	Augmentation d'Actif (900.000)	Diminution d'Actif (600.000)

Augmentation du patrimoine net (300.000)

Opération 7	Diminution d'Actif (100.000)	Diminution du patrimoine net (100.000)
Opération 8	Augmentation d'Actif (500.000)	Diminution d'Actif (400.000)

Augmentation du patrimoine net (100.000)

Le recensement des mouvements possibles est très simple : les termes de l'équation financière « emplois » et « sources » ne peuvent augmenter ou diminuer que dans les situations suivantes :

EMPLOI DES FONDS		SOURCE DE FONDS
Augmentation d'Actif	=	Augmentation de Passif
Augmentation d'Actif	=	Diminution d'Actif
Diminution de Passif	=	Augmentation de Passif
Diminution de Passif	=	Diminution d'Actif

Travail de groupe N°2

Les relations entre le Bilan et le Compte de résultat de la Mutuelle de Sabou.

La Mutuelle de Sabou a été initiée par des groupements de paysans, dans une région rurale. A partir de cotisations annuelles, essentiellement perçues au moment de la vente des récoltes, cette mutuelle couvre les dépenses effectuées dans des centres de santé avec lesquels elle a conclu un Accord.

Les cotisations perçues en 1995 s'élèvent à 840.000 FCfa. La recette provenant des droits d'admission est de 40.000 FCfa. La Mutuelle a reçu en 1995 des dons pour un montant de 20.000 FCfa.

Les charges de l'année 1995 s'élèvent à 910.000 FCfa et se décomposent comme suit:

- soins médicaux 500.000 FCfa
- achat médicaments 360.000 FCfa
- frais de fonctionnement 30.000 FCfa
- frais de formation 20.000 FCfa

En fin 1995, les avoirs de cette mutuelle sont constitués par :

- 1 bâtiment d'une valeur de 100.000 FCfa
- matériel de bureau d'une valeur de 40.000 FCfa
- la Mutuelle dispose également d'un placement de 10. 000 FCfa sur un Compte à terme
- le Compte bancaire et la caisse de la Mutuelle ont respectivement un solde de 150.000 FCfa et 100.000 FCfa

A la même date, la Mutuelle doit 200.000 FCfa à des prestataires de soins (aux centres de santé).

Enfin, elle présente en début d'exercice, une réserve de 30. 000 FCfa au bilan.

NB : Par souci de simplification de l'exercice, il n'est pas tenu compte de l'amortissement du bâtiment et du matériel de bureau.

Module 4

Les ratios financiers d'une Mutuelle de santé

Programme ANMC / BIT-ACOPAM / WSM

Table des matières

Module 4 : Les ratios financiers d'une mutuelle de santé

Déroulement de la formation	2
1. Importance des ratios financiers	2
2. Définition des différents ratios financiers	3

Supports pédagogiques

Texte d'appui n°1 :	A1
Travail individuel n°1 :	B1
Texte d'appui n°2 :	C1

Les Ratios financiers d'une mutuelle de santé



Objectif

À la fin de ce module, les participants seront capables de calculer les différents ratios financiers et de les interpréter. Ils seront également capables d'utiliser ces données dans la gestion de leur mutuelle.

Groupe cible

Membres du Conseil d'Administration
Gestionnaires
Membres du Comité d'exécution
Membres du Comité de Surveillance

Prérequis

Avoir suivi les modules 1, 2, 3, en gestion financière d'une mutuelle ou avoir des notions de base en comptabilité (établissement et interprétation d'un Bilan et d'un Compte de résultats)

Durée

3 h 00

Contenu

Importance des ratios
Définition des différents ratios

- Ratio de liquidité
- Ratio de solvabilité
- Ratio de couverture des charges en prestation
- Ratio cotisations / charges
- Ratio frais de fonctionnement / produits

Méthodes

Exposés
Travaux en plénière
Travail individuel
Exercice en plénière

Supports matériels

Tableau
Flip-chart
Rétroprojecteur

Supports pédagogiques

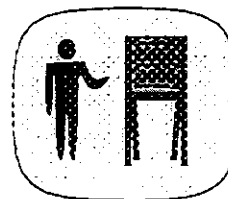
Transparents
Textes d'appui
Texte de travail individuel

Déroulement de la formation

4.1 Importance des ratios financiers

Exposé a4.1 (0h30)

Écrivez au tableau (ou au flip-chart) le mot « ratio ». Demandez aux participants s'ils en connaissent la signification et faites un exposé pour donner des explications sur les différents ratios. Insistez sur leur importance pour apprécier la gestion de la mutuelle.



Inspirez-vous du texte ci-dessous :

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 la mutuelle, c'est-à-dire sa capacité à faire face, au moment voulu, à ses obligations vis-à-vis des membres et des tiers.

Selon les entreprises, leur taille, leurs activités, leurs objectifs, les ratios pourront être différents. Mais dans tous les cas, le principe de base reste le même : il faut faire porter l'analyse sur un certain nombre de grandeurs significatives et étudier les ratios à la fois dans leur évolution au cours du temps et dans leur comparaison avec des normes établies par secteur d'entreprise ou, dans ce cas, pour les membres d'une même union de mutuelles.

Les principaux ratios financiers utilisés dans le cadre d'une mutuelle sont :

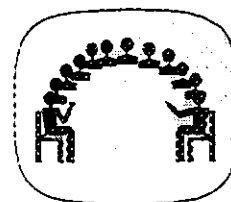
- le ratio de liquidité immédiate ;
- le ratio de solvabilité ;
- le ratio de couverture des charges en prestations ;
- le ratio cotisations/charges annuelles ;
- le ratio frais d'administration/produits annuels.

Les sources d'information pour le calcul et la comparaison des ratios sont le Bilan et le Compte de résultat d'autres mutuelles.

4.2 Définition des différents ratios financiers

Travail en plénière a4.2 (0h30)

Distribuez le travail individuel n°2 présentant les Bilans et Comptes de résultat consécutifs de la Mutuelle de Sabou. La première partie de l'exercice (ratios 1995) sera réalisée en plénière de façon à illustrer la définition de chaque ratio. Les ratios seront ensuite calculés l'un après l'autre par tous les participants. Après chaque ratio, demandez à quelqu'un de proposer une réponse et le détail du calcul.



Ratio de liquidité immédiate (disponibilités / dettes à court terme)

C'est le rapport : disponibilités sur dettes à court terme (exigible).

Les disponibilités comprennent les fonds qui sont « disponibles » immédiatement, soit essentiellement la caisse et les Comptes courants bancaires. Leur rapprochement avec les dettes de la mutuelle qui sont dues à court terme, permet d'apprécier la capacité de la mutuelle à faire face immédiatement à ses engagements financiers.

Normalement, ce ratio doit être supérieur à 1

Corrigé :

Ratio de liquidité immédiate = disponibilités / dettes à court terme :
1995 : (150 + 100) : 200 = 125%

On peut aussi calculer le ratio de liquidité générale : Actifs circulants / dettes à court terme. Il s'agit alors d'exprimer le Fonds de roulement sous forme de ratio puisque :

Capitaux permanents - Actifs immobilisés			
le Fonds de roulement en Fcfa	=	ou	Actifs circulants - Dettes court terme

Ratio de solvabilité (avoirs / obligations)

Ce rapport indique la capacité de la mutuelle à honorer ses dettes vis-à-vis des tiers en réalisant ses actifs, sans recours à l'emprunt.

Le ratio doit être supérieur à 1.

Corrigé :

Ratio de solvabilité = avoirs / obligations
1995 : 490 : 200 = 245%

Un ratio similaire souvent utilisé pour apprécier la structure financière d'une entreprise est le ratio d'endettement : dettes / total du passif

Ratio de couverture des charges (réserves nettes comptables/ charges mensuelles en prestations)

Un autre indice de la stabilité financière de la mutuelle est le rapport entre ses réserves comptables et les charges mensuelles en prestations auxquelles elle est confrontée. Dans une situation normale, les réserves cumulées doivent correspondre aux charges en prestations d'une période de 3 à 6 mois.

Le but poursuivi est d'assurer une stabilité suffisante pour pouvoir faire face à des charges exceptionnelles comme celles découlant, par exemple, d'une épidémie ou d'un accident dont seraient victimes plusieurs membres.

Corrigé :

Les réserves de la Mutuelle de Sabou, après apurement du déficit de l'exercice, sont égales à 290 Fcfa tandis que les charges mensuelles en prestations sont de 72 Fcfa en 1995 (860 : 12 mois)

*Ratio de couverture des charges mensuelles en prestations
= réserves nettes comptables / charges mensuelles en prestations*

$$1995 : 290 : 72 = 4,02 \text{ mois de couverture}$$

Ratio cotisations / charges annuelles

C'est le rapport : montant annuel des cotisations perçues sur charges annuelles.

Ce ratio doit normalement être proche de 1 car les cotisations sont la principale recette de la mutuelle et on ne devrait normalement pas compter sur des dons ni sur les droits d'adhésion pour couvrir les charges.

Il est nécessaire de connaître ce ratio pour répondre à la question : les cotisations sont-elles suffisantes pour couvrir les dépenses ?

Corrigé :

Ratio cotisations / charges :

$$1995 : 840 : 910 \text{ soit } 92,3\%$$

Ratio frais de fonctionnement / total des produits annuels

C'est le rapport : frais de fonctionnement sur total des produits de l'année.

Par frais de fonctionnement, il faut entendre toutes les dépenses d'administration et de gestion de la mutuelle comme les salaires ou les primes du personnel, la location des bureaux, les fournitures, les activités de formation du personnel, ...

En règle générale, il est souhaitable que le coût de fonctionnement ne dépasse pas 5% des produits en situation normale de fonctionnement.

Cela peut être plus élevé les premières années : on retiendra donc comme norme une fourchette de 5 à 10%, selon la taille et l'âge de la mutuelle.

Corrigé :

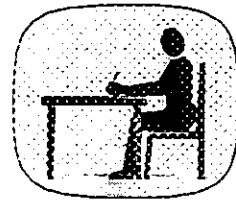
frais de fonctionnement / produits totaux de l'année

$$1995 : 50 : 900 = 5,55\%$$

En guise de synthèse, distribuez le texte d'appui n°1 avec la définition et la norme des différents ratios.

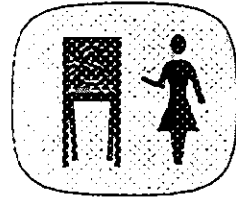
Travail individuel b4.2 (0h30)

Demandez aux participants de calculer les différents ratios de la Mutuelle Sabou pour 1996 et d'apprécier la situation financière en 1995 et 1996 ainsi que son évolution d'une année à l'autre.



Synthèse en plénière c4.2 (0h30)

Demandez à quelques participants de présenter leur résultat au fur et à mesure (un ratio par personne). Procédez à la correction s'il y a lieu.



Corrigé exercice sur Mutuelle de SABOU :

- *Ratio de liquidité immédiate*

disponibilités / dettes à court terme :

$$1995 : (150 + 100) : 200 = 125\%$$

$$1996 : (100 + 100) : 400 = 50\%$$

On peut en conclure que la mutuelle était en état de faire face immédiatement à ses dettes vis-à-vis des prestataires de soins en 1995 mais que la situation de liquidité s'est considérablement aggravée en 1996, suite, notamment, à une augmentation des dettes envers les prestataires.

- *Ratio de solvabilité (avoirs / obligations)*

$$1995 : 490 : 200 = 245\%$$

$$1996 : 520 : 400 = 130\%$$

La mutuelle est donc parfaitement crédible du point de vue de sa solvabilité, même si 1996 a vu doubler l'encours de la dette à court terme.

- Ratio d'endettement (dettes / total du passif)

$$1995 : 200 : 490 = 59\%$$

$$1996 : 400 : 520 = 77\%$$

- Ratio de couverture des charges en prestations.

Les réserves de la Mutuelle de Sabou, après apurement du déficit de l'exercice, sont égales à 290.000 Fcfa fin 1995, et à 120.000 Fcfa fin 1996, tandis que les dépenses mensuelles sont de 72.000 Fcfa en 1995 (860.000 : 12 mois), et de 870.000 Fcfa en 1996 (1.050.000 : 12 mois).

réserves comptables nettes / charges mensuelles en prestations :

$$1995 : 290.000 : 72 = 4,02 \text{ mois de couverture}$$

$$1996 : 120.000 : 87 = 1,37 \text{ mois de couverture}$$

On peut en conclure que la mutuelle risque de connaître de sérieux problèmes si des dépenses importantes surviennent (épidémies, accident,...). Il est impératif de reconstituer les réserves pour rétablir la crédibilité de la mutuelle du point de vue financier. Il faudra donc, dès 1997, soit augmenter les cotisations, soit diminuer les prestations, sinon ce pourrait bien être l'année fatale pour la mutuelle !

- Ratio cotisations / charges annuelles

Les cotisations de la Mutuelle de Sabou en 1995 s'élèvent à 840.000 Fcfa, tandis que le total des charges annuelles est de 910.000 Fcfa. En 1996, on constate que les cotisations s'élèvent à 1.000.000 Fcfa pour des charges de 1.200.000 Fcfa.

Ratio cotisations / dépenses :

$$1995 : 840.000 : 910.000 \quad \text{soit } 92,3\%$$

$$1996 : 1.000.000 : 1.200.000 \quad \text{soit } 83,3\%$$

Il apparaît donc que les deux exercices ont été déficitaires. Le déficit de l'exercice 1995 n'a pu être maintenu à 10.000 Fcfa que grâce à des dons de 20.000 Fcfa et des droits d'adhésion de 40.000 Fcfa, tandis qu'il s'est considérablement accru en 1996 (170.000 F / 1.200.000 = 14%).

Une augmentation minimum des cotisations est indispensable pour rétablir l'équilibre. En supposant que les principaux paramètres restent inchangés en 1997 (pas d'augmentation de prix des services, pas d'augmentation de consommation des assurés), il faudra augmenter les cotisations de :

$$(1200.000 - 1000.000) : 1000.000 = 20 \%$$

- Ratio frais de fonctionnement / produits

frais de fonctionnement / produits de l'année

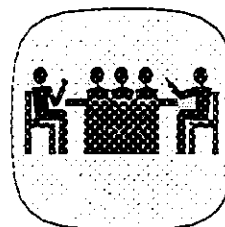
$$1995 : 50.000 : 900.000 = 5,55\%$$

$$1996 : 150.000 : 1030.000 = 14,56\%$$

Un effort de réduction des coûts de fonctionnement doit absolument être entrepris pour rester dans des limites raisonnables (maximum 10%) car on a connu un sérieux dérapage en 1996 !

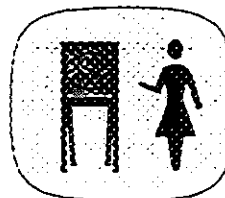
Travail de groupe d4.2 (1h00)

Distribuez l'énoncé du travail de groupe n°2, basé sur le cas de la Mutuelle "TONUS" dont les Comptes sont établis en FCfa. Assurez-vous de la bonne compréhension de l'énoncé avant d'envoyer les participants dans les groupes.



Synthèse en plénière e4.2 (1h00)

Demandez à chaque groupe de présenter un ratio et d'interpréter les chiffres calculés. Distribuez le corrigé et donnez des explications si nécessaire.



Corrigé exercice sur le cas de TONUS :

- Ratio de liquidité immédiate

* disponibilités / dettes à court terme :

$$1995 : (134.000 + 4.000) : 402.000 = 34\%$$

$$1996 : (180.000 + 7.000) : 575.000 = 32\%$$

On peut en conclure que la mutuelle risque de connaître de graves difficultés de trésorerie et qu'elle devrait déplacer une partie de son Compte à terme vers son Compte courant. Cependant, une analyse de la liquidité générale permet de conclure que ce danger est temporaire :

Liquidité générale :

$$1995 : 1049.000 : 402.000 = 261\%$$

$$1996 : 963.000 : 402.000 = 167\%$$

- Ratio de solvabilité (avoirs / obligations)

$$1995 : 1.084.000 : 402.000 = 270 \%$$

$$1996 : 992.000 : 575.000 = 172 \%$$

La mutuelle est donc parfaitement crédible du point de vue de sa solvabilité.

- Ratio d'endettement (dettes / total du passif)

$$1995 : 402 : 1084 = 37 \%$$

$$1996 : 575.000 : 992.000 = 58 \%$$

- Ratio de couverture des charges en prestations

Les réserves de la Mutuelle TONUS, après affectation des résultats de l'exercice sont égales à 482.000 FCfa fin 1995, et à 217.000 FCfa fin 1996, tandis que les charges mensuelles sont de 133.333 FCfa en 1995, et de 167.916 FCfa en 1996.

réserves nettes / charges mensuelles en prestations :

$$1995 : 482.000 : 133.333 = 3,6 \text{ mois de couverture}$$

$$1996 : 217.000 : 167.900 = 1,3 \text{ mois de couverture}$$

On peut en conclure que la mutuelle risque de connaître de sérieux problèmes si des dépenses importantes surviennent (épidémies, accident,...). Il est impératif de reconstituer les réserves pour rétablir la crédibilité de la mutuelle du point de vue financier...

- Ratio cotisations / charges.

$$1995 : 1.615.000 : 1.779.000 \text{ soit } 90,8\%$$

$$1996 : 1.800.000 : 2.215.000 \text{ soit } 81,3\%$$

Il apparaît donc que les deux ratios sont < 1. Toutefois, la mutuelle génère d'importants intérêts financiers grâce à sa politique de placement à terme dans les banques.

- *Ratio frais de fonctionnement / produits.*

frais de fonctionnement / produits de l'année

$$1995 : 179.000 : 1.794.000 = 9,97 \%$$

$$1996 : 200.000 : 1.950.000 = 10,25 \%$$

Un effort de réduction des coûts de fonctionnement doit être fait pour tendre vers 5 % idéalement.

Clôturez le module en vérifiant s'il n'y a pas de clarification à donner.

Supports pédagogiques

Texte d'appui n°1

Les ratios financiers d'une mutuelle

$$\bullet \text{ LIQUIDITÉ} = \frac{\text{DISPONIBILITÉS}}{\text{DETTES A COURT TERME}}$$

Ce ratio doit être supérieur à : 1

$$\bullet \text{ SOLVABILITÉ} = \frac{\text{AVOIRS}}{\text{OBLIGATIONS}}$$

Ce ratio doit être supérieur à : 1

$$\bullet \text{ COUVERTURE DES DÉPENSES} = \frac{\text{RÉSERVES NETTES COMPTABLES}}{\text{CHARGES MENSUELLES EN PRESTATIONS}}$$

Ce ratio doit idéalement être compris entre trois mois et six mois

$$\bullet \text{ RATIO} = \frac{\text{COTISATIONS}}{\text{CHARGES ANNUELLES}}$$

Ce ratio doit être proche de : 1

$$\bullet \text{ RATIO} = \frac{\text{FRAIS DE FONCTIONNEMENT}}{\text{PRODUITS ANNUELS}}$$

Ce ratio doit être proche de 5%

Travail individuel N°1

Mutuelle de Sabou

Sur base du Bilan et du Compte de résultat de 1995 et de 1996, établissez les ratios de liquidité, de solvabilité, de couverture des charges en prestations, de cotisations/charges et de frais d'administration de la Mutuelle de Sabou. Commentez, à partir de chaque résultat, la santé financière de la mutuelle, son évolution et, éventuellement, les mesures à prendre.

Mutuelle de Sabou			
Bilan au 31/12/1995			
Actif (en %)		Passif (en %)	
- Bâtiment	100	- Réserves	300
- Matériel de bureau	40	- Perte de l'exercice	-10
- Placement à terme	100	- Prestations à payer	200
- Banque	150		
- Caisse	100		
Total	490	Total	490

Mutuelle de Sabou
Compte de résultat 1995

Charges(en %)		Produits(en %)	
• Prestations	500	• Droits d'adhésion	40
- Actes médicaux		• Cotisations	840
- Médicaments	360	• Dons	20
• Frais de fonctionnement	30	• Sous total	—
• Frais de formation	20		900
		• Perte de l'exercice	10
	—		—
Total	910	Total	910

Mutuelle de Sabou
Compte de résultat 1996

Charges		Produits	
• Prestations		• Droits d'adhésion	30
- Actes médicaux	550	• Cotisations	1000
- Médicaments	500		
• Frais de fonctionnement	100	• Sous total	1030
• Frais de formation	50	• Perte de l'exercice	170
	—		—
Total	1200	Total	1200

Mutuelle Sabou			
Bilan au 31/12/1996			
Actif		Passif	
- Bâtiment	90	- Réserves	290
- Matériel de bureau	30	- Perte reportée	-170
- Placement à terme	200	- Prestations à payer	400
- Banque	100		
- Caisse	100		
Total	520	Total	520

Texte d'appui N°2

Mutuelle TONUS

Sur base du Bilan et du Compte de résultat des deux derniers exercices, établissez les ratios de liquidité, de solvabilité, de couverture des charges en prestations, de cotisations/charges et de frais d'administration de la Mutuelle "TONUS". Commentez à partir de chaque résultat la santé financière de la mutuelle, son évolution et les mesures éventuelles à prendre.

Mutuelle TONUS			
Bilan au 31/12/1995 en FCfa			
Actif		Passif	
- Frais d'établissement	12.000	- Fonds de dotation	200.000
- Matériel de bureau	13.000	- Réserves	467.000
- Meubles	10.000	- Bénéfice de l'exercice	15.000
- Comptes à terme	785.000	- Prestations à payer	390.000
- Cotisations à recevoir	123.000	- Fournisseurs à payer	12.000
- Débiteurs divers	3.000		
- Banque	134.000		
- Caisse	4.000		
	-----		-----
Total	1.084.000	Total	1.084.000

Mutuelle TONUS
Compte de résultat 1995 en FCfa

Charges		Produits	
• Prestations - Actes médicaux	1.600.000	• Droits d'adhésion	4.000
• Frais de fonctionnement	35.000	• Cotisations	1.615.000
• Personnel	127.000	• Dons	20.000
• Frais de banque	9.000	• Intérêts bancaires	155.000
• Amortissements	8.000		
• Bénéfice de l'exercice	15.000		
	<hr/>		<hr/>
Total	1.794.000	Total	1.794.000

Mutuelle TONUS
Compte de résultat 1996 en FCfa

Charges		Produits	
• Prestations - Actes médicaux	2.015.000	• Droits d'adhésion	5.000
• Frais de fonctionnement	40.000	• Cotisations	1.800.000
• Personnel	140.000	• Dons	10.000
• Frais de banque	12.000	• Intérêts bancaires	135.000
• Amortissements	8.000	• Perte de l'exercice	265.000
	<hr/>		<hr/>
Total	2.215.000	Total	2.215.000

Mutuelle TONUS
Bilan au 31/12/1996 en FCfa

Actif		Passif	
- Frais d'établissement	10.000	- Fonds de dotation	200.000
- Matériel de bureau	11.000	- Réserves	482.000
- Meubles	8.000	- Bénéfice de l'exercice	-265.000
- Comptes à terme	569.000	- Prestations à payer	560.000
- Cotisations à recevoir	200.000	- Fournisseurs à payer	15.000
- Débiteurs divers	7.000		
- Banque	180.000		
- Caisse	7.000		
Total	992.000	Total	992.000

Module 5

**L'étude de faisabilité
financière
d'une Mutuelle de santé**

Programme ANMC / BIT-ACOPAM / WSM

Table des matières

Module 5 : L'étude de faisabilité financière d'une mutuelle de santé

Déroulement de la formation 2

1. Paramètres nécessaires pour l'élaboration du premier budget 2

2. Élaboration d'un budget en cas de couverture des petits risques 4

3. L'élaboration d'un budget en cas de couverture des gros risques 8

Supports pédagogiques

Texte du travail de groupes n°1 : A1

Texte d'appui n°1 : B1

Travail de groupes n°2 : C1

L'étude de faisabilité financière d'une mutuelle de santé

Objectif

A la fin du cours, les participants seront capables :

- de définir les services couverts par leur mutuelle
- de calculer les cotisations nécessaires en fonction des risques couverts
- d'établir le premier budget de leur mutuelle

Groupe cible

Promoteurs
Gestionnaires
Membres du conseil d'administration
Membres du comité d'exécution

Prérequis

Connaissance des notions de recettes et dépenses
Connaissance des modalités de fonctionnement d'une mutuelle (ou avoir suivi le module « Introduction à la gestion d'une mutuelle de santé »)

Durée

4h45

Contenu

Paramètres nécessaires pour la détermination du premier budget
Calcul prévisionnel des prestations et détermination du niveau des cotisations,
Élaboration du budget dans le cas de la couverture des « petits risques » et des « gros risques »

Méthodes

Exposés
Travail en plénière
Travaux de groupes
Jeu de rôles

Supports matériels

Flip-chart
Métoplan
Tableau noir
Rétroprojecteur

Supports pédagogiques

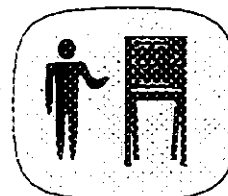
Texte d'appui
Texte de travail de groupes
Texte de travail en plénière

Déroulement de la formation

5.1 Paramètres nécessaires pour l'élaboration du premier budget

Exposé a5.1 (0h10)

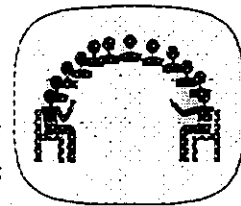
Faites un exposé, en vous inspirant du texte ci-dessous, pour souligner l'importance de l'élaboration d'un budget dans la gestion d'une mutuelle de santé.



Dans ce module, la procédure d'élaboration du premier budget sera considérée comme le principal instrument de l'étude de faisabilité financière : gérer c'est prévoir. L'existence d'un budget est indispensable pour la prévision de la situation future à partir du présent. Une analyse du passé à travers le bilan et le compte de résultat est nécessaire mais insuffisante pour assurer une gestion efficace de la mutuelle. Il ne suffit pas de savoir où l'on se trouve (la situation actuelle), il faut aussi savoir où l'on va. Pour chaque exercice, il est donc essentiel d'établir un budget. Celui-ci permettra, d'abord, de rechercher l'équilibre financier pour l'exercice suivant. Il sera à la base des décisions relatives au montant des cotisations, aux avantages octroyés, etc.

L'établissement du premier budget d'une mutuelle est une opération très délicate, car il faut apprécier un ensemble d'hypothèses très aléatoires.

Travail en plénière b5.1 (0h30)



Posez aux participants la question suivante : « *Quels sont les différents paramètres qui peuvent faire l'objet d'hypothèses pour l'élaboration du premier budget ?* » Invitez les participants à proposer des réponses, aidez les à les formuler clairement et demandez-leur d'écrire leur idée sur une fiche qui sera portée sur le tableau métaplan. Triez les fiches selon les rubriques :

- Population ;
- Recettes ;
- Types de prestations ;
- Volume des prestations ;
- Coûts des prestations.

Complétez les réponses avec les éléments suivants si nécessaire :

Recettes

- *nombre de membres potentiels ;*
- *estimation du nombre de membre ;*
- *taille moyenne des familles ;*
- *nombre de bénéficiaires par membre ;*
- *revenu moyen des membres potentiels ;*
- *frais d'adhésion ;*
- *possibilités d'aide extérieure.*

Prestations

- *Maladies les plus courantes ;*
- *Taux de morbidité (taux de risque par type de maladie) ;*
- *Nombre de cas de maladie par an ;*
- *Nombre de cas d'hospitalisations ;*
- *Consommation des médicaments ;*
- *Prise en charge des malades chroniques.*

Coût des prestations

- *Tarifification des actes médicaux ;*
- *Coûts de fonctionnement ;*
- *Introduction de tickets modérateurs ;*
- *Plafonds d'intervention par membre par maladie ou par an ;*
- *Estimation de l'inflation annuelle moyenne.*

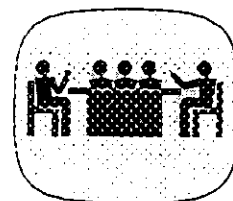
En synthèse, rappelez que la procédure de budgétisation consiste à :

- *estimer le nombre de membres probables (titulaires et bénéficiaires) ;*
- *déterminer les services couverts par la mutuelle (prestations) ;*
- *évaluer la fréquence d'utilisation des services couverts ;*
- *estimer le coût de ces services par membre ;*
- *estimer les coûts de fonctionnement de la mutuelle (frais d'administration) ;*
- *calculer le montant des cotisations nécessaires à l'équilibre financier ;*
- *établir un tableau de synthèse du premier budget.*

Le plus souvent, cette démarche devra être répétée plusieurs fois, car on peut vouloir changer la gamme de services pour les rendre plus attractifs, ou au contraire, modifier les cotisations en fonction des possibilités financières des membres potentiels, ce qui implique de revoir les avantages octroyés pour maintenir l'équilibre financier.

5.2 Élaboration d'un budget en cas de couverture des petits risques

Travail de groupes a5.2 (1h00)



Distribuez et faites lire le texte du travail de groupe n°1 sur la mutuelle de Songtaaba. Répondez au besoin aux questions de compréhension. Formez de petits groupes. Demandez-leur de réfléchir, point par point, sur les éléments nécessaires à la confection du budget. Les participants restent tous dans la salle de plénière et on corrige chaque étape en plénière avant de poser aux groupes la question suivante.

La question est : **Comment va-t-on déterminer ?**

Interviewez un groupe pour chaque élément et dégagez la réponse appropriée en vous aidant d'un transparent. Cette procédure sera répétée pour chaque élément.

Corrigé de l'exercice

Les coûts de fonctionnement du centre de santé

La première étape consiste à connaître le coût de fonctionnement du centre de santé avec lequel on souhaite passer une convention, afin de pouvoir déterminer les tarifs sur une base objective.

En 1994, les dépenses totales du centre de santé (salaires du personnel, médicaments, petit entretien du matériel et des locaux ...) s'élevaient à 3.000.000.

Il se peut que le centre de santé ne souhaite pas que tous ses coûts soient connus du grand public et refuse de transmettre les informations nécessaires. Dans ce cas, il faudrait comparer le prix demandé pour un épisode de maladie à celui réclamé par des centres de santé similaires du pays ou de la région.

Le coût moyen d'un épisode de maladie

S'il existe des statistiques de fréquentation du centre de santé, on peut estimer le coût moyen d'un épisode de maladie, en divisant le coût de fonctionnement du centre par le nombre de nouveaux cas traités. Si ces statistiques ne sont pas disponibles, on peut mener une enquête pendant quelques jours sur le nombre de malades traités par le centre et faire des extrapolations, en tenant compte des variations saisonnières. Il faut ensuite vérifier si le coût est plausible et les calculs fiables.

Dans notre exemple, le centre traite environ 6.000 cas de maladie par an. Le coût d'un épisode de maladie est de : $3.000.000 / 6.000 = 500$ Fcfa.

En tenant compte d'un taux moyen d'inflation de 10%, le coût prévisionnel d'un épisode de maladie pour 1996 sera de 550 Fcfa.

Le nombre de cas de maladie par personne

Dans les conditions actuelles, on compte 6.000 consultations de nouveaux cas pour 10.000 habitants, soit 0,6 consultation par personne et par an. Avec 0,6 consultation par habitant, ne risque-t-on pas une sous-estimation, surtout si la mutuelle supprime la barrière financière à l'accès aux soins de santé ?

Une comparaison avec la consommation moyenne des membres d'une mutuelle similaire ou avec la moyenne nationale, pourrait constituer une réponse à cette question.

Dans ce cas, la moyenne nationale est de 1,5 consultations par personne et par an et la moyenne pour le centre de santé local est de 0,6. Il est raisonnable d'estimer le nombre de consultations annuelles par bénéficiaire de la mutuelle de Songtaaba à 1 au début.

Le nombre de bénéficiaires et de membres

La composition des ménages est déterminante pour connaître la relation entre nombre de titulaires et nombre de bénéficiaires.

Dans le village d'implantation de la mutuelle de Songtaaba, les familles comptent le plus souvent de 4 à 6 enfants. Donc, il y aura normalement 7 bénéficiaires (2 adultes et 5 enfants) par titulaire.

Combien de membres espère-t-on avoir la première année ?

On peut estimer le nombre de futurs membres de la mutuelle en se fondant sur :

- une enquête*
- les présences aux réunions d'informations*
- les expériences similaires dans d'autres régions du pays*

A la mutuelle de Songtaaba, on estime qu'environ 430 personnes adhéreront en tant que membres titulaires la première année. S'il y a environ 6 personnes à charge par titulaire, la mutuelle comptera la première année quelques 3.000 bénéficiaires (430 x 7).

Les dépenses en prestations

Elles sont égales au coût d'un épisode de maladie multiplié par le nombre de consultations. Il y aura donc 3.000 consultations (1 consultation par bénéficiaire x 3.000 bénéficiaires) couvertes par la mutuelle. Le coût d'une consultation étant estimé à 550 Fcfa, les dépenses en prestations de la première année s'élèveront à :

$$550 \times 3.000 = 1.650.000 \text{ Fcfa}$$

Les frais de fonctionnement et de gestion de la mutuelle

Il faut estimer le coût de fonctionnement (salaires, loyer, matériel de bureau, imprimés...). La norme des frais de fonctionnement étant de 5% des recettes dans une mutuelle déjà fonctionnelle, les promoteurs de la mutuelle de Songtaaba ont prévu 125.000 Fcfa pour les frais de fonctionnement en première année. Ces frais correspondent à 7,6% des prestations ; ce qui est acceptable au démarrage, mais ils devront être diminués par la suite.

Les dépenses totales de la mutuelle

Les dépenses totales s'élèveront à :

$$1.650.000 \text{ Fcfa} + 125.000 \text{ Fcfa} = 1.775.000 \text{ Fcfa}$$

Les droits d'adhésion

Chaque titulaire paie, lors de son adhésion, un montant fixe pour couvrir les frais administratifs et d'impression des carnets de membre. Si les frais d'adhésion sont de 100 Fcfa par membre et s'il y a lors de la première année 430 adhérents, la recette correspondant aux droits d'adhésion sera de : $100 \times 430 = 43.000 \text{ Fcfa}$.

Les cotisations

Sachant que la mutuelle compte 430 cotisants au démarrage et que les cotisations doivent couvrir les dépenses, le montant total des cotisations annuelles qui permettra de couvrir toutes les dépenses de la mutuelle sera de :

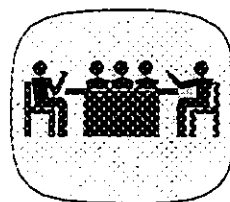
$$1.775.000 \text{ Fcfa} / 430 = 4.128 \text{ Fcfa par famille (arrondis à } 4.200 \text{ Fcfa)}.$$

La recette provenant des cotisations sera donc de :

$$4.200 \times 430 = 1.806.000 \text{ Fcfa}$$

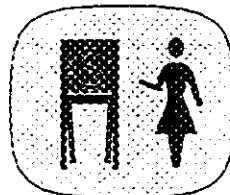
Travail de groupes b5.2 (0h15)

Demandez aux participants d'élaborer le budget initial de la mutuelle de Songtaaba, à partir des différents éléments qui viennent d'être calculés.



Synthèse en plénière c5.2 (0h15)

Demandez à un groupe de présenter le résultat de son travail et faites le corrigé de l'exercice, s'il y a lieu.

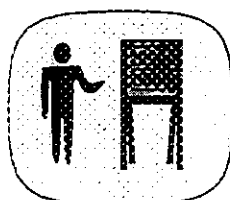


Mutuelle de Songtaaba Budget initial 1996 (en Fcfa)			
Dépenses		Recettes	
Prestations médicales	1.650.000 Fcfa	Droits d'adhésion	43.000 Fcfa
Frais de fonctionnement	125.000 Fcfa	Cotisations	1.806.000 Fcfa
Sous total	1.775.000 Fcfa	Dons	50.000 Fcfa
Excédent	124.000 Fcfa		
Total	1.899.000 Fcfa	Total	1.899.000 Fcfa

5.3 L'élaboration d'un budget en cas de couverture des gros risques

Exposé a5.3 (0h05)

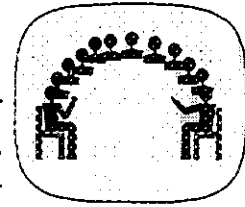
Faites un exposé sur la couverture des soins de base de la mutuelle de Songtaaba en vous inspirant du texte ci-dessous :



Le cas de la mutuelle de Songtaaba ne concerne que la couverture des soins de santé de base, dispensés au niveau d'un centre de santé.

Les techniques de couverture des frais d'hospitalisation s'apparentent plutôt aux principes de l'assurance, car il s'agit de couvrir un risque très aléatoire, dont la survenance entraîne des charges financières très élevées, c'est pourquoi on parle, dans ce cas, de « gros risques ».

Travail en plénière b5.3 (0h30)



A partir des éléments recueillis sur l'élaboration du premier budget affiché sur le métaplan, demandez aux participants les éléments complémentaires qui doivent être pris en compte pour calculer un budget de couverture des frais d'hospitalisation. Posez aux participants la question suivante :

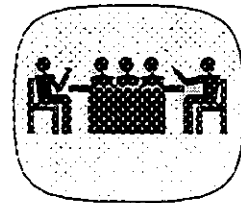
« Quels sont les paramètres supplémentaires pour lesquels des hypothèses devront être émises pour l'élaboration du budget en cas de couverture des frais d'hospitalisation ? »

Invitez les participants à proposer des réponses, aidez les à les formuler clairement, et demandez-leur d'écrire leur idée sur une fiche qui sera portée sur le tableau métaplan. Triez les fiches, commentez les, et complétez, éventuellement, à l'aide des éléments suivants :

- le nombre d'hospitalisations enregistrées par an ;
- la durée moyenne d'une hospitalisation ;
- le coût moyen d'une hospitalisation ;
- le risque d'hospitalisation des membres ;
- la fréquence des maladies chroniques ;
- les principales causes d'hospitalisation dans la région ;
- le coût des évacuations sanitaires ;
- le taux de remboursement proposé par la mutuelle (en cas de maintien d'un ticket modérateur) ;
- les frais de gestion de la mutuelle.

En synthèse, distribuez le Texte d'appui n°1

Travail de groupes c5.3 (1h00)

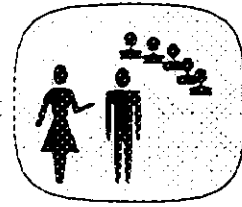


Distribuez et faites lire le texte de travail groupes n°2. Répondez aux éventuelles questions d'éclaircissement.

Inscrivez au flip-chart les principaux éléments à calculer :

- coût moyen d'hospitalisation ;
- coût du risque d'hospitalisation ;
- coût de la prise en charge ;
- coût de fonctionnement de la mutuelle ;
- cotisation par famille et par an.

Jeu de rôles d5.3 (1h 00)



Demandez à deux groupes de présenter ses résultats devant l'assemblée générale. Formez deux groupes de cinq personnes. Le premier groupe présentera le coût du risque d'hospitalisation et la cotisation correspondante par famille et par tête. Le second groupe présentera le budget comparé : gros risques, et couverture combinée des soins de base et des risques d'hospitalisation.

Demandez à un participant de présider l'assemblée générale et d'animer les débats.

Les autres participants ne feront aucune présentation, mais contribueront aux débats en assemblée générale pour déterminer les risques couverts, le montant de la cotisation de la première année, et les solutions adoptées pour équilibrer le premier budget.

Le formateur jouera un rôle de modérateur et veillera à entretenir la dynamique de groupe tout au long de l'exercice.

Pour mettre fin à l'exercice, remerciez les participants. En cas de désaccord au sein de l'assemblée ou de solutions trop diversifiées, ajoutez la séance en précisant que la question est renvoyée au conseil d'administration afin qu'il élabore de nouvelles propositions chiffrées.

Corrigé

Calcul des cotisations risque hospitalisation

coût moyen d'hospitalisation :

= coût par journée x durée moyenne

= 5.000 Fcfa x 6 jours = 30.000 Fcfa

coût du risque d'hospitalisation pour la mutuelle

= coût moyen x nombre estimé d'hospitalisations

= 30.000 Fcfa x 100 hospitalisés = 3.000.000 Fcfa

coût de la prise en charge

= coût du risque x % de prise en charge
= 3.000.000 Fcfa x 90% = 2.700.000 Fcfa

coût de fonctionnement de la mutuelle

= 10 % du coût de prise en charge
= 10 % x 2.700.000 Fcfa = 270.000 Fcfa

coût total à couvrir par les cotisations

= c + d = 2.970.000 Fcfa

cotisation par famille par an

= coût total / nombre de familles
= 2.970.000 Fcfa / 430 = 6.907 arrondi à 7.000 Fcfa

Présentation du budget "gros risques" uniquement

Mutuelle de Songtaaba			
Budget gros risques 1996			
Dépenses		Recettes	
Soins hospitaliers	2.700.000 Fcfa	Droits d'adhésion	43.000 Fcfa
Frais de fonctionnement	270.000 Fcfa	Cotisations	3.010.000 Fcfa
		Dons	50.000 Fcfa
Excédent	133.000 Fcfa		
Total	3.103.000 Fcfa	Total	3.103.000 Fcfa

Budget combiné petits risques et gros risques

Cotisation familiale : 4.200 + 7.000 = 11.200 Fcfa

Mutuelle de Songtaaba			
Budget petits et gros risques 1996			
Dépenses		Recettes	
Soins hospitaliers	2.700.000 Fcfa	Droits d'adhésion	43.000 Fcfa
Prestations médicales	1.650.000 Fcfa	Cotisations	4.816.000 Fcfa
Frais de fonctionnement	395.000 Fcfa	Dons	50.000 Fcfa
Excédent	164.000 Fcfa		
Total	4.909.000 Fcfa	Total	4.909.000 Fcfa

Clôturez le module en vérifiant s'il n'y a pas de clarifications à donner.

Supports pédagogiques

Travail de groupe N° 1

Songtaaba

Dans un village, chacun constate que l'accès aux soins dispensés par le centre de santé se heurte, au moins pendant une partie de l'année, à un obstacle financier. Pour pallier cet inconvénient, les membres d'une coopérative décident de créer la mutuelle de Songtaaba. Comment établissent-ils le premier budget, sachant qu'il n'est possible de s'inscrire que pendant un mois, et que la coopérative fait un don initial de 50.000 Fcfa? Ce don permettra la constitution d'un Fonds de roulement.

Par ailleurs, la mutuelle prévoit des frais de fonctionnement et de gestion de 125.000 Fcfa la première année. Elle demande un droit d'adhésion de 100 Fcfa pour couvrir le coût d'établissement du carnet de membre.

La nouvelle mutuelle ne couvrira, dans un premier temps, que les soins de base (dispensés dans des Centres de santé). Dans ce but, elle souhaite conclure une convention avec le Centre de santé le plus proche. Ce Centre de santé n'a pas de lit, donc il n'hospitalise pas et il réclame pour les consultations des honoraires par épisode de maladie, c'est à dire que la somme réclamée aux malade couvre les consultations et les médicaments nécessaires pour une période le plus souvent de 5 à 7 jours. La population desservie par le centre est estimée à 10.000 habitants. En 1994, les dépenses totales du centre de santé (salaires du personnel, médicaments, petit entretien du matériel et des locaux...) s'élèvent à 3.000.000 Fcfa. D'autre part, on apprend des responsables que le centre traite environ 6.000 cas de maladie par an ; on peut donc en déduire le coût d'un épisode de maladie. Dans les conditions actuelles, on compte 6000 consultations de nouveaux cas pour 10.000 habitants, soit 0,6 consultation par personne et par an. La moyenne nationale étant de 1,5 consultations par personne et par an, les promoteurs de la mutuelle estiment que la fréquentation du Centre par les membres de la mutuelle sera en moyenne d'une consultation par an par personne.

Dans le village d'implantation de la mutuelle de Songtaaba, les familles comptent le plus souvent 4 à 6 enfants. Donc, il y aura normalement 7 bénéficiaires (2 adultes et 5 enfants) par titulaire. On estime qu'environ 430 personnes (membres titulaires) adhéreront la première année et que s'il y a plus ou moins 6 personnes à charge par titulaire, la mutuelle comptera la première année 3.000 bénéficiaires.

Travail à faire :

- 1) Déterminer le montant de la première cotisation (arrondie vers le haut en multiples de 100)
- 2) Établir le premier budget de la mutuelle

Texte d'appui n°1

Comment évaluer le coût d'une assurance hospitalisation ?

Le calcul des cotisations pour une assurance hospitalisation exige la possibilité de pouvoir disposer de données sur les coûts et les risques d'hospitalisation. Dans la plupart des cas, cette recherche obligera la mutuelle à se mettre directement en rapport avec l'hôpital de la zone de santé dans laquelle elle opère.

Si les coûts de fonctionnement de l'hôpital sont impossibles à connaître, on pourra se baser sur le tarif par journée qu'il pratique et sur la durée moyenne d'hospitalisation pour estimer le coût moyen d'hospitalisation par patient.

Les différents paramètres à prendre en compte pour le calcul des cotisations sont :

- le nombre d'habitants servis par l'hôpital ;
- le coût annuel de fonctionnement de l'hôpital (coûts fixes et variables) ;
- le nombre d'hospitalisations enregistrées par an.

(ou à défaut des données 1 à 3 ci-dessus, le tarif de la journée et la durée moyenne d'hospitalisation,)

- le risque d'hospitalisation des membres ;
- le taux de remboursement proposé par la mutuelle (en cas de maintien d'un ticket modérateur) ;
- les frais de gestion de la mutuelle.

Le risque d'hospitalisation des membres de la mutuelle et des personnes à leur charge est l'élément le plus difficile à estimer : le taux réel d'hospitalisation dans la région (nombre d'hospitalisations en un an divisé par le nombre d'habitants) peut servir de référence, mais il faut l'adapter en fonction de deux hypothèses :

- la mutuelle va accroître la possibilité pour ses membres d'accéder à l'hospitalisation ;
- il y aura, au départ, probablement, plus de personnes présentant des risques élevés de maladies qui adhéreront à la mutuelle (sélection adverse)

Le taux d'hospitalisation des bénéficiaires de la mutuelle est donc à revoir à la hausse par rapport au taux général pour l'ensemble de la population.

Travail de groupe N°2

Songtaaba

L'assemblée Générale de la mutuelle Songtaaba n'est pas satisfaite des propositions des promoteurs pour le premier budget ; elle souhaiterait que ceux-ci approfondissent leur travail en y ajoutant une proposition sur la couverture des risques d'hospitalisation.

Elle demande donc aux promoteurs de leur présenter deux budgets distincts :

- un budget « couverture des gros risques uniquement » (hospitalisation) ;
- un budget reprenant l'ensemble de la couverture « soins de base et risques d'hospitalisation ».

Elle demande également la détermination du montant de la cotisation, par tête et par famille, pour la couverture des risques « hospitalisation »

Après renseignements auprès du centre de santé sur le nombre de références de personnes hospitalisées vers le centre hospitalier régional, les promoteurs de la mutuelle estiment à 100 le nombre d'hospitalisés par an parmi les membres (3%).

Le coût d'hospitalisation moyen par jour s'élève à 5.000 Fcfa et la durée moyenne d'hospitalisation est de 6 jours.

Il faut également savoir que le ticket modérateur à charge du membre est de 10 % et que les frais d'administration et de gestion de la mutuelle pourraient être également estimés à 10 % du coût total des prises en charge.

Travail à faire :

Calculez le coût du risque « hospitalisation ».

Calculez la cotisation « hospitalisation » par famille et par tête.

Établissez un premier budget « gros risques uniquement ».

Établissez un budget « couverture des soins de base et des risques d'hospitalisation ».

Préparez-vous à défendre ce budget devant l'AG.

Module 6

Le budget d'une Mutuelle de santé

Programme ANMC / BIT-ACOPAM / WSM

Table des matières

Module 6 : Le budget d'une mutuelle de santé

Déroulement de la formation	2
1. Recettes et dépenses d'une mutuelle	2
2. Élaboration d'un budget annuel d'une mutuelle	4
3. Suivi budgétaire en cours d'année	8

Supports pédagogiques

Travail de groupes n°1 :	A1
Travail de groupes n°2 :	B1

Le budget d'une mutuelle de santé



Objectif

À la fin du module les participants seront capables d'établir un budget annuel, en fonction des réalisations de l'exercice précédent et des estimations de l'exercice suivant. Ils seront également capables d'utiliser dans leur mutuelle les procédures de suivi budgétaire (comparaisons entre prévisions et réalisations en cours d'exercice)

Groupe cible

Membres du Conseil d'Administration des mutuelles
Gestionnaires
Membres du Comité d'exécution
Membres du Comité de Surveillance

Prérequis

Avoir des notions de base sur les fondements et caractéristiques d'une mutuelle ou avoir suivi le module « Introduction à la gestion d'une mutuelle de santé ».

Durée

3h 30

Contenu

Recettes et dépenses d'une mutuelle de santé
Élaboration d'un budget annuel
Procédure de suivi budgétaire en cours d'année

Méthodes

Exposé
Discussions de groupe
Travail de groupes
Travail individuel
Jeu de rôles

Supports matériels

Tableau noir
Flip-chart

Supports pédagogiques

Supports pédagogiques
Transparents
Textes d'appui

Déroulement de la formation

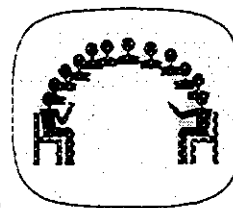
6.1 Recettes et dépenses d'une mutuelle

Travail en plénière a6.1 (0h30)

Posez aux participants les questions suivantes :

Question 1) Quelles sont les principales recettes d'une mutuelle ?

Question 2) Quelles sont les dépenses à la charge d'une mutuelle ?



Recueillez les réponses sur le flip-chart et complétez avec les éléments de réponse suivants :

Les principales recettes d'une mutuelle proviennent des éléments suivants :

- cotisations des adhérents
- droits d'admission
- prestation de services auxiliaires
- dons et legs
- autres sources de recettes :
 - * activités promotionnelles (tombolas, soirées culturelles)
 - * intérêts sur placement de fonds
 - * prestations de services facturées à des utilisateurs externes (location de salles de travail, hébergement, prêt de matériel, etc.)

Les dépenses d'une mutuelle peuvent être regroupées en trois catégories :

Dépenses relatives aux prestations en faveur des membres

- remboursement des dépenses de santé ou paiement direct des prestations de soins
- paiement des allocations forfaitaires de couverture des risques sociaux
- frais directs des services auxiliaires

Dépenses de fonctionnement relatives à l'administration et à la gestion de la mutuelle :

- les salaires ou indemnités du personnel
- les frais de déplacement
- le loyer de bureaux
- les fournitures de bureau
- les amortissements
- les frais d'entretien courant
- etc.

Dépenses liées à la formation et à l'animation :

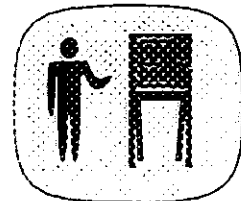
- la rémunération éventuelle de formateurs ou d'animateurs

- externes
- les frais de déplacement
- le matériel didactique
- la location de locaux
- les frais d'hébergement des participants mutualistes
- etc.

6.2 Élaboration d'un budget annuel d'une mutuelle

Exposé a6.2 (0h10)

Faites un exposé sur l'importance et la nécessité du budget dans une mutuelle :



Une analyse du passé, à travers le bilan et le compte de résultat, est nécessaire mais insuffisante pour assurer une gestion efficace de la mutuelle. Il ne suffit pas de savoir où l'on est, il faut aussi savoir où l'on va : cela implique la définition d'objectifs et de plans d'activités, mais aussi l'établissement de budgets prévisionnels. Dans le cas d'une mutuelle, le budget sera le principal outil permettant de prendre des décisions capitales dans la vie de l'organisation : concernant avantages octroyés aux membres, et montant des cotisations correspondantes.

Le budget élaboré à partir de la connaissance du passé et d'un certain nombre d'hypothèses sur l'avenir, sera un instrument important de gestion tout au long de l'année. En effet, régulièrement, les réalisations devront être comparées aux prévisions : ce qui permettra de prendre, à temps, les mesures nécessaires à l'atteinte des objectifs qui ont été fixés au début de l'année.

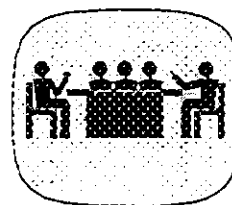
La particularité du budget d'une mutuelle est qu'il est un peu plus facile de prévoir les recettes (le montant des cotisations est connu d'avance, même si le taux de recouvrement doit être estimé) que les dépenses (qui vont dépendre d'une série de facteurs externes sur lesquels la mutuelle a peu d'emprise). Quels sont ces facteurs ? C'est l'état de santé de la population, le style de vie, le comportement des prestataires en matière de prescriptions de soins, d'analyses et de médicaments, l'apparition d'épidémies, etc.

Dans le cas d'une mutuelle ayant clôturé au moins un exercice, il faut tenir compte des réalisations de l'exercice précédent, des évolutions prévisibles, et faire des projections sur base de différentes hypothèses. Ainsi faudra-t-il estimer l'évolution des paramètres tels que :

- nombre de membres
- coût des prestations médicales (cette estimation est plus facile si des accords avec des formations médicales ont déjà été conclus)
- consommation médicale et pharmaceutique
- prix des médicaments
- frais de fonctionnement et de formation
- inflation, etc.

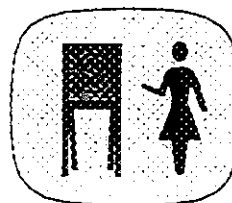
Travail de groupes b6.2 (0h30)

Distribuez le texte du travail de groupes n°1 aux participants. Faites-le lire et répondez aux éventuelles questions de compréhension.



Synthèse en plénière c6.2 (0h30)

Demandez au rapporteur de chaque groupe de présenter les résultats du travail de groupes. Présentez le corrigé de l'exercice s'il y a lieu.



Corrigé:

Mutuelle de Sabou Compte de résultat 1995			
Charges		Produits	
Prestations		Droits d'adhésion	40.000
- Actes médicaux	500.000	Cotisations	840.000
- Médicaments	360.000	Dons	20.000
Frais de fonctionnement	30.000	Sous total	900.000
Frais de formation	20.000	Perte de l'exercice	10.000
Total	910	Total	910.000

Les recettes sont constituées par les cotisations des membres. Ces cotisations, si elles ne sont pas modifiées, augmenteront proportionnellement au nombre d'adhérents et s'élèveront donc à :

$$840 \times 1,05 = 882 \text{ Fcfa.}$$

Les dépenses sont composées des prestations, des frais de fonctionnement et des frais de formation :

les dépenses en prestations s'élèveront en 1996 à :

- dépenses médicales (sans les médicaments) : dépenses médicales de l'année antérieure x hausse du nombre d'assurés x hausse de la consommation x hausse du coût des prestations :

$$(500 \times 1,05 \times 1,02 \times 1,08 = 578 \text{ Fcfa})$$

- dépenses pharmaceutiques : dépenses pharmaceutiques de l'année antérieure x hausse du nombre d'assurés x hausse de la consommation x hausse des prix des médicaments :

$$(360 \times 1,05 \times 1,02 \times 1,10 = 424 \text{ Fcfa})$$

Les frais de fonctionnement seront de : $30 \times 1,02 \times 1,06 = 32 \text{ Fcfa}$

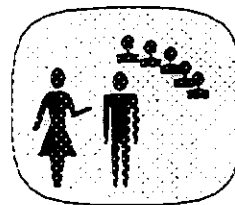
Les frais de formation s'élèveront à : $20 \times 1,02 \times 1,06 = 22 \text{ Fcfa}$

Le budget de la mutuelle de Sabou est présenté dans le tableau ci-après :

Mutuelle Sabou Budget 1996			
Dépenses		Recettes	
Prestations		Droits d'adhésion	50.000 Fcfa
- Dépenses médicales	578.000 Fcfa	Cotisations	882.000 Fcfa
- Médicaments	424.000 Fcfa		
Frais de fonctionnement	32.000 Fcfa	Dons	20.000 Fcfa
Frais de formation	22.000 Fcfa		
		Déficit	104.000 Fcfa
Total	1.056.000 Fcfa	Total	1.056.000 Fcfa

Jeu de rôles d6.2 (0h20)

Demandez à un des participants de jouer le rôle de trésorier et aux autres d'être les membres du conseil d'administration. On a constaté que le budget présente un déficit de 104.000 Fcfa (1.056.000 Fcfa de dépenses pour 952.000 Fcfa de recettes).



Le trésorier est appelé à présenter et défendre le budget devant le CA qui lui pose des questions et fait des propositions pour combler le déficit. Pour terminer, le trésorier fera une proposition d'augmentation des cotisations de 14 %.

Faites la synthèse du jeu de rôle en rappelant que, pour équilibrer le budget 1996, il faut, soit diminuer les prestations, soit augmenter les cotisations. Si nous prenons l'hypothèse qu'il est préférable d'augmenter les cotisations, et que les cotisations et les droits d'adhésion doivent au moins couvrir les dépenses, le don prévu étant toujours incertain,

Il faut obtenir le résultat suivant : $50.000 + \text{cotisations} = 1.056.000$
donc : $\text{cotisations} = 1.006.000$ au lieu de 882.000 Fcfa, ce qui correspond à une augmentation de 14 % [$(1.006.000 - 882.000) / 882.000 = 14 \%$]

Autres propositions possibles des membres du CA :

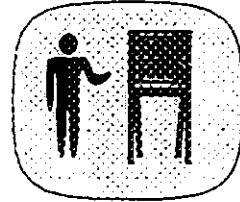
- Adopter un ticket modérateur de 10% ;

- Réviser les prestations, à la baisse, en fixant des plafonds pour les prestations ;
- Renégocier les coûts de prestations ;
- Changer de source d’approvisionnement en médicaments ;
- Acheter des médicaments génériques ;
- Diminuer les frais de fonctionnement de 5%...

6.3 Suivi budgétaire en cours d’année

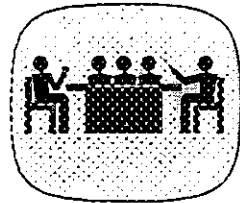
Exposé a6.3 (0h05)

Faites un exposé pour préciser que le tableau d’exécution du budget est l’outil de gestion principal pour assurer le suivi de l’exécution du budget en cours d’année. En effet, une mutuelle, tout comme une entreprise, doit pouvoir ajuster périodiquement les prévisions en fonction des réalisations intermédiaires. Chaque trimestre, la comparaison des prévisions avec les réalisations doit ainsi permettre de prendre, si nécessaire, les mesures indispensables pour atteindre les objectifs financiers de la mutuelle, et notamment l’équilibre entre les charges et les produits.



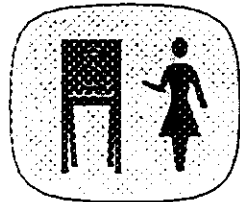
Travail de groupes b6.3 (0h45)

Distribuez aux participants le texte du travail de groupes n°2. Faites-le lire, puis répondez aux questions de compréhension. Faites faire le travail par groupes de 3 à 4 personnes au maximum.



Synthèse en plénière c6.3 (0h40)

Demandez à un des groupes de présenter le résultat de son travail au Flip-chart et faites le corrigé de l’exercice, s’il y a lieu.



Clôturez le module en vérifiant s’il n’y a pas de clarifications à donner.

Supports pédagogiques

Travail de groupes n° 1

Sabou

La mutuelle Sabou a été initiée par des groupements de paysans, dans une région rurale. A partir de cotisations annuelles, essentiellement perçues au moment de la vente des récoltes, cette mutuelle couvre les dépenses effectuées dans des centres de santé avec lesquels elle a conclu un accord.

Les cotisations perçues en 1995 s'élèvent à 840 Fcfa. La recette provenant des droits d'adhésion est de 40 Fcfa. La mutuelle a reçu en 1995 des dons pour un montant de 20 Fcfa.

Les charges et les produits de l'année 1995 s'élèvent à 910 Fcfa et se décomposent comme suit :

- soins médicaux : 500 Fcfa ;
- achat médicaments : 360 Fcfa ;
- frais de fonctionnement : 30 Fcfa ;
- frais de formation : 20 Fcfa.

Exercice:

1° Question : Établissez le résultat 1995

2° Question : Élaborez le budget 1996 sur base des hypothèses suivantes :

- augmentation de 5% du nombre d'assurés ;
- droits d'adhésion perçus : 50 Fcfa ;
- don reçu d'une valeur de 20 Fcfa ;
- hausse du coût des soins médicaux de 8 % ;
- hausse de 2% de la consommation des soins médicaux et de produits pharmaceutiques ;
- augmentation de 10% du prix des médicaments ;
- hausse des frais de fonctionnement de 2% en volume ;
- hausse des frais de formation de 2% en volume ;
- taux moyen d'inflation estimé à 6% (à appliquer aux frais de formation et de fonctionnement).

3° Question :

Ce budget est-il équilibré ? Sinon, quelles mesures proposez-vous pour l'équilibrer ?

Comment se présenterait la deuxième version du budget ?

NB: Les montants sont donnés en milliers de Fcfa (1.000 Fcfa), et les calculs seront arrondis en milliers.

Travail de groupes n°2

Sabou

L'assemblée générale de Sabou n'a pas accepté la hausse de 14 % proposée pour les cotisations 1996. Dès lors, le budget prévisionnel est le suivant :

Mutuelle Sabou Budget 1996			
Dépenses		Recettes	
Prestations		Droits d'adhésion	50
- Dépenses médicales	578	Cotisations	882
- Médicaments	424	Dons	20
Frais de fonctionnement	32	Déficit	104
Frais de formation	22		
Total	1.056	Total	1.056

Par ailleurs, les recettes et dépenses réelles se présentent comme suit par rapport aux prévisions au cours des deux premiers trimestres de l'année 1996 (en 1.000 Fcfa) :

Premier trimestre :

- droits d'adhésion : 10 au lieu de 12.5 ;
- cotisations : 80 au lieu de 100 ;
- dons : 10 au lieu de 5 ;
- dépenses médicales : 160 au lieu de 150 ;
- achats de médicaments : 120 au lieu de 100 ;
- frais de fonctionnement et de formation : 5 au lieu de 10.

Second trimestre :

- droits d'adhésion : 20 au lieu de 12,5 ;
- cotisations : 800 au lieu de 750 ;
- dons : 0 au lieu de 5 ;
- dépenses médicales : 90 au lieu de 100 ;
- achats de médicaments : 100 au lieu de 90 ;
- frais de fonctionnement et de formation : 22 au lieu de 20.

Exercice :

Établissez le tableau d'exécution du budget de Sabou pour le premier semestre 1996 en vous aidant du tableau ci-joint et des éléments suivants :

- Écarts en francs : Réalisé - Prévu ;
- Écarts en % :

$$\frac{\text{Réalisé - Prévu}}{\text{Prévu}} \times 100$$

Module 7

La gestion de la trésorerie dans une mutuelle de santé

Programme ANMC / BIT-ACOPAM / WSM

Table des matières

Module 7 : La gestion de la trésorerie

Déroulement de la formation	2
1. Importance de la gestion de trésorerie	2
2. Etablissement du plan de trésorerie	3
3. Sécurisation des fonds de la mutuelle	7

Supports pédagogiques

Travail de groupes n°1 : Sabou	A1
--------------------------------------	----

La gestion de la trésorerie dans une mutuelle de santé



Objectif

À la fin du module, les participants seront capables :

- d'expliquer l'importance d'une bonne gestion de la trésorerie dans une mutuelle ;
- d'établir un plan de trésorerie et d'en suivre l'exécution
- de prendre les mesures appropriées pour sécuriser les liquidités

Groupe cible

Membres du Conseil d'Administration des mutuelles
Gestionnaires
Promoteurs

Prérequis

Connaissance des notions de recettes/dépenses, charges/produits et leur application dans une mutuelle
Bonne connaissance des modalités de fonctionnement d'une mutuelle

Durée

2h30

Contenu

Importance de la gestion de trésorerie dans une mutuelle
Établissement d'un plan de trésorerie
Sécurisation des fonds

Méthodes

Exposés
Travaux de groupes
Brainstorming

Supports matériels

Métoplan
Flip-chart

Supports pédagogiques

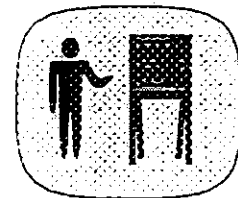
Travail de groupes

Déroulement de la formation

7.1 Établissement du plan de trésorerie

Exposé a7.1 (0h15)

Faites un exposé introductif pour expliquer l'utilité d'un Plan de trésorerie dans la gestion d'une mutuelle en s'inspirant des éléments suivants :



Un problème auquel les gestionnaires doivent être attentifs est celui de la trésorerie. Ils doivent souvent répondre à un certain nombre de questions, parmi lesquelles, celle de savoir si la mutuelle dispose continuellement de disponibilités suffisantes pour faire face aux remboursements qui lui sont demandés.

Un Plan mensuel de trésorerie devra être établi. Il sera suivi d'états de trésorerie établissant des comparaisons entre prévisions et réalisations.

L'établissement du Plan de trésorerie répond à la nécessité d'estimer, pour chaque mois, les recettes et les dépenses, en tenant compte des variations saisonnières en ce qui concerne les flux d'argent : entrées et sorties de fonds.

Le plan de trésorerie constitue un indicateur de la viabilité financière d'une mutuelle.

7.2 Établissement du plan de trésorerie

Le Plan de trésorerie est un tableau de prévision des recettes à réaliser et des dépenses à couvrir, chaque mois, pendant un exercice donné, en tenant compte des variations saisonnières. L'utilisation d'un Plan de trésorerie permet à la mutuelle de s'assurer qu'elle dispose, en tout temps, de liquidités suffisantes pour faire face à ses obligations vis à vis des membres et des prestataires de soins. Cela permet également d'éviter de garder dans la mutuelle trop de liquidités aux périodes de faibles dépenses, et de faire fructifier l'argent de la mutuelle en le mettant en sécurité, et en le plaçant avec intérêt.

C'est donc un outil de planification et de prévision, mais c'est aussi a posteriori un instrument de suivi et de contrôle.

En cas de prévision de trésorerie négative, le plan de trésorerie s'avérera aussi un outil nécessaire pour négocier des emprunts ou des prorogations de délais de paiement envers les créanciers.

Établissement du Plan de trésorerie

Pour établir le plan de trésorerie, on évalue chaque poste de dépenses et de recettes de la mutuelle, mois par mois, tout au long de l'année. En faisant le solde des encaissements et des décaissements mensuels, on obtient les soldes de trésorerie mensuels. Si le solde est positif, cela signifie que les encaissements sont supérieurs aux décaissements, et qu'il y aura des problèmes de liquidités. Si l'excédent est important, la mutuelle a intérêt à investir ou à placer de l'argent sur des comptes à terme ou d'épargne : placements qui généreront des intérêts financiers.

Si le solde est négatif, cela signifie que les décaissements sont supérieurs aux encaissements, et qu'il y aura des problèmes de liquidités. Dans ce cas, diverses solutions sont possibles :

- négocier un emprunt pour « joindre les deux bouts »
- différer certaines dépenses, en obtenant des rallonges de délais de paiement
- entreprendre des actions pour obtenir certaines recettes, plus tôt que prévues
- vendre un actif pour libérer de l'argent frais,...

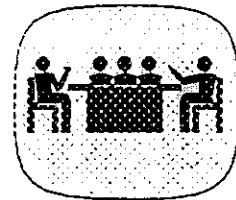
Suivi de l'exécution

De même que pour le budget, il faut suivre l'exécution du plan de trésorerie, afin de pouvoir, éventuellement, prendre les mesures correctives nécessaires. Un suivi régulier de la trésorerie est indispensable, mois par mois. Les dirigeants de la mutuelle doivent veiller à ce qu'il n'y ait aucune interruption dans le paiement des prestataires de soins, ni dans le remboursement des assurés. Il y va de la crédibilité de la mutuelle, dans ses relations avec les membres et les prestataires.

Comme pour le suivi budgétaire, on compare les réalisations aux prévisions, on dégage les écarts en valeur et pourcentage.

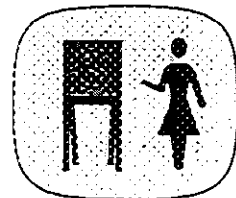
Travail de groupes n° 1 a7.2 (1h30)

Distribuez le texte du travail de groupes n°3. Faites-le lire et répondez aux questions de compréhension. Précisez que par souci de simplification le plan de trésorerie sera élaboré pour trois mois (janvier, février et mars)



Synthèse en plénière b7.2 (0h30)

Demander au rapporteur de chaque groupe de présenter les résultats du travail de groupes. Faire le corrigé de l'exercice s'il y a lieu :



Corrigé :

Mutuelle de Sabou			
Plan de trésorerie du 1^{er} trimestre 1996			
Libellés	Janvier	Février	Mars
A. Entrées			
Report du mois précédent	150	91	37
Droits d'admission	4	4	4,5
Cotisations	30	30	40
Dons	0	0	5
Total A.	184	125	86,5
B. Sorties			
Dépenses médicales	55	50	50
Médicaments	35	35	30
Frais de fonctionnement et formation	3	3	4
Total B.	93	88	84
Solde (A - B)	91	37	2,5
Placement	0	0	0
Retrait du placement	0	0	0
Emprunt	0	0	0
Remboursement emprunt	0	0	0
Solde à reporter	91	37	2,5

7.3 Sécurisation des fonds de la mutuelle

Gérer les liquidités de la mutuelle, c'est aussi assurer la sécurité des fonds dont elle dispose. Pour garantir la sécurité des fonds, la mutuelle doit mettre en place des mécanismes ou des procédures qui la mettent à l'abri des vols, pertes ou fraudes.

Brainstorming a7.3 (0h15)

Demandez aux participants de citer les mécanismes et procédures qui peuvent mettre les fonds de la mutuelle à l'abri des vols, pertes détériorations ou fraudes.



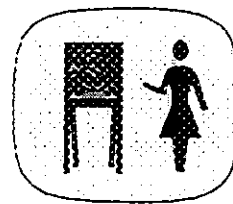
Demandez-leur d'écrire chaque idée énoncée sur une fiche que vous porterez sans commentaire sur le Méta-plan. Après cette phase de génération d'idées, relisez à haute voix les cartes une à une, et faites analyser chaque idée par le groupe. Enlevez du tableau les idées jugées saugrenues, et sélectionnez ensuite les meilleures solutions en animant une discussion de groupes.

Complétez au besoin avec les éléments suivants :

- acquérir un coffre fort
- ouvrir un compte bancaire
- limiter au maximum les opérations par caisse
- privilégier les transactions bancaires
- fixer une somme d'argent maximum qui peut être tenu en caisse
- fixer un montant maximum pour les transactions par caisse
- prévoir un système de versement automatique des cotisations par le compte en banque des membres (ordre de virement permanent donné à la banque)
- faire accompagner les collectes ou les transferts des cotisations par des agents de sécurité
- diviser clairement les responsabilités de trésorier, comptable et caissier entre des personnes différentes
- exiger la cosignature de deux personnes pour toute transaction bancaire
- utiliser un livre de caisse pour enregistrer toute opération de décaissement ou d'encaissement, exiger des pièces justificatives pour tout retrait ou versement de fonds dans la caisse (reçus / quittances)
- réaliser des contrôles de caisse réguliers, de préférence à l'improviste

Synthèse en plénière b7.3 (0h15)

Synthétisez et visualisez les éléments les plus importants.
Clôturez le module en vérifiant s'il n'y a pas de clarifications
à donner.



Supports pédagogiques

Travail de groupes n°1

SABOU

Prévisions

Les prévisions de trésorerie de la mutuelle de Sabou se présentent comme suit, d'après une estimation des recettes et des dépenses en tenant compte de leurs variations mensuelles :

- la caisse présentait une situation de 150.000 Fcfa à la fin du mois de décembre 1995
- en février, le montant des droits d'admission ne dépassera pas le niveau de 4.000 Fcfa du mois de janvier. Par contre, il connaîtra une augmentation de 11,25 % en mars.
- la mutuelle compte recevoir un don de 5.000 Fcfa au mois de mars.
- en mars, le montant des cotisations augmentera de 33% par rapport aux mois de janvier et février où il était de 30.000 Fcfa.
- les dépenses médicales connaîtront une baisse de 10 % en février par rapport à janvier où elles sont de 55.000 Fcfa. En mars, les dépenses seront égales à celles du mois de février.
- la mutuelle prévoit une baisse de 14,3 % des achats de médicaments par rapport au montant de janvier qui est resté constant en février : 35.000 Fcfa.
- les frais de fonctionnement et de formation connaîtront une hausse de 35 % par rapport aux mois de janvier et février où ils sont restés constants à 3.000 Fcfa.

Exécution du plan de trésorerie.

La situation des recettes et des dépenses réelles des mois de janvier et février est présenté dans le tableau ci-dessous :

Recettes et Dépenses réelles	janvier	février
Droits d'admission	5	2
Cotisations	40	16
Dons	-	10
Dépenses médicales	45	55
Médicaments	35	0
Frais de fonctionnement et formation	2	1

Exercice :

Établir pour la Mutuelle de SABOU le plan de trésorerie et son tableau d'exécution.

Mutuelle de Sabou			
Plan de trésorerie du 1^{er} trimestre 1996			
Libellés	janvier	février	mars
A. Entrées			
Report du mois précédent			
Droits d'admission			
Cotisations			
Dons			
Total A.			
B. Sorties			
Dépenses médicales			
Médicaments			
Frais de fonctionnement et formation			
Total B.			
Solde (A - B)			
Placement			
Retrait du placement			
Emprunt			
Remboursement emprunt			
Solde à reporter			

Exécution du plan de trésorerie de la Mutuelle de Sabou

Libellés	Janvier				Février			
	Prévisions		Réalizations		Prévisions		Réalizations	
		en F		en %		en F		en %
Entrées								
Report du mois précédent	150	0	150	0	91	113	24,7	2
Droits d'admission	4	1	5	25	4	2	-50	-2
Cotisations	30	10	40	33,33	30	16	-46,6	-14
Dons	0	0	0	0	0	10		10
Total	184	11	195	5,9	125	141	12,8	16
Sorties								
Dépenses médicales	55	-10	45	-18,8	50	35	10	5
Médicaments	35	0	35	0	35	40	14,28	5
Frais de fonctionnement et formation	3	-1	2	-33,33	3	1	-66,6	-2
Total	93	-11	82	-11,8	88	96	9	8
Solde à reporter	91	22	113	24,17	37	45	21,62	8

Annexe

Prétest/Post-test de l'ensemble modulaire

"Mise en place et fonctionnement d'une Mutuelle de santé"

CODE :

Cochez "V" pour vrai et "F" pour faux en face de chacune des affirmations. Retenez le code que vous avez mis sur votre formulaire.

- 01 V F Les liens de solidarité entre les premiers membres potentiels et l'existence de services de santé de qualité sont des conditions indispensables pour la mise en place des Mutuelles de santé.
- 02 V F Dans une Assurance maladie commerciale comme dans une Mutuelle de santé, les cotisations sont les mêmes pour tous les adhérents.
- 03 Les principes ci-dessous sont des principes de base de la mutualité :
- V F Solidarité
 - V F Participation des membres à la gestion
 - V F Couverture de tous les membres de la famille
 - V F Activités à caractère commercial
 - V F Participation des membres au Capital social
- 04 V F Les Mutuelles accordent des prêts à leurs membres pour qu'ils puissent payer leurs soins de santé.
- 05 Parmi les éléments suivants, lesquels constituent des travaux préliminaires à la mise en place d'une Mutuelle de santé :
- V F Analyse de la situation sanitaire
 - V F Contact avec les prestataires de soins
 - V F Création d'un centre de santé
 - V F Concertation avec les populations concernées

- 06 V F Dans une Mutuelle, les services dont bénéficie un membre en particulier sont fonction du montant de ses cotisations.
- 07 V F Dans une Mutuelle de santé, chaque membre verse des cotisations selon une périodicité donnée. En contre partie, la Mutuelle garantit à ses membres le paiement (ou le remboursement) de tout ou partie du coût de leurs soins de santé.
- 08 V F L'organisation des structures de gestion d'une Mutuelle de santé doit se baser sur un modèle standard.
- 09 V F L'âge de l'adhérent est un facteur pris en compte pour déterminer le montant des cotisations dans une Mutuelle de santé.
- 10 Les organes suivants d'une Mutuelle de santé ont pour fonction :
- V F Conseil d'Administration : politique générale et conformité aux statuts
 - V F Conseil Exécutif : exécution des décisions et responsable des contrôles administratifs et financiers
- 11 V F Les Mutuelles de santé ont intérêt à mener des actions d'éducation en matière de santé.
- 12 V F Les statuts donnent des précisions sur le règlement intérieur de la Mutuelle de santé.
- 13 V F Le fonctionnement des Mutuelles de santé est soumis à l'autorité de l'État.
- 14 V F La présentation et l'approbation des Statuts et Règlement intérieur se font lors de l'Assemblée Générale Constitutive.
- 15 V F Une Mutuelle de santé est d'abord sous l'autorité du conseil d'administration.
- 16 V F Les services offerts par une Mutuelle de santé sont déterminés par la structure sanitaire compétente de la localité.
- 17 V F Il faut réaliser un calcul financier pour apprécier la faisabilité du projet de constitution d'une Mutuelle. Dans ce calcul, il sera prudent d'inclure "une marge de sécurité" au regard des difficultés liées à la prévision de certains paramètres du fonctionnement de la future Mutuelle.
- 18 V F Lors de la création d'une Mutuelle, il est nécessaire de prendre contact avec les prestataires de soins pour qu'ils puissent être associés au futur conseil d'administration.

- 19 V F Les membres d'une Mutuelle de santé sont les seuls bénéficiaires de ses services.
- 20 V F Les services offerts par la Mutuelle santé sont fonction des possibilités qu'offrent les infrastructures sanitaires de la localité.
- 21 Le choix des services à offrir par une Mutuelle de santé se fait en fonction:
- V F Des épisodes maladies
 - V F Du nombre de membres potentiels
 - V F Des épidémies rencontrées dans la zone
 - V F Du développement économique de la localité
 - V F Des moyens disponibles ou des objectifs prioritaires de la communauté
- 22 V F Pour des raisons de viabilité financière, les Mutuelles de santé ne prennent pas en charge les malades chroniques (tuberculeux, lépreux, cardiaques...).
- 23 Parmi les systèmes de cotisation suivants, lesquels font appel à la solidarité entre les personnes seules et les familles :
- V F Les personnes à charge paient une cotisation inférieure à celle des titulaires
 - V F Une cotisation unique est versée quel que soit le nombre de personnes à charge
 - V F Deux taux de cotisation sont appliqués: l'un avec personnes à charge et l'autre sans
 - V F Le titulaire et les personnes à charge paient la même cotisation
- 24 V F La périodicité des cotisations est déterminée en Assemblée Générale et est fonction de la disponibilité des revenus des membres.
- 25 V F Le tiers payant est un système dans lequel le membre paie au prestataire la totalité du coût de ses soins et se fait rembourser une quote-part par la Mutuelle de santé.
- 26 V F Le membre d'une Mutuelle de santé accède à ses services dès l'instant où il commence à payer ses cotisations.

- 27 V F Le ticket modérateur permet aux bénéficiaires d'une Mutuelle de santé de se faire soigner dans les Centres de santé agréés par la Mutuelle.
- 28 Pour minimiser le risque moral, on peut :
- V F instaurer un ticket modérateur
 - V F exiger que l'unité minimum d'inscription soit la famille
- 29 V F La période d'observation est celle pendant laquelle le membre paie ses cotisations sans bénéficier des services de la Mutuelle.
- 30 V F On parle de sélection adverse lorsque les personnes présentant un risque élevé de maladie s'inscrivent nombreuses pendant que les bien portants ont tendance à s'abstenir.
- 31 V F Seules les personnes financièrement dépendantes du titulaire d'une Mutuelle sont considérés comme personnes à charge.
- 32 V F Le risque d'escalade des coûts est le phénomène suivant lequel les membres ou leurs personnes à charge ont tendance à consommer abusivement, ou plus que d'ordinaire, les services proposés de manière à rentabiliser au maximum leurs cotisations.
- 33 V F Le droit d'admission est la somme d'argent versée lors de l'inscription d'un nouvel adhérent ; il est remboursable en cas de démission..
- 34 V F La prévention ne fait pas partie des activités de la Mutuelle de santé.
- 35 V F On appelle épisode de maladie les différents stades de son évolution.
- 36 V F La Carte ou Carnet de membre permet l'identification du titulaire et de ses ayants droit.

GRILLE D'ÉVALUATION

Atelier de formation des formateurs en mutuelles de santé

1. Au terme de cet atelier, êtes-vous :

Pour l'ensemble modulaire « Mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé »

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour l'ensemble modulaire « Gestion financière d'une mutuelle de santé »

Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Trouvez-vous que le niveau de la formation était :

Pour l'ensemble modulaire « Mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé »

Trop élevé	Adapté	Bas	Trop bas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour l'ensemble modulaire « Gestion financière d'une mutuelle de santé »

Trop élevé	Adapté	Trop bas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Le contenu des modules vous a-t-il semblé :

Pour l'ensemble modulaire « Mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé »

Trop dense	Adéquat	Trop léger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour l'ensemble modulaire « Gestion financière d'une mutuelle de santé »

Trop dense	Adéquat	Trop léger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Les méthodes de formation ont-elles été :

Pour l'ensemble modulaire « Mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé »

Très satisfaisantes	Satisfaisantes	Peu satisfaisantes	Pas satisfaisantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour l'ensemble modulaire « Gestion financière d'une mutuelle de santé »

Très satisfaisantes	Satisfaisantes	Peu satisfaisantes	Pas satisfaisantes
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

5. L'animation de la formation a-t-elle été :

Pour l'ensemble modulaire « Mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé »

Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Pas satisfaisante
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Pour l'ensemble modulaire « Gestion financière d'une mutuelle de santé »

Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Pas satisfaisante
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

6. Les supports pédagogiques de la formation ont-ils été :

Pour l'ensemble modulaire « Mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé »

Très satisfaisants	Satisfaisants	Peu satisfaisants	Pas satisfaisants
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Pour l'ensemble modulaire « Gestion financière d'une mutuelle de santé »

Très satisfaisants	Satisfaisants	Peu satisfaisants	Pas satisfaisants
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

7. L'organisation matérielle a-t-elle été :

Pour l'ensemble modulaire « Mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé »

Très satisfaisants	Satisfaisants	Peu satisfaisants	Pas satisfaisants
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Pour l'ensemble modulaire « Gestion financière d'une mutuelle de santé »

Très
satisfaisants



Satisfaisants



Peu
satisfaisants



Pas
satisfaisants



8. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer :

Pour l'ensemble modulaire « Mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé »

le contenu des modules

les méthodes de formation

la qualité des supports pédagogiques

l'animation pédagogique des modules l'atelier

Pour l'ensemble modulaire « Gestion financière d'une mutuelle de santé »

le contenu des modules

les méthodes de formation

la qualité des supports pédagogiques

l'animation pédagogique de l'atelier

9. Quelles suggestions faites-vous pour améliorer l'organisation matérielle de l'atelier

10. Qu'est-ce qui vous a plu dans cet atelier?

11. Qu'est-ce qui ne vous a pas plu dans cet atelier?

12. Autres remarques :

**Corrigés des pré/post-tests de l'ensemble modulaire
« Mise en place et fonctionnement d'une mutuelle de santé »**

Modules 1 à 3

1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	4	5.1	5.2	5.3	5.4	6
V	F	V	V	F/V	F	F	F	V	V	F	V	F/V

7	8	9	10.1	10.2	11	12	13	14	15	16	17	18
V	F/V	F	F	F	V	F	F/V	V	F	F	V	F

Module 4 et 5

1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	4	5.1	5.2	5.3	5.4	6
F/V	F/V	V/F	V	F/V	V	V	F/V	V	V	V	F	V

7	8	9	10.1	10.2	11	12	13	14	15	16	17	18
F	F	F	V	F	V	V	V	F	F	F	F	V

**Corrigé du pré/post-test de l'ensemble modulaire
« Gestion financière d'une mutuelle de santé »**

1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	4	5	6	7	8	9	10
F	F	V	V	F	V	V	F	F	V	F	F	F	F

11	12	13	14	15
F	F	V	F	V

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 géographiques, financiers, psychologiques culturels et autres.

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 ces risques.

Assurance commerciale

Système de couverture des risques par un contrat passé entre un assureur (ou compagnie d'Assurance) et un assuré (individu ou groupe). En contre partie d'un versement de primes périodiques, 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...).

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 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'État.

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

Terme généralement utilisé 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.

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.

Bénéficiaire (d'une mutuelle)

Toute personne qui, à titre de titulaire ou de personne à charge, bénéficie des services de la mutuelle.

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, au membre, 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 (*Extrait de la Recommandation 127 sur les coopératives de l'Organisation internationale du Travail*).

Cotisation (d'un membre d'une mutuelle)

Somme d'argent déterminée, qui est périodiquement versée à la mutuelle par le membre titulaire pour pouvoir bénéficier de ses services.

Droit d'admission (à une mutuelle)

Somme d'argent versée, lors de l'inscription d'un nouveau membre, à une mutuelle : elle couvre les frais administratifs et n'est pas récupérable en cas de démission.

Échelon 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 que pour accéder à l'hôpital, il faut y être « référé » par le dispensaire.

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...).

Médecin conseil

Médecin qui travaille au sein d'une mutuelle et qui fournit 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.

Membre (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 de personnes qui dépendent directement de lui et qu'on appelle « personnes à charge » : ce sont généralement l'épouse et les enfants, jusqu'à un certain âge. Les titulaires et les personnes à charge constituent les « bénéficiaires » de la mutuelle.

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.

Patient

Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.

Période d'observation ou période d'attente

Également appelée période probatoire ou stage d'attente (ou tout simplement « stage »), elle correspond au temps pendant lequel un nouveau membre 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 de personnes 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 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...).

Prestataires de soins

Terme général désignant toute personne ou Formations médicales, qui dispensent 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, 1991*).

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... (voir sécurité sociale). Les risques sociaux positifs sont le mariage, la naissance,...

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... 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 No. 102 de l'Organisation internationale du Travail concernant la sécurité sociale [norme minimum]*).

Autrement dit, c'est une forme de protection des individus basée sur l'Assurance et la solidarité. A partir d'impôts généraux ou de cotisations liées dans de nombreux pays aux revenus du travail et non aux risques encourus par l'individu, l'État organise une intervention, selon les besoins de chacun, dans de multiples situations (maladie, pensions, perte de revenus...). Une solidarité financière obligatoire est ainsi organisée par l'État entre malades et bien portants, actifs et non actifs, jeunes et vieux, riches et pauvres...

Dans les pays africains, ce système ne touche que les familles des travailleurs salariés et des fonctionnaires, qui ne représentent qu'une faible proportion de la population.

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.

Soins ambulatoires

Soins effectués dans un établissement médical, mais sans hospitalisation ou internement du patient, c'est-à-dire que le patient 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.

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...) ainsi que les actes médicaux techniques (radiologie, biologie clinique...).

Spécialité

Médicament protégé par un brevet et vendu sous un nom de marque choisi par le fabricant.

Ticket modérateur

Quote-part personnelle à charge du patient dans les frais de santé encourus. C'est la partie non remboursée par l'organisme assureur (mutuelle ou autre) ; on l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de modérer la consommation en dépenses de santé par la responsabilisation du patient.

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.