

# **GUIDE DE GESTION DES MUTUELLES DE SANTÉ EN AFRIQUE**



Le programme global Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du Bureau international du Travail (BIT) intervient dans deux domaines thématiques interdépendants: extension de la protection sociale aux exclus et approches intégrées d'inclusion sociale.

STEP appuie la conception et la diffusion de systèmes novateurs destinés à la protection sociale des populations exclues, notamment de l'économie informelle. STEP travaille en particulier sur les systèmes basés sur la participation et l'organisation des exclus. Il œuvre également au renforcement des liens entre ces systèmes et les autres mécanismes de protection sociale. Il soutient ainsi la mise en place de systèmes nationaux de protection sociale cohérents basés sur les valeurs d'efficacité, d'équité et de solidarité.

STEP situe son action en matière de protection sociale dans le cadre plus large de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il s'attache en particulier à une meilleure compréhension des phénomènes d'exclusion sociale et au renforcement, sur le plan méthodologique et stratégique, des approches visant à réduire ce problème. STEP met l'accent dans ce domaine sur les articulations entre les niveaux locaux et nationaux tout en contribuant aux travaux et agendas internationaux.

Dans ses interventions, STEP combine différents types d'activités: réalisation d'études et de recherches, production d'outils méthodologiques et d'ouvrages de référence, exécution de projets sur le terrain, appui technique à la définition et à la mise en œuvre de politiques, formation et mise en réseaux des acteurs.

L'action du programme s'inscrit dans l'intervention plus large du Service Politiques et Développement de la Sécurité Sociale et en particulier dans la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous.

#### **Programme STEP**

Service Politiques et Développement de la Sécurité Sociale

Bureau international du Travail

4, route des Morillons

CH - 1211 Genève 22, Suisse

Tél. (41 22) 799 65 44

Fax (41 22) 799 66 44

E-mail: [step@ilo.org](mailto:step@ilo.org)

INTERNET: [www.ilo.org/step/publs](http://www.ilo.org/step/publs)

# **GUIDE DE GESTION DES MUTUELLES DE SANTÉ EN AFRIQUE**

Bureau international du Travail Genève

Copyright © Organisation internationale du Travail 2003

Première édition 2003

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

---

BIT

*Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*

Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), 2003

Guide, assurance-maladie, mutualité, gestion, Afrique francophone. 02.071

ISBN 92-2-213872-4

Données de catalogage du BIT

---

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

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

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

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par email: [pubvente@ilo.org](mailto:pubvente@ilo.org) ou par notre site web: [www.ilo.org/publns](http://www.ilo.org/publns)

Le catalogue des publications du programme STEP est disponible sur le site web: [www.ilo.org/step/publs](http://www.ilo.org/step/publs)

---

Imprimé en Italie

# Avant-propos

Il est estimé que l'exclusion de la protection sociale en matière de santé touche aujourd'hui près de quatre-vingt pour cent de la population de la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne et d'Asie du sud et près de la moitié de la population d'un grand nombre de pays d'Amérique latine et du reste de l'Asie. En Europe de l'Est, malgré des conditions contrastées selon les pays, l'exclusion est aussi très importante. Les facteurs d'exclusion sont multiples: nature de l'emploi, capacité contributive, législation, qualité et volume de l'offre de soins, répartition géographique des services, discrimination ethnique ou sexuelle, tabous, etc. Les personnes exclues sont souvent victimes de plusieurs de ces facteurs. C'est dans l'économie informelle que le déficit de protection sociale est le plus grand et, plus globalement, que la qualité de l'emploi est la plus faible.

Face à ce constat, la Conférence internationale du travail (CIT) — qui regroupe les représentants des gouvernements, des organisations d'employeurs et des organisations de travailleurs des 175 pays membres de l'Organisation internationale du Travail — a débouché en 2001 sur un nouveau consensus<sup>1</sup> en matière de sécurité sociale qui stipule notamment que *«priorité absolue doit être donnée à la conception de politiques et d'initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur»* (CIT, 2001). Afin de promouvoir et de mettre en pratique les conclusions de ce nouveau consensus, le Bureau international du Travail (BIT) a lancé en 2003 une «Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous».

En Afrique, l'exclusion de la protection sociale est particulièrement préoccupante au regard de l'ampleur de la pauvreté. Les crises économiques conjuguées à un désengagement de l'Etat ont eu pour conséquence une réduction des dépenses publiques. Le secteur de la santé a été l'un des plus fortement affectés par cette situation: la gratuité des soins pour tous a laissé progressivement la place à des systèmes de recouvrement des coûts faisant appel à la contribution des utilisateurs des services de santé. Les systèmes de recouvrement des coûts ont certes contribué à améliorer la disponibilité et la qualité des services de santé mais ils ont également rendu l'accès aux soins plus difficile pour les personnes disposant de revenus modestes.

Les régimes formels de sécurité sociale n'ont pu apporter de solutions à grande échelle à cette difficulté. De ce fait, on assiste, depuis quelques années, à l'essor de nombreux systèmes de protection créés par d'autres acteurs que les Etats: communautés, ONG, organisations de travailleurs, organisations d'employeurs, coopératives, etc. Les mutuelles de santé constituent l'une des formes prises par ces systèmes. Elles associent les principes d'entraide et de solidarité au mécanisme de l'assurance. Elles présentent un réel potentiel en matière d'amélioration de l'accès aux soins

1 BIT. 2002 : *La sécurité sociale, un nouveau consensus* (Genève).

et de diminution du risque financier lié à la maladie. Toutefois, ces mutuelles sont de création récente en Afrique et, bien qu'elles fassent l'objet d'un développement rapide, elles restent fragiles. Les compétences en matière de gestion, de suivi et d'évaluation notamment sont encore rares et doivent être développées afin de consolider cette dynamique mutualiste. Le programme STEP du BIT a produit ce guide pour contribuer à répondre à ce besoin de consolidation. Ce guide est basé sur l'expérience et la contribution de multiples acteurs en Afrique. Il propose des connaissances et des techniques adaptées aux besoins et au stade actuel de développement des mutuelles africaines.

# Remerciements

Ce guide a été produit par le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Service Politiques et Développement de la Sécurité Sociale du BIT. Il est basé notamment sur le travail des experts nationaux du programme qui ont considérablement enrichi le contenu de ce guide. De nombreux autres acteurs du développement des mutuelles de santé ont collaboré à sa production. Le programme STEP remercie chaleureusement toutes ces personnes pour leurs commentaires et leur appui.

Le guide a également bénéficié de l'apport de l'Alliance internationale de la Mutualité (AIM). Un remerciement particulier à Alain Coheur (AIM) pour ses contributions lors de l'élaboration du guide.

Si vous souhaitez faire parvenir vos commentaires, vos critiques, les résultats de vos travaux ou obtenir des renseignements complémentaires, contactez:

**BIT/STEP**

Service Politiques et  
Développement  
de la Sécurité Sociale  
4, route des Morillons  
CH-1211 Genève 22, Suisse  
Tél. (41 22) 799 65 44  
Fax (41 22) 799 66 44  
E-mail: [step@ilo.org](mailto:step@ilo.org)  
Internet: [www.ilo.org/step](http://www.ilo.org/step)

**BIT/STEP en Afrique**

8, Cité Pyrotechnie - Mermoz  
BP 414, Dakar, Sénégal  
Tél. (221) 860 11 25  
Fax (221) 821 09 56  
E-mail: [step\\_afr@sentoo.sn](mailto:step_afr@sentoo.sn)





# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Partie 1 Introduction à la gestion d'une mutuelle de santé</b> .....	5
<b>Chapitre 1 Les caractéristiques d'une mutuelle de santé</b> .....	7
1.1 La définition et le principes de base d'une mutuelle de santé .....	7
1.2 L'assurance santé.....	9
1.3 Le risque maladie.....	9
1.4 Le calcul de la cotisation .....	10
1.5 Le couple prestations / cotisation.....	12
1.6 Les modes d'octroi des prestations aux bénéficiaires.....	14
<b>Chapitre 2 Les fonctions, domaines et principes de la gestion d'une mutuelle de santé</b> .....	16
2.1 Les fonctions de gestion de l'assurance .....	16
2.2 Les domaines de gestion.....	18
2.3 Les interrelations entre les domaines de gestion .....	19
2.4 L'incidence des principes mutualistes sur la gestion d'une mutuelle .....	21
2.5 Les principes de gestion liés à l'assurance .....	22
2.6 Quelques principes de gestion communs à toutes les organisations .....	22
<b>Partie 2 L'organisation administrative d'une mutuelle de santé</b> .....	25
<b>Chapitre 1 Les organes d'une mutuelle de santé</b> .....	27
1.1 Les organes d'une mutuelle de santé .....	28
1.2 L'organigramme de la mutuelle.....	32
<b>Chapitre 2 La répartition des tâches</b> .....	35
2.1 Les acteurs de la vie d'une mutuelle de santé .....	35
2.2 Le tableau de rôle .....	38
2.3 La formation des acteurs de la mutuelle de santé .....	42
<b>Chapitre 3 Les statuts et le règlement intérieur</b> .....	44
3.1 Les statuts.....	45
3.2 Le règlement intérieur.....	52
3.3 L'élaboration des statuts et du règlement intérieur.....	56

<b>Chapitre 4</b>	<b>L'organisation des réunions</b> .....	56
	4.1 La préparation et le déroulement des réunions .....	57
	4.2 Le suivi des réunions .....	60
<b>Partie 3</b>	<b>La gestion des adhésions, des cotisations et des prestations</b> .....	61
<b>Chapitre 1</b>	<b>La gestion des adhésions</b> .....	64
	1.1 Les modalités d'adhésion .....	65
	1.2 Les documents.....	66
	1.3 Le contrôle de l'enregistrement des adhésions .....	75
	1.4 Le suivi des adhésions .....	76
<b>Chapitre 2</b>	<b>La gestion des cotisations</b> .....	80
	2.1 La cotisation .....	80
	2.2 Les documents.....	83
	2.3 Le contrôle des enregistrements relatifs aux cotisations ..	88
	2.4 Le suivi des cotisations .....	88
<b>Chapitre 3</b>	<b>La gestion des prestations</b> .....	92
	3.1 Les modalités de recours aux services de santé .....	93
	3.2 Le contrôle des droits aux prestations .....	94
	3.3 La facturation et le contrôle des factures des prestataires de soins .....	95
	3.4 Les documents.....	96
	3.5 Le contrôle des enregistrements.....	104
	3.6 Le suivi des prestations maladie.....	105
<b>Chapitre 4</b>	<b>Les procédures de gestion des adhésions, des cotisations et des prestations</b> .....	110
	4.1 Quelques exemples de procédures .....	110
	4.2 Le manuel de procédures.....	115
<b>Partie 4</b>	<b>La comptabilité d'une mutuelle de santé</b> .....	117
<b>Chapitre 1</b>	<b>Le processus comptable</b> .....	120
	1.1 La comptabilité.....	120
	1.2 Les ressources et les emplois d'une mutuelle de santé ...	122
	1.3 Les mutations du bilan .....	124
	1.4 Les notions de charges et de produits .....	126
	1.5 Le résultat net de l'exercice.....	128
	1.6 Le compte de résultat .....	128
<b>Chapitre 2</b>	<b>Le fonctionnement des comptes</b> .....	129
	2.1 Le compte.....	129
	2.2 Le plan comptable.....	133

<b>Chapitre 3</b>	<b>Le déroulement des opérations comptables</b> .....	141
3.1	La comptabilité classique .....	142
3.2	La comptabilité "américaine" .....	144
3.3	La comptabilité de trésorerie.....	147
3.4	Le partage des travaux de comptabilité entre la mutuelle et une structure externe .....	151
3.5	Les autres documents comptables.....	153
<b>Chapitre 4</b>	<b>Les travaux de fin d'exercice</b> .....	157
4.1	La révision générale des comptes .....	157
4.2	La régularisation des comptes.....	161
4.3	Les amortissements .....	165
4.4	Les provisions .....	167
4.5	Les particularités de l'enregistrement des cotisations en fonction des systèmes comptables utilisés.....	168
<b>Chapitre 5</b>	<b>La clôture et la réouverture des exercices</b> .....	171
5.1	La balance.....	172
5.2	La clôture de l'exercice.....	173
5.3	L'ouverture d'un nouvel exercice .....	176
<b>Partie 5</b>	<b>La gestion prévisionnelle</b> .....	179
<b>Chapitre 1</b>	<b>Le budget</b> .....	181
1.1	Les fonctions du budget .....	181
1.2	L'élaboration du budget.....	182
1.3	L'estimation des recettes et des dépenses.....	183
1.4	La mise en œuvre du budget .....	187
<b>Chapitre 2</b>	<b>Le plan de trésorerie</b> .....	192
2.1	Les fonctions du plan de trésorerie .....	192
2.2	L'élaboration du plan de trésorerie.....	192
<b>Partie 6</b>	<b>La gestion des risques liés à l'assurance</b> .....	195
<b>Chapitre 1</b>	<b>Les principaux risques liés à l'assurance et leur prévention</b> .....	197
1.1	Les risques liés à l'assurance .....	198
1.2	La prévention des risques liés à l'assurance .....	201
<b>Chapitre 2</b>	<b>Les mécanismes de consolidation financière</b> .....	212
2.1	Les réserves .....	213
2.2	Le fonds de garantie .....	214
2.3	La réassurance .....	215

<b>Partie 7</b>	<b>Le contrôle, le suivi et l'évaluation</b>	217
<b>Chapitre 1</b>	<b>Le contrôle interne</b>	219
1.1	Le contrôle par le Comité de Surveillance (CS)	220
1.2	Le contrôle par l'Assemblée Générale (AG)	223
<b>Chapitre 2</b>	<b>La synthèse des informations de suivi: le tableau de bord</b>	225
2.1	Le tableau de bord	225
2.2	La résolution des problèmes identifiés	233
<b>Chapitre 3</b>	<b>L'analyse de la viabilité financière et économique d'une mutuelle de santé</b>	235
3.1	L'analyse de la situation financière par les ratios	236
3.2	L'analyse de la viabilité économique	241
<b>Chapitre 4</b>	<b>L'évaluation et les ajustements du fonctionnement d'une mutuelle de santé</b>	244
4.1	L'évaluation	245
<b>Glossaire</b>		255
<b>Bibliographie</b>		259
<b>Index</b>		269

# Introduction

Le programme STEP contribue au renforcement des connaissances et des compétences des acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique. La production d'outils méthodologiques et didactiques constitue l'une des activités prioritaires du programme. Destinés aux formateurs, promoteurs, responsables d'organisations communautaires et ces outils permettent d'acquérir des compétences pratiques et d'accroître la capacité des utilisateurs en matière d'analyse et de maîtrise des techniques mutualistes.

Les outils sont le résultat d'un travail systématique de capitalisation des savoirs et des expériences dans le domaine des mutuelles de santé. Ces outils sont produits sur la base de processus participatifs associant des praticiens, des chercheurs, des responsables et des pédagogues provenant généralement de plusieurs pays. Les outils font l'objet de tests et d'une validation avant leur diffusion à grande échelle. Ils sont continûment enrichis, perfectionnés et actualisés.

Ce guide consacré à «la gestion des mutuelles de santé en Afrique» complète l'ensemble d'outils méthodologiques et didactiques déjà disponible et cherche à répondre à un besoin fort exprimé par les promoteurs, les administrateurs et les gestionnaires des mutuelles de santé dont les compétences en gestion sont insuffisantes.

## A qui s'adresse ce guide?

---

Le guide s'adresse à tous les acteurs impliqués dans la promotion et la gestion des mutuelles de santé, en particulier:

- **Aux administrateurs, responsables et gestionnaires des mutuelles de santé**

Suivant leur rôle et leurs responsabilités dans la mutuelle, ils seront intéressés par une ou plusieurs parties du guide.

- **Aux structures d'appui aux mutuelles**

Il peut s'agir d'ONG, d'unions ou de fédérations mutualistes, d'organisations de travailleurs, d'organisations d'employeurs, de projets de coopération, de centres de gestion, etc., qui donnent des appuis techniques, renforcent les compétences des responsables des mutuelles ou assument une partie des tâches de gestion.

## Quels sont les objectifs du guide?

---

Le guide poursuit deux objectifs.

- **Renforcer les compétences et les connaissances des utilisateurs dans la gestion des mutuelles de santé africaines**

Les gestionnaires et responsables de mutuelles doivent disposer de compétences administratives et comptables pour assurer la viabilité de leur organisation. Ce guide repose sur une capitalisation des expériences mutualistes africaines ainsi que sur les pratiques habituelles de gestion de l'assurance. L'approche est volontairement simplifiée mais l'objectif est de tendre vers une technicité de plus en plus élevée. Les techniques et

documents proposés sont donnés à titre illustratif et doivent être adaptés à la mutuelle concernée.

### ● Renforcer la capacité des structures d'appui aux organisations mutualistes

Toutes les fonctions de gestion ne sont pas ou ne doivent pas être exercées par la mutuelle. Suivant les situations, certaines tâches peuvent être assumées par des structures externes. Le guide repose sur une possible répartition des tâches en interne et en externe. Il devrait permettre de renforcer la capacité des structures externes à fournir l'appui requis.

## Quel est le contenu du guide?

---

Le guide est structuré en sept parties.

**La partie 1** introduit les principes mutualistes de base et leur incidence sur la gestion de l'instrument complexe que constitue l'assurance. Les notions de base relatives à l'assurance santé, aux fonctions principales de la gestion ainsi qu'à leurs interrelations y sont présentées.

**La partie 2** décrit l'organisation administrative de la mutuelle, les responsabilités et les organes qui la constituent. Différents outils de gestion administrative sont présentés.

**La partie 3** porte sur les activités centrales de l'assurance santé: l'adhésion, le recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion et le paiement des prestations maladie. Cette partie donne aux utilisateurs des informations pratiques et illustrées sur les mécanismes, les documents et les procédures spécifiques à ces domaines de gestion.

**La partie 4** traite de la comptabilité d'une mutuelle de santé. Etant donné la diversité des utilisateurs du guide, le contenu de cette partie se limite aux notions de base de la comptabilité, du fonctionnement des comptes et des travaux nécessaires en cours et en fin d'exercice. Elle aidera les utilisateurs à tirer profit des données issues de la comptabilité.

**La partie 5** se réfère à la gestion des activités futures de la mutuelle complétant la connaissance apportée par la comptabilité sur la situation actuelle et passée. Cette gestion est appelée «gestion prévisionnelle». Deux outils y sont décrits, le budget et le plan de trésorerie.

**La partie 6** traite des risques liés à l'activité d'assurance qui influent sur la viabilité de la mutuelle et contre lesquels elle doit se prémunir par un ensemble de mesures techniques et financières. Ces différents risques et les mesures permettant de les prévenir sont décrits et illustrés. Cette partie devrait permettre aux utilisateurs de consolider la situation financière de la mutuelle en parant aux conséquences de la survenue de ces risques.

**La partie 7** permet d'introduire les notions de contrôle, de suivi et d'évaluation du fonctionnement des mutuelles<sup>2</sup>. Elle décrit les activités à réaliser par les

2 Un guide spécifique a été produit par le programme STEP, *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé*, BIT/STEP, CIDR, Genève, 2001, auquel les lecteurs sont fortement invités à se référer.

organes de la mutuelle ainsi que les outils de contrôle et de pilotage à mettre en place, notamment le tableau de bord. Une méthodologie d'évaluation est également décrite, par l'utilisation de différents ratios.

## **Quelles sont les limites du guide?**

---

Il n'a pas été possible de prendre en compte toute la diversité des formules mutualistes rencontrées dans la réalité. Il existe une multiplicité d'organisations (mutuelle communautaire, assurance d'un prestataire, mutuelle syndicale ou d'entreprise, mutuelle d'une organisation de microfinance, etc.) et de modalités de fonctionnement. Les mutuelles visées par le guide sont principalement des organisations à base communautaire, relativement récente dont la gestion est faiblement technicisée. Ces mutuelles, généralement de taille réduite, s'adressent à des populations à faible niveau d'instruction et offrent des services principalement destinés à couvrir le risque maladie. Les techniques et supports de gestion présentés sont assez simples pour correspondre au stade de développement des mutuelles de santé aujourd'hui. Bien que l'utilisation de moyens informatiques facilite la gestion, le guide fournit volontairement des exemples d'outils sous forme de documents «papier», utilisés communément dans les mutuelles existantes.

Certains aspects de la gestion des mutuelles de santé n'ont pas été approfondis, notamment ceux relatifs à la comptabilité. Cette partie a été orientée de manière à permettre aux responsables et gestionnaires de mieux suivre et interpréter les résultats de leur mutuelle. Le but n'est pas de leur donner les compétences techniques, nécessaires aux opérations d'enregistrement, de passage des écritures, de régularisation des comptes, etc. Cet apprentissage devra faire l'objet d'un outil spécifique de comptabilité mutualiste destiné aux personnes en charge de la tenue de la comptabilité des mutuelles.

D'autres aspects de la gestion des mutuelles de santé ne sont pas abordés dans ce guide. Il s'agit notamment de la comptabilité analytique qui, bien que très importante, n'a pas été retenue comme prioritaire au regard des objectifs de ce guide et du stade de développement des mutuelles africaines. D'autre part, le guide n'a pas l'intention de fournir un véritable cours d'analyse financière mais de donner aux utilisateurs uniquement quelques compétences de gestion prévisionnelle. Enfin, le suivi et l'évaluation des mutuelles a été abordé de manière succincte étant donné l'existence d'un guide spécifique publié par le programme STEP en la matière.

Les différents supports et techniques de gestion sont présentés dans ce guide à titre d'exemples (ces exemples sont fictifs mais souvent basés sur des cas réels). Le but n'est pas de proposer des modèles standardisés mais d'inviter les utilisateurs à développer, dans le respect des règles, des supports de gestion adaptés à la mutuelle concernée (organisation de la mutuelle, compétences des responsables, répartition des tâches en interne et en externe, législation en vigueur, etc.).

## **Comment utiliser le guide?**

---

Chaque partie peut être utilisée séparément. Cependant, les domaines de gestion sont interdépendants, les procédures et les supports présentés sont souvent communs à plusieurs domaines. A titre d'exemple, le registre de cotisation est utilisé dans la gestion prévisionnelle, la comptabilité et le suivi des adhésions.

Il est donc nécessaire de disposer d'une vue d'ensemble de l'organisation et des mécanismes de gestion avant de s'intéresser spécifiquement à une partie. Le chapitre 2 de la partie 1 sous le titre «les fonctions, domaines et principes de la gestion d'une mutuelle de santé» peut servir d'introduction dans le cadre d'une formation portant sur un aspect de la gestion traité dans une autre partie.

Ce guide peut être utilisé comme outil:

- de référence pour les administrateurs et les gestionnaires des mutuelles de santé ainsi que pour les structures d'appui;
- d'appui à des formations sur la gestion d'une mutuelle de santé. Dans ce cadre, les exemples présentés seront utiles à la préparation de travaux de groupes ou d'exercices individuels.

Le guide peut également être utilisé comme un outil de référence pour d'autres systèmes de micro-assurance, tels qu'une assurance gérée par un prestataire de soins ou par une institution de microfinance. En effet, si l'organisation de ces systèmes diffère de celle, très spécifique, d'une mutuelle, ceux-ci reposent cependant sur le même instrument: l'assurance.



# Partie 1

## **Introduction à la gestion d'une mutuelle de santé**



Les mutuelles de santé mettent en jeu un instrument financier complexe, l'assurance, qui nécessite le recours à des techniques et outils de gestion rigoureux et spécifiques. Cette première partie situe les bases, enjeux et spécificités de la gestion d'une mutuelle de santé. Elle est composée de deux chapitres:

## **Chapitre 1 Les caractéristiques d'une mutuelle de santé**

Ce chapitre définit la mutuelle de santé et présente les principes de base de la mutualité. Il introduit également les principaux enjeux de la gestion d'une mutuelle en décrivant notamment le calcul des cotisations, le couple prestations / cotisations, le choix et les modes d'octroi des prestations.

## **Chapitre 2 Les fonctions, domaines et principes de gestion d'une mutuelle de santé**

Ce chapitre présente un ensemble de notions de base qui vont déterminer la gestion de la mutuelle. Sont ainsi examinés successivement les fonctions, domaines et principes de gestion d'une mutuelle. Ces notions sont présentées à la fois dans ce qu'elles ont de particulier dans le cas des mutuelles de santé mais aussi dans ce qu'elles signifient pour toute organisation.



# **Les caractéristiques d'une mutuelle de santé**

Ce premier chapitre présente certaines définitions et notions de base essentielles: la mutuelle et les principes de base de son fonctionnement, l'assurance, le risque maladie, le calcul des cotisations, le couple prestations / cotisations et les modes d'octroi des prestations.

Ces différentes notions sont au cœur du fonctionnement des mutuelles et vont déterminer, dans une bonne mesure, les enjeux, les difficultés et les modalités de gestion de ces organisations.

## **1.1 La définition et les principes de base d'une mutuelle de santé**

Une mutuelle de santé est une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions de ces derniers et au moyen de leurs cotisations<sup>3</sup>, 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<sup>4</sup>.

Une mutuelle de santé met en jeu un instrument financier, l'assurance, et repose sur un certain nombre de principes de base parmi lesquels figurent la solidarité et la participation<sup>5</sup>.

3 Le terme cotisation est généralement employé dans le cadre des mutuelles de santé; on parlera de prime pour une assurance commerciale. Ces deux termes désignent la somme d'argent versée par chaque adhérent pour pouvoir bénéficier des services de l'assurance.

4 *Mutuelles de santé en Afrique: Caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs*, BIT/STEP, ANMC, WSM, Genève, 2000.

5 Cf. *Plate-forme d'Abidjan, Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique*, BIT/STEP, USAID, GTZ, ANMC, WSM, 1998.

## ● La solidarité

Le principe de solidarité est le véritable fondement de la mutualité. Les implications de ce principe sont doubles:

- ✓ chaque adhérent paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade. Cette cotisation est donc la même quels que soient l'âge, le sexe et l'état de santé des adhérents;
- ✓ chaque adhérent bénéficie des mêmes services pour un même montant de cotisation.

Une mutuelle de santé instaure donc une solidarité entre les malades et les bien-portants, les jeunes et les vieux, les différentes catégories professionnelles et sociales, etc.

La solidarité ne s'exprime pas seulement d'une manière financière. Elle peut aussi se concrétiser par un engagement bénévole en faveur des malades et des handicapés, des personnes âgées, autrement dit en faveur de groupes à risque.

La solidarité est un concept dynamique. Sa concrétisation, les moyens et les mécanismes pour la réaliser doivent évoluer avec la société dans laquelle la mutualité se développe.

## ● Le fonctionnement démocratique et participatif

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

Tous les adhérents ont les mêmes droits et devoirs. Ils ont, entre autres, le droit de participer directement ou indirectement aux instances de décision et de contrôler le fonctionnement de leur organisation. Cette démocratie participative repose sur la responsabilisation des adhérents qui, pour exercer pleinement leurs droits, doivent disposer d'une formation adéquate ainsi que d'informations claires, complètes et compréhensibles.

## ● La non-lucrativité

Une mutuelle qui, par vocation, a pour ambition de consacrer son action au service de ses adhérents, ne peut poursuivre un but lucratif. Toute recherche de profit est incompatible avec sa nature. Cependant les considérations économiques et les principes de bonne gestion ne doivent pas être négligés car ils contribuent à la réalisation du bien-être collectif. Une mutuelle doit donc veiller à équilibrer ses comptes et dégager des excédents afin de constituer des réserves.

## ● L'autonomie et la liberté dans le respect des lois

Une mutuelle est une organisation libre qui doit pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités publiques ou de groupes d'intérêt. Cette souplesse dans l'action est bénéfique aux adhérents car elle permet, entre autres, d'adapter les services offerts aux besoins, lesquels évoluent. Si une mutuelle est libre et autonome, elle n'en demeure pas moins soumise aux lois et règlements comme ceux régissant l'enregistrement, la comptabilité, l'audit, le contrôle, etc.

## ● La responsabilité

L'ensemble des principes précédents reste lettre morte si les adhérents ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis de leur santé et de celle des autres, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle et dans les décisions qu'ils prennent.

## ● La dynamique d'un mouvement social

Les adhérents d'une mutuelle ne sont pas des «consommateurs» passifs mais des individus engagés dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense du bien et des intérêts communs.

## 1.2 L'assurance santé

---

L'assurance est un instrument qui permet à plusieurs personnes de partager des risques. Les contributions des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue de ces risques. Les assurés, en contrepartie du versement de leurs cotisations (ou primes), obtiennent de l'assureur la garantie de cette réparation financière (ou prise en charge). Les risques couverts sont précisément déterminés. Les assurés renoncent à la propriété des cotisations versées et ne peuvent donc plus les réclamer.

En d'autres termes, l'assurance conduit à ce que ceux qui ne tombent pas malades paient pour ceux qui ont moins de chance. Les assurés acceptent le principe de ce transfert parce qu'ils sont conscients de ne pas être à l'abri des risques couverts par l'assurance, que leur aversion pour ces risques est forte et qu'ils ne sont pas en mesure d'y faire face individuellement<sup>6</sup>.

## 1.3 Le risque maladie

---

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

La maladie peut provoquer des dommages durables et parfois irréversibles à la santé de l'individu. Elle constitue donc un risque pour la santé. Elle représente également un risque financier car:

- le recours aux soins de santé est coûteux (prix des services, transport, hébergement, etc.). Pour faire face à ce coût, l'individu peut être dans l'obligation de réduire son épargne et même de vendre ses biens de production. Il peut en résulter un appauvrissement durable de l'individu et de sa famille. Les personnes démunies peuvent également être dans l'incapacité de faire face aux dépenses nécessaires à leur rétablissement;
- la maladie peut entraîner une incapacité de travail momentanée ou durable et donc une perte de revenus.

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

6 *Mutuelles de santé en Afrique: Caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs, BIT/STEP, ANMC, WSM, Genève, 2000.*

## ● Les gros risques

Les gros risques regroupent ceux liés aux maladies graves et, globalement, aux atteintes qui nécessitent des dépenses importantes en soins: hospitalisations, interventions chirurgicales, accouchements dystociques et autres actes spécialisés. La probabilité de survenue de ces événements est faible. L'effort financier qu'ils demandent est en revanche hors de portée de la plupart des familles.

## ● Les petits risques

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

Très schématiquement, les petits risques se situent à la base de la pyramide sanitaire, au niveau des soins de santé primaires. Les gros risques interviennent aux échelons supérieurs de cette pyramide, au niveau des soins de santé secondaires et spécialisés<sup>7</sup>.

L'assurance est particulièrement adaptée à la couverture des gros risques car ceux-ci sont peu fréquents et d'un coût élevé. L'assurance permet, dans ce cas, un réel partage de risques entre les assurés. Pour l'assuré, la cotisation demandée sera faible au regard des dépenses qu'il aurait à effectuer en cas de survenue du risque.

Dans le cas de la couverture des petits risques, relativement peu coûteux et d'une fréquence élevée, le partage des risques entre assurés joue moins. En effet, sur une période relativement courte, le risque touche la plupart des assurés (cas des consultations par exemple). Toutefois, l'assurance offre ici certains avantages par rapport à un paiement individuel effectué au moment où les soins sont requis. Elle introduit un mécanisme de prépaiement et donc une forme de prévoyance permettant de mieux faire face au risque financier. De plus, l'assureur, par son pouvoir d'achat, est en mesure d'obtenir des prestataires de soins des avantages (prix, qualité) hors de portée des individus considérés isolément.

## 1.4 Le calcul de la cotisation

---

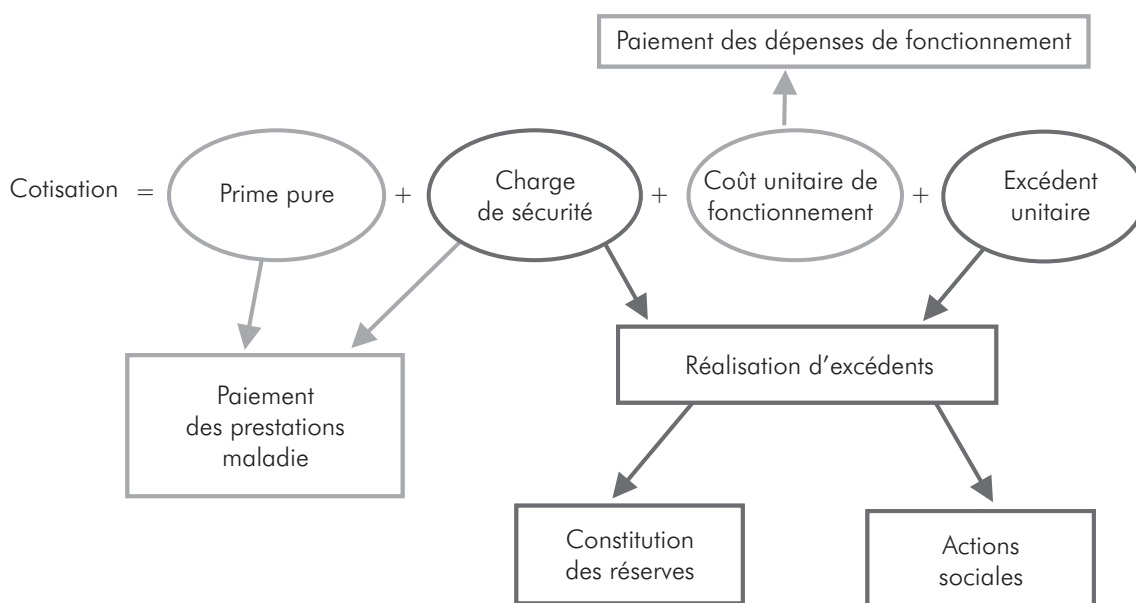
Les cotisations constituent la principale ressource financière de la mutuelle et doivent, à ce titre, permettre de:

- rembourser les dépenses de santé (à l'exception du copaiement) correspondantes aux soins couverts par la mutuelle;
- réaliser des excédents. Les excédents servent en particulier à constituer des réserves et à renforcer de ce fait la solidité financière de la mutuelle. Lorsque ces réserves sont suffisantes, les excédents peuvent également être utilisés à la réalisation d'actions au profit des bénéficiaires ou d'autres membres de la population;
- financer les coûts de fonctionnement de la mutuelle.

Ainsi, la cotisation peut être décomposée en quatre éléments comme le montre le schéma suivant.

<sup>7</sup> *Mutuelles de santé en Afrique: Caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs, BIT/STEP, ANMC, WSM, Genève, 2000.*

## Composition de la cotisation



### Prime pure

Elle correspond au montant de la garantie (montant pris en charge par l'assurance) face à un risque couvert. Cette prime est calculée le plus souvent en utilisant la formule suivante<sup>8</sup>:

Taux d'utilisation attendu (coût moyen du service – copaiement à la charge du patient).

Le taux d'utilisation attendu est calculé sur la base des taux de morbidité. Il sera en principe supérieur au taux d'utilisation des services de santé constaté auprès des formations médicales. En effet, les barrières financières que les mutuelles visent justement à dépasser limitent l'accès aux soins.

### Charge de sécurité

L'introduction d'une «charge de sécurité» est liée:

- à l'incertitude concernant le taux d'utilisation et le coût moyen. Très souvent, ces paramètres sont estimés sur la base de données peu fiables (notamment les fréquences de survenue des risques). D'autre part, l'introduction de l'assurance induit le plus souvent un changement de comportement des assurés et des prestataires. Ce changement de comportement peut conduire à une augmentation du taux d'utilisation et du coût moyen (voir partie 6);
- à la taille de la mutuelle. Le calcul de la prime pure repose sur une estimation du taux d'utilisation. L'estimation statistique de ce taux sera d'autant plus fiable que le nombre d'adhérents est important. Dans une mutuelle de petite taille, il est possible que le taux réel d'utilisation des services soit supérieur à celui utilisé dans le calcul de la cotisation. Les dépenses réelles en prestations dépasseront alors les dépenses estimées.

L'ensemble de la prime pure et de la charge de sécurité constitue la **prime de risque**.

8 Pour une formule d'application plus générale: Prime pure (pour un acte) = Probabilité de «consommer» l'acte × Quantité moyenne consommée × Coût unitaire moyen de l'acte.

### **Coût unitaire de fonctionnement**

Cet élément est fixé en estimant le total des coûts de fonctionnement divisé par le nombre de bénéficiaires attendus. Si ces données ne sont pas disponibles (lors du lancement par exemple), ce coût peut être fixé en première approximation entre 10 et 15 % de la prime de risque.

### **Excédent unitaire**

Il est fixé en pourcentage du total des trois éléments précédents. Le montant à dégager varie selon la législation, la situation financière de la mutuelle, ses perspectives de développement, etc.

La formule ci-dessus permet de déterminer la valeur unitaire de la cotisation par individu, par service de santé couvert et par an. Par conséquent, et en première approximation, si plusieurs services de santé sont couverts, la cotisation individuelle totale est égale à la somme des cotisations relatives à chaque service.

La cotisation annuelle peut être fractionnée par jour, mois, trimestre, etc. Celle-ci doit en effet être adaptée aux caractéristiques des revenus du public cible.

Lors de la mise en place d'une mutuelle de santé, il est souvent difficile de disposer de toutes les données nécessaires à un calcul fiable des cotisations. Cette difficulté concerne en particulier les taux d'utilisation. L'estimation des coûts moyens peut également poser problème surtout lorsque le paiement des actes et des prescriptions est éclaté (à l'inverse, cette difficulté disparaît lorsque le prestataire de soins pratique une tarification forfaitaire, surtout si celle-ci inclut les médicaments).

Face à ces difficultés et quels que soient les moyens utilisés durant l'étude de faisabilité, la mutuelle devra mettre en place un mécanisme rigoureux de suivi des coûts moyens et des taux d'utilisation. Ainsi, la mutuelle pourra procéder, sur la base des valeurs observées dans la réalité, aux ajustements des données utilisées dans le calcul de la cotisation. La mutuelle entrera ainsi dans un processus de test et de correction (éventuelle) du montant de ses cotisations qui peut s'étaler sur plusieurs exercices. Ajuster le montant des cotisations est de première importance pour la viabilité de la mutuelle.

## **1.5 Le couple prestations / cotisations**

Le montant de la cotisation est directement conditionné par le choix des prestations couvertes. Cette relation entre le montant des cotisations et le niveau des prestations – désignée par l'expression: «couple prestations / cotisations» – joue un rôle très important dans le fonctionnement d'une mutuelle de santé.

Dans le contexte des pays en développement et s'agissant de mutuelles s'adressant à des populations aux revenus faibles et irréguliers, ce couple doit reposer sur un délicat équilibre entre:

- des prestations répondant le mieux aux besoins des adhérents
- et
- un montant de cotisation le plus bas possible afin d'être économiquement accessible au plus grand nombre de personnes.



La détermination du couple prestations / cotisations donne fréquemment lieu à des débats au sein des mutuelles, que l'on peut résumer ainsi:

- pour certains, il faut couvrir les petits risques car les soins de santé primaires qui leur sont associés constituent la porte d'entrée dans le système sanitaire. Une couverture des petits risques favorise un accès rapide aux soins ce qui permet d'éviter une dégradation de l'état de santé des malades. Cependant, la couverture des petits risques se heurte à deux contraintes majeures:
  - ✓ les soins primaires n'induisent pas le plus fort risque financier pour les familles, mais en revanche, ils entraînent une cotisation élevée au regard du coût des soins car leur fréquence de survenue est également élevée;
  - ✓ elle expose fortement les systèmes d'assurance à la fraude et à la surconsommation;
- pour d'autres, la couverture des gros risques est préférable car ce sont, par définition, les soins associés à ces risques que les familles ont le plus de difficultés à payer. De plus, dans le cas des gros risques, la cotisation est peu élevée au regard du coût des soins en raison de la faible fréquence de survenue de ces risques. Cependant, la couverture des gros risques a aussi des inconvénients:
  - ✓ elle rend les prestations de la mutuelle peu visibles car la fréquence de survenue de ces risques est faible. Autrement dit, les adhérents devront cotiser régulièrement mais bénéficieront rarement des prestations de leur mutuelle, d'où un fort risque de démotivation;
  - ✓ dans le cas où les familles éprouvent des difficultés pour payer les soins de santé primaires, une couverture des gros risques ne résout pas les problèmes d'accès aux services de santé.

Il n'existe pas de «recette miracle» pour la détermination d'un couple prestations / cotisations équilibré. Celui-ci résulte souvent d'un processus long qui se déroule en plusieurs étapes.

1. Durant la phase d'étude de faisabilité, les promoteurs de la mutuelle estiment la capacité contributive du public cible, c'est-à-dire le montant moyen que chaque individu ou famille serait en mesure de cotiser. Ils élaborent ensuite plusieurs scénarios de prestations à couvrir et les cotisations correspondantes, en tenant compte de la capacité contributive du public cible.
2. Lors de l'assemblée générale constitutive, ces différents scénarios sont présentés aux adhérents qui participent ainsi au choix final des prestations de leur future mutuelle. Un scénario sera finalement retenu et correspondra au couple prestations / cotisations qui sera mis en place.
3. Lors de ses premiers exercices annuels, la mutuelle pourra suivre, évaluer et affiner ce scénario et aboutir à un couple prestations / cotisations équilibré.

Il est également possible que la mutuelle propose aux adhérents, dans un même scénario, plus d'un couple prestations / cotisations. Autrement dit, la mutuelle offrira à chaque personne la possibilité de choisir lors de l'adhésion entre plusieurs montants de cotisation (correspondant chacun à une couverture propre). Cependant, l'offre de plus d'un couple prestations / cotisations rend davantage complexe la gestion de la mutuelle et n'est pas toujours bien comprise des adhérents.

## 1.6 Les modes d'octroi des prestations aux bénéficiaires<sup>9</sup>

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

### Cas de prestataires contractualisés 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 bénéficiaire, la mutuelle et le prestataire de soins.

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

- ✓ soit le patient paie le montant des services dont il a bénéficié et se fait rembourser ensuite;
- ✓ soit la mutuelle paie directement le prestataire (système du tiers payant).

En fonction de la nature des soins, ces deux modes peuvent être combinés par une mutuelle, par exemple: remboursement du bénéficiaire pour les petites dépenses (consultations) et paiement direct des prestataires pour les dépenses plus importantes (hospitalisation).

### Paiement des soins par le bénéficiaire

La mutuelle peut demander aux bénéficiaires de payer les frais afférents aux services rendus; elle les remboursera ensuite. Dans ce cas, le bénéficiaire paie les soins selon les modalités (paiement à l'acte, par épisode de maladie ou par consultation) et la grille de tarifs accordés avec le prestataire.

Le bénéficiaire 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 prestataire de soins;
- ✓ l'identification du bénéficiaire;
- ✓ la nature des prestations;
- ✓ le prix et la date de la prestation.

Le bénéficiaire doit présenter à la mutuelle la preuve de paiement pour se faire rembourser.

L'inconvénient de cette forme de paiement pour le bénéficiaire est d'une part qu'il doit disposer de la totalité de la somme nécessaire au paiement des soins et, d'autre part, qu'il doit effectuer des 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

<sup>9</sup> *Mutuelles de santé en Afrique: Caractéristiques et mise en place. Manuel de formateurs, BIT/STEP, ANMC, WSM, Genève, 2000.*

frauduleuse. L'inconvénient est un surcroît de gestion et donc des coûts administratifs plus importants.

### **Paiement direct par la mutuelle**

Dans certains cas, le bénéficiaire ne verse au prestataire que le montant correspondant au copaiement (ticket modérateur, franchise, etc.). La mutuelle paie au prestataire le complément, sur présentation d'une facture. Ce système est appelé tiers payant parce que ce n'est pas le bénéficiaire 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 bénéficiaire ne peut pas faire face (hospitalisation, chirurgie, etc.).

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

Administrativement, ce système peut être 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 de fraudes sont plus élevés.

### **Cas de formations sanitaires créées par la mutuelle**

Les services des formations sanitaires créées par la mutuelle peuvent être proposés aux bénéficiaires et aux non-bénéficiaires, 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 sanitaires doivent toujours être tenues séparément, même au cas où les non-bénéficiaires n'auraient pas accès aux services proposés.

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

Plusieurs cas peuvent être envisagés:

- ✓ le bénéficiaire est pris en charge à 100 %. Il est alors soigné sur présentation de sa carte d'adhérent;
- ✓ le bénéficiaire est pris en charge partiellement. Il assume par exemple:
  - un copaiement sur les différents actes prestés (par acte ou sur le total de coûts);
  - le paiement de certaines catégories de services prestés. Par exemple, la consultation lui est donnée gratuitement alors que les médicaments sont à sa charge.

## 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 bénéficiaires profiteront d'un tarif préférentiel, tandis que les non-bénéficiaires devront acheter les médicaments au prix du marché.

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



## Les fonctions, domaines et principes de la gestion d'une mutuelle de santé

Quelle que soit sa taille, une mutuelle de santé est comparable à une entreprise commerciale et n'échappe pas à l'obligation de mettre en place une gestion efficace. Mais une mutuelle de santé a ses propres caractéristiques qui lui imposent de concevoir et de mettre en place des modalités de gestion spécifiques.

- L'assurance santé est un outil financier doublement particulier:
  - ✓ les adhérents paient des cotisations pour se protéger contre des risques précis mais dont la survenue est incertaine;
  - ✓ la mutuelle de santé ne connaît avec précision le prix de revient du produit d'assurance qu'elle propose à ses adhérents qu'à l'issue de la période couverte.
- L'assurance repose sur la notion d'obligation entre l'assureur (la mutuelle de santé) et l'assuré (l'adhérent):
  - ✓ en cas de survenue d'un risque couvert, la mutuelle garantit à l'adhérent la prise en charge totale ou partielle de ses dépenses. Cette garantie induit l'obligation pour la mutuelle d'être constamment en mesure de remplir ses engagements;
  - ✓ en contrepartie de cette garantie, l'adhérent s'engage à verser régulièrement ses cotisations, faute de quoi la mutuelle peut lui retirer son droit aux prestations.
- La mutuelle met en jeu un financement collectif de la santé qui repose sur des principes tels que la solidarité, le fonctionnement démocratique ou le but non lucratif. Ces principes influencent grandement les modalités de gestion de la mutuelle.

Ce chapitre est plus spécifiquement consacré à la description des fonctions, domaines et principes de gestion d'une mutuelle de santé. Il met en avant ce que ces notions ont de particulier dans le cas des mutuelles de santé mais rappelle également leur sens plus général, commun à toute organisation.

## 2.1 Les fonctions de gestion de l'assurance

---

La gestion technique de l'assurance peut être décomposée en quatre grandes fonctions, à savoir:

- la production du contrat d'assurance;
- le recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion;
- le traitement des demandes de prise en charge;
- la surveillance du portefeuille de risques.

### **La production du «contrat d'assurance»**

Cette fonction regroupe toutes les activités liées à l'adhésion et à la mise en place des engagements réciproques entre la mutuelle et l'adhérent. Dans un système d'assurance commerciale, cet engagement donne lieu à un contrat écrit et signé par l'assuré et l'assureur. Dans une mutuelle, il s'agit d'un contrat tacite dont les termes sont décrits dans les statuts et le règlement intérieur.

Quel que soit le système d'assurance, cette fonction regroupe les mêmes activités:

- ✓ l'inscription des adhérents et des personnes à charge;
- ✓ l'application du taux de cotisation;
- ✓ la tenue des documents de gestion relatifs aux adhésions et aux cotisations.

### **Le recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion**

Cette fonction vise à assurer la rentrée des cotisations. Elle regroupe plusieurs activités:

- ✓ le recouvrement et l'encaissement des droits d'adhésion et des cotisations;
- ✓ le recouvrement des arriérés;
- ✓ la tenue des documents de gestion relatifs au recouvrement des droits d'adhésion et des cotisations.

### **Le traitement des demandes de prise en charge**

Cette fonction s'attache au remboursement des adhérents et/ou au paiement des prestataires. Les prestations maladie d'une mutuelle de santé constituent ses principales dépenses; elle doit donc les maîtriser au mieux. Il s'agit notamment pour la mutuelle de réaliser les activités suivantes:

- ✓ la vérification des droits aux prestations;
- ✓ la délivrance des documents de prise en charge (lettres de garantie et/ou attestations de soins);
- ✓ le contrôle des factures des prestataires de soins notamment en référence aux tarifs contractualisés;

- ✓ l'ordonnancement et l'exécution du paiement des prestations maladie;
- ✓ la tenue à jour des documents de gestion relatifs au suivi des prises en charge.

### **La surveillance du portefeuille de risques**

En échange du paiement des cotisations, l'adhérent et ses personnes à charge sont couverts par la mutuelle contre un certain nombre de risques. Cette obligation réciproque entre l'adhérent et la mutuelle constitue une forme de contrat tacite. L'ensemble de ces contrats représente pour la mutuelle le «portefeuille de risques». La surveillance du portefeuille de risques regroupe les activités de suivi portant sur:

- ✓ le nombre et le montant des prestations prises en charge;
- ✓ la répartition du nombre et du coût des prestations prises en charge;
- ✓ les coûts moyens des prestations prises en charge;
- ✓ les taux d'utilisation des services par les bénéficiaires (ou fréquences de risques).

Il est essentiel que la mutuelle puisse effectuer cette surveillance car elle doit prévenir tout dérapage dans les coûts moyens et les taux d'utilisation. Cela est d'autant plus important que l'assurance induit des changements de comportement des bénéficiaires et des prestataires de soins défavorables à l'assureur (voir partie 6).

Ce suivi est également fondamental pour la détermination du montant des cotisations (et de sa correction éventuelle) et la recherche de l'équilibre du couple prestations / cotisations.

## **2.2 Les domaines de gestion**

---

Toutes les fonctions présentées ci-dessus, ainsi que les responsabilités et les tâches qui leur sont liées, peuvent être réparties en plusieurs «domaines de gestion». A chacun de ces domaines de gestion, il peut correspondre une unité ou un organe interne spécifique. Cependant, cette correspondance n'est pas à rechercher systématiquement. Dans les petites mutuelles, il n'y a ni la nécessité ni les moyens de créer une unité interne par domaine de gestion.

### **● L'organisation de la mutuelle et la gestion de ses ressources humaines**

L'organisation consiste à répartir, au sein de la mutuelle, les responsabilités et les tâches entre différents services et organes et à déterminer les relations et flux d'informations entre ceux-ci.

La gestion des ressources humaines comprend, outre l'administration du personnel, l'ensemble des procédures mises en œuvre pour rechercher le meilleur rapport entre la performance du personnel et son coût. Elle traite de la motivation du personnel, de la formation, du rôle de la direction, etc.

### ● La gestion technique

Elle porte sur les activités centrales de l'assurance, à savoir: l'adhésion, le recouvrement des cotisations et des droits d'adhésion, le paiement des prestations maladie. La gestion technique vise également à prévenir la survenue des risques liés à l'assurance (sélection adverse, risque moral, etc.) ou à limiter leurs effets. Elle s'attache aussi à la définition des relations avec certains acteurs externes en particulier les prestataires de soins.

### ● La gestion comptable

La mutuelle dispose de biens, offre des services à ses bénéficiaires et réalise des échanges économiques et financiers avec son environnement. Ces biens et ces opérations doivent être soigneusement enregistrés et comptabilisés pour des besoins de gestion mais aussi pour répondre à des obligations légales. La comptabilité consiste à classer, enregistrer et synthétiser les différentes opérations de la mutuelle, sous la forme d'entrées et de sorties de ressources.

### ● La gestion financière

La gestion financière s'attache à la situation financière de la mutuelle, à ses besoins et moyens de financement, à ses décisions d'investissement et aux risques financiers auxquels elle est soumise. Elle inclut la gestion prévisionnelle (budget / trésorerie).

### ● Le contrôle interne

Le contrôle interne consiste à vérifier que les décisions de l'assemblée générale (AG) sont bien appliquées, que les tâches sont correctement exécutées, que les ressources sont bien utilisées et que les statuts et règlement intérieur sont respectés.

### ● Le suivi et l'évaluation

Le suivi peut se définir comme une activité continue qui consiste à contrôler le bon déroulement du programme d'activités prévu et à fournir, en temps utile, les éléments d'informations nécessaires à une prise de décisions efficace.

L'évaluation est une activité périodique qui consiste à dresser un bilan de l'action, en cours ou en fin d'exercice. Généralement, une évaluation consiste à apprécier si les objectifs fixés sont atteints. Elle doit chercher les raisons des écarts entre le niveau d'atteinte des objectifs et les prévisions.

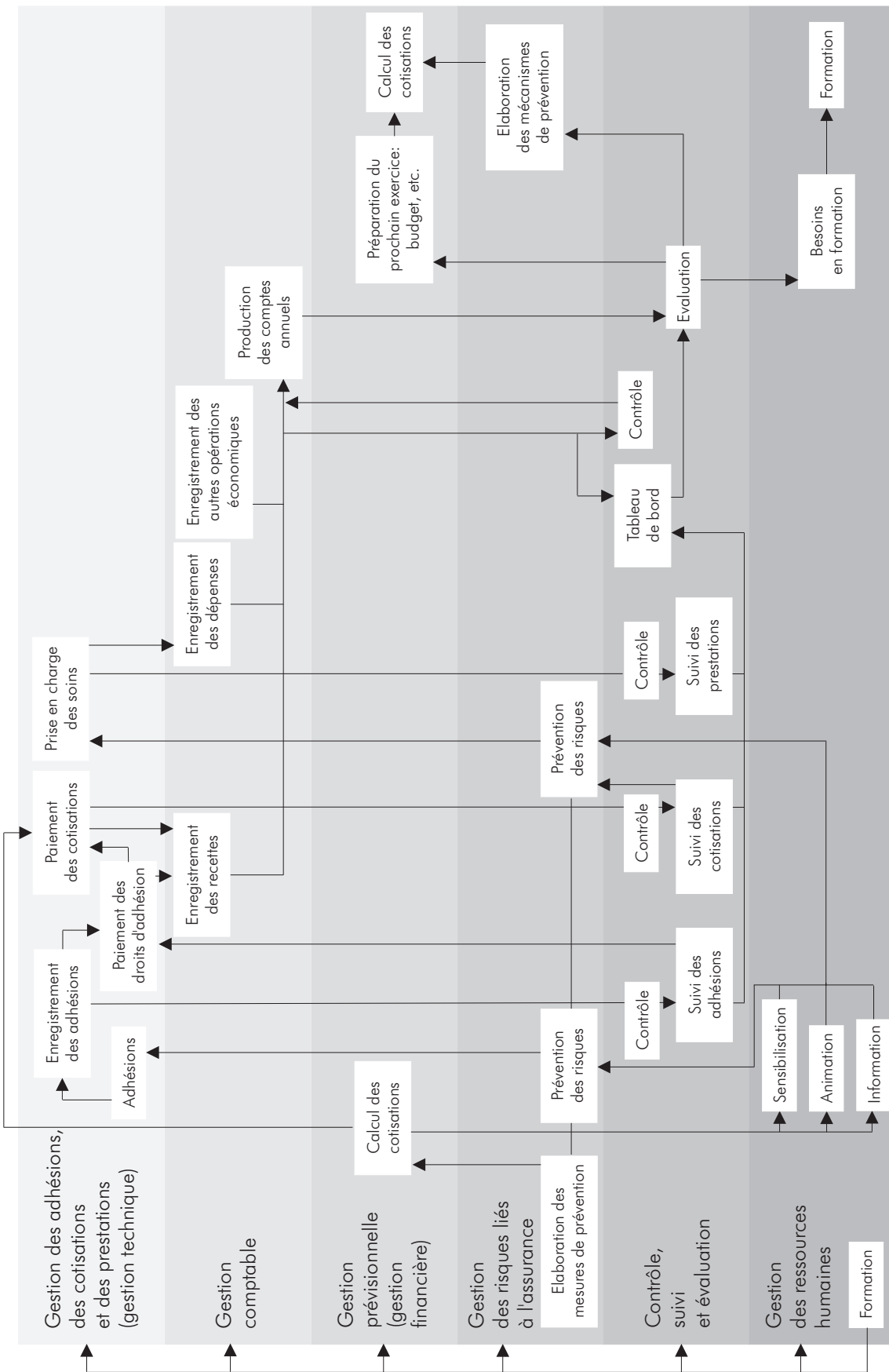
Chaque domaine de gestion est important et le fait d'en négliger un peut compromettre l'ensemble du système de gestion.

## **2.3 Les interrelations entre les domaines de gestion**

---

Le schéma de la page suivante met en évidence quelques relations entre différents domaines de gestion. On peut constater que chaque tâche associée à un domaine donné, dont la présentation est très simplifiée dans ce schéma, découle d'une tâche dans un autre domaine et en entraîne une nouvelle dans un nouveau domaine.

## Quelques interrelations entre les domaines de gestion





## 2.4 L'incidence des principes mutualistes sur la gestion d'une mutuelle

---

Comme il a été présenté dans le chapitre précédent, la mutualité repose sur un ensemble de principes qui lui sont propres. Parmi ces principes, ceux présentés ci-dessous ont une incidence particulièrement forte sur la gestion de la mutuelle.

<b>La solidarité</b>	La solidarité est le véritable fondement de la mutualité. Elle s'exprime dans le montant des cotisations qui est indépendant du risque de l'adhérent de tomber malade et dans la liberté d'adhésion. Dans certaines mutuelles, il existe également une solidarité des plus riches envers les plus pauvres. Le montant de la cotisation est alors proportionnel aux revenus de l'adhérent.
<b>Le caractère non lucratif</b>	Comme toute autre organisation mutualiste, une mutuelle de santé n'a pas pour but de réaliser des profits ou de redistribuer une part des résultats entre les adhérents. Elle a cependant l'obligation d'équilibrer ses comptes et de réaliser des excédents qui seront utilisés pour constituer une réserve financière, afin de se prémunir contre une augmentation imprévue des prestations (épidémie, etc.). Une partie de ces excédents peut également être utilisée pour offrir de nouvelles prestations.
<b>Fonctionnement démocratique et participatif</b>	Le fonctionnement d'une mutuelle est placé sous la responsabilité première des adhérents réunis en AG. Pour qu'ils soient à même de jouer leur rôle, les adhérents doivent recevoir une formation adéquate et disposer d'informations claires, complètes et facilement compréhensibles. Procurer aux adhérents cette information et la soumettre à discussion est une tâche centrale dans la gestion d'une mutuelle.
<b>Autonomie et liberté</b>	Une mutuelle de santé est une structure privée et indépendante des pouvoirs publics, des organisations confessionnelles ou des groupes d'intérêts. Sa gestion ne doit donc pas être soumise à l'ingérence de tiers. Elle doit s'exercer dans le respect de la législation en vigueur.
<b>Responsabilité des adhérents</b>	Les activités d'une mutuelle de santé s'exercent dans la recherche permanente d'une responsabilisation des adhérents vis-à-vis de leur propre santé et d'une rigueur de fonctionnement permettant de garantir le respect des engagements vis-à-vis des bénéficiaires et des tiers.

Le tableau suivant compare la mutuelle de santé avec d'autres systèmes de couverture des dépenses de santé. Il permet de mettre en évidence les spécificités de la mutuelle qui découlent de ses principes de base.

	Mutuelle de santé	Assurance maladie obligatoire	Assurance commerciale	Coopérative de santé <sup>3</sup>
Adhésion libre	X		X	X
Participation des adhérents à la gestion	X	X <sup>2</sup>		X
Versement régulier de cotisations (ou primes)	X	X	X	
Apport des adhérents au capital social				X
Distribution des excédents aux adhérents				X
But non lucratif	X			X <sup>1</sup>
Cotisations fonction du risque personnel			X	
Solidarité entre adhérents	X	X		X
Mouvement social autonome	X			X

1 Variable selon la législation appliquée dans chaque pays.

2 Dans les systèmes de cogestion multipartites.

3 Coopératives d'offre de soins.

## 2.5 Les principes de gestion liés à l'assurance santé

### La garantie des prestations

L'assurance repose sur une notion d'obligation de l'assureur vis-à-vis des assurés. La mutuelle doit donc veiller à toujours être en mesure de faire face à ses engagements.

### L'inversion du cycle de production

Dans une entreprise commerciale classique, le prix de revient des produits fabriqués est connu avant la vente. Dans une mutuelle, ce cycle est inversé; la cotisation est calculée et encaissée sur base d'une estimation du prix de revient du produit d'assurance. L'assurance ne connaît le prix de revient réel qu'au terme de la période de couverture. Cette incertitude quant au prix de revient oblige à une prudence particulière en matière de gestion.

### Contractualisation avec les prestataires de soins

La mutuelle passe un (des) contrat(s) avec un (des) prestataire(s) de soins portant en particulier sur la qualité, la nature, la tarification des services de santé couverts et les modalités de paiement. Cette relation contractuelle constitue un aspect important de la gestion d'une assurance.

## 2.6 Quelques principes de gestion communs à toutes les organisations

La gestion d'une mutuelle de santé n'est pas seulement déterminée par des principes qui lui sont propres. Certains principes ont une importance tout aussi capitale dans la gestion d'une mutuelle que dans celle d'autres organisations. C'est en particulier le cas des principes ci-dessous.

<b>Adaptation</b>	L'organisation administrative, technique, comptable et financière doit être parfaitement adaptée à la taille, aux activités, aux services et aux moyens de la mutuelle.
<b>Simplification</b>	<p>Une gestion rigoureuse et efficace n'est pas forcément synonyme de complexité. La travail et les documents de gestion doivent être le plus simple possible au regard des besoins. Cela est d'autant plus vrai au sein des organisations dont les membres ont un faible niveau d'instruction. Dans ces organisations, il est notamment nécessaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ d'éviter les doubles emplois dans les documents et les écritures inutiles;</li> <li>✓ de définir et répartir les tâches en étant réaliste quant aux capacités des différents acteurs en présence;</li> <li>✓ d'accorder au renforcement des compétences une attention suffisante.</li> </ul>
<b>Compartimentage</b>	Une mutuelle peut mettre en place plusieurs activités, notamment gérer une assurance santé et disposer de ses propres formations sanitaires. Elle doit alors mettre en place une comptabilité séparée pour chaque activité.
<b>Progressivité</b>	Une mutuelle de santé suit des cycles de développement qui se schématisent de la façon suivante: démarrage effectif des services, période de développement, seuil d'équilibre, nouveau cycle. L'organisation, les mécanismes et outils de gestion ainsi que les compétences techniques des gestionnaires doivent faciliter ce développement de la mutuelle et évoluer avec celui-ci.
<b>Souci d'économie</b>	Dans un contexte de revenus faibles des adhérents, une mutuelle dispose de moyens financiers très limités. Elle doit donc opérer dans un souci constant d'économie. Il ne s'agit pas de proposer une assurance au rabais, mais de rationaliser l'activité, en particulier les frais de fonctionnement.
<b>Normalisation</b>	Une mutuelle doit adopter, autant que possible, une gestion basée sur des procédures et des documents normalisés (journaux, livres, compte de résultat et bilan) en conformité avec la législation.



# Partie 2

## **L'organisation administrative d'une mutuelle de santé**



Le fonctionnement d'une mutuelle de santé est sous la responsabilité de différents organes et acteurs. La manière dont les responsabilités sont réparties entre ces derniers, la capacité dont ils disposent pour accomplir leurs tâches auront un effet déterminant sur le fonctionnement de la mutuelle. Cette partie est consacrée à ces questions. Elle comporte quatre chapitres.

### **Chapitre 1 Les organes d'une mutuelle de santé**

Dans ce premier chapitre, les organes d'une mutuelle de santé sont présentés. Il s'agit en particulier des organes de décision, d'exécution et de contrôle. L'organigramme d'une mutuelle est également introduit afin d'illustrer la répartition des compétences et des responsabilités entre les organes et leurs relations fonctionnelles.

### **Chapitre 2 La répartition des tâches**

Ce second chapitre présente les différents acteurs qui agissent sur le fonctionnement d'une mutuelle de santé. Il s'agit des acteurs internes (adhérents, membres des organes, etc.) et externes (prestataires, structure d'appui, etc.) qui entretiennent des relations fonctionnelles. Dans ce cadre, un outil y est décrit: le tableau de rôle théorique et réel qui permet d'illustrer la répartition des tâches et d'évaluer la fonctionnalité de l'organisation de la mutuelle. Enfin, ce chapitre traite brièvement des besoins de formation nécessaires à l'accomplissement de ces tâches.

### **Chapitre 3 Les statuts et le règlement intérieur**

Ce troisième chapitre définit deux documents essentiels dans les mutuelles de santé: les statuts et le règlement intérieur. Un exemple de statuts et de règlement intérieur est donné à titre illustratif. Enfin, ce chapitre traite brièvement du processus d'élaboration des statuts et du règlement intérieur.

### **Chapitre 4 L'organisation des réunions**

Ce dernier chapitre traite de l'organisation des réunions, en particulier de l'assemblée générale, du conseil d'administration et du comité de surveillance. Il examine la préparation et le déroulement de ces réunions et fournit un certain nombre d'exemples d'outils (convocation, procès-verbal) utilisés dans le cadre de celles-ci. Une dernière section est relative au suivi de ces réunions.



## **Les organes d'une mutuelle de santé**

L'organisation interne d'une mutuelle de santé doit faire l'objet d'une attention particulière car elle conditionne, entre autres, l'efficacité du fonctionnement et le respect des principes mutualistes.

La structuration et les organes d'une mutuelle de santé doivent favoriser la démocratie, l'entraide, la solidarité, la responsabilité et la participation active de tous les adhérents.

Il existe un schéma «classique» d'organisation d'une mutuelle de santé. Toutefois, celle-ci dispose d'une grande liberté d'organisation et doit chercher à adapter sa structure et ses organes au contexte et à la mission qu'elle s'est fixée.

## 1.1 Les organes d'une mutuelle de santé

L'organisation «classique» d'une mutuelle repose sur trois grandes catégories d'organes:

- les organes de décision;
- les organes d'exécution;
- les organes de contrôle.

### Les organes de décision

Appelés également organes de gouvernance, les organes de décision ont la responsabilité de définir la mission, l'organisation et les statuts de la mutuelle. Leur conformation est déterminée par les principes de base de la mutualité; ces organes doivent en particulier permettre à tous les adhérents d'exercer leurs droits de participer aux décisions, à la gestion et au fonctionnement de la mutuelle.

#### L'assemblée générale (AG)

L'AG est la réunion de tous les adhérents de la mutuelle. Elle se tient au moins une fois par an, notamment, afin de:

- ✓ examiner et approuver les rapports d'activités et les états financiers de la mutuelle;
- ✓ adopter les décisions importantes;
- ✓ définir la politique générale de la mutuelle, son programme d'activités et son budget;
- ✓ élire les membres du conseil d'administration et du comité de surveillance.

Vu l'importance du rôle de l'AG, les statuts de la mutuelle doivent définir précisément les dispositions concernant la convocation des adhérents, les votes, la périodicité des réunions, etc.

### Les principales responsabilités de l'AG

- Définir la mission de la mutuelle et formuler sa politique générale.
- Approuver et modifier les statuts.
- Examiner et approuver les rapports d'activités des divers organes, y compris le comité de surveillance.
- Elire les membres du conseil d'administration.
- Elire les membres du comité de surveillance.

L'AG est l'organe de décision le plus important de la mutuelle car elle en détermine la politique générale. Ses décisions engagent tous les adhérents et tous les organes.

En ce qui concerne les modifications des cotisations, l'AG peut déléguer ses compétences au conseil d'administration, pour une période définie — souvent un an, renouvelable — après approbation des



- Décider des nouvelles orientations de la mutuelle.
- Décider de la fusion avec une autre mutuelle et de la dissolution de la mutuelle.
- Décider de l'admission et de l'exclusion des adhérents (dans les mutuelles de taille réduite ou dans celles où les cotisations sont annuelles).
- Décider dans toutes les autres matières prévues par les statuts.

#### **En matière de gestion**

- Examiner et approuver les comptes annuels et le budget.
- Fixer le montant des cotisations et de toute contribution spéciale.
- Utiliser les rapports des organes de contrôle pour évaluer les activités du conseil d'administration et du comité d'exécution.

décisions prises l'année précédente. Cette possibilité est surtout prévue pour pouvoir prendre rapidement des décisions si la situation financière le requiert (allocation budgétaire, placements, etc.).

L'AG ordinaire doit être convoquée au moins une fois par an pour approuver les comptes annuels et le budget. Une AG extraordinaire peut être convoquée si un nombre d'adhérents suffisant (le plus souvent au moins un cinquième) le demande.

La réunion de tous les adhérents peut s'avérer une opération lourde, onéreuse et souvent difficile lorsque les adhérents sont répartis sur une vaste zone géographique. C'est pourquoi, certaines mutuelles peuvent choisir d'organiser des assemblées de délégués.

### **Le conseil d'administration (CA)**

Le CA se compose de membres élus par l'AG et a pour mandat de mettre en application la politique générale de la mutuelle.

Les statuts et le règlement intérieur déterminent les attributions du CA qui dispose de pouvoirs suffisamment importants pour éviter d'organiser trop fréquemment des AG.

Les membres du CA assurent gratuitement leurs fonctions. Les frais occasionnés par leurs activités (déplacements, etc.) peuvent être remboursés.

### **Les principales responsabilités du CA**

- Veiller au respect des statuts en vue d'atteindre les objectifs de la mutuelle.
- Proposer l'admission et l'exclusion des adhérents et appliquer le cas échéant les sanctions disciplinaires prévues.
- Nommer les membres responsables du comité d'exécution (CE).
- 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.

Le CA est l'organe chargé de la gestion de la mutuelle. Il exerce toutes les responsabilités qui ne sont pas confiées explicitement par la loi ou les statuts à l'AG ou au CE.

Le CA propose à l'AG les décisions d'admission et d'exclusion des adhérents. Une fois adoptées, ces propositions seront appliquées par le CA. Dans l'attente de la décision de l'AG sur ces propositions, l'adhérent peut être provisoirement admis ou suspendu. Cette disposition peut

- Signer les accords et contrats, notamment avec les prestataires de soins.
- 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'AG.

#### **En matière de gestion**

- Veiller à l'établissement des états financiers annuels et préparer le budget pour l'exercice suivant.
- Coordonner les activités et le travail des divers comités.
- Etablir annuellement le rapport d'activités de l'ensemble de la mutuelle.
- Fixer la rémunération du personnel.

être difficile à appliquer dans les mutuelles de grande taille, et il est possible de déléguer au CA ou au CE la responsabilité d'admettre ou d'exclure un adhérent. Dans ce cas, un recours devant un autre organe, comité de surveillance par exemple, doit être possible.

De manière concrète, le CA doit suivre en permanence la gestion de la mutuelle et faire face aux problèmes qu'elle rencontre. Il peut déléguer une partie de ses attributions au président ou à un ou plusieurs administrateurs.

Les membres du CA sont tous des bénévoles qui acceptent de mettre leurs compétences et une partie de leur temps au service des autres.

Pour le fonctionnement quotidien et l'exécution des décisions prises par l'AG ou lui-même, le CA peut déléguer certaines responsabilités au CE.

## **Les organes d'exécution**

Les organes d'exécution s'occupent de la gestion quotidienne de la mutuelle. Il existe plusieurs formules possibles concernant ces organes.

### **Le comité d'exécution**

Le schéma le plus fréquent est la mise en place d'un CE, appelé également comité exécutif ou comité de gestion, composé de membres élus au sein du CA.

Il s'agit généralement de l'organe le plus actif de la mutuelle car c'est sur lui que repose la gestion quotidienne des activités.

Lorsqu'une mutuelle offre plusieurs services (assurance santé, formation sanitaire, microcrédits, etc.), le CE peut mettre en place des groupes de travail ou des commissions qui suivent chaque service.

## **Les principales responsabilités du CE**

- Assurer l'administration quotidienne de la mutuelle.
- Veiller à une bonne liaison entre les adhérents et l'administration.
- Négocier les contrats avec les prestataires de soins.
- Défendre les intérêts des adhérents en matière de santé vis-à-vis de l'extérieur.

Le CE, mis en place par le conseil d'administration, est responsable de l'exécution des décisions de l'assemblée générale et du conseil d'administration.

Selon la taille et l'organisation de la mutuelle, deux situations peuvent se présenter:

- Faire toute proposition utile au CA pour une meilleure atteinte des objectifs de la mutuelle.
- Négocier des contrats et accords après les avoir soumis au CA.
- Exercer toutes les fonctions qui lui sont dévolues par les statuts ou qui lui sont assignées par le CA et l'AG.

#### **En matière de gestion**

- Gérer les biens et les fonds de la mutuelle.
- Tenir les documents de gestion.
- Préparer pour le CA le budget et, une fois celui-ci approuvé, veiller à sa bonne exécution.
- Présenter les comptes annuels et l'exécution du budget au CA.
- Engager et superviser le personnel (sauf le directeur ou gérant).

- le CE peut être désigné au sein du CA. Il s'agit alors d'un CE restreint, permettant un fonctionnement souple et des décisions rapides. Il sera composé au moins du président, du secrétaire général et du trésorier;
- le CE peut être composé de personnel salarié auquel le CA confie la gestion quotidienne de la mutuelle. Un de ses membres, le directeur ou le gérant, participera aux réunions du CA pour y rendre compte de la gestion, mais le plus souvent il siègera à titre consultatif et ne participera pas aux votes.

#### **Les services administratifs**

Une autre formule possible, lorsque la taille et les moyens financiers de la mutuelle le justifient et le permettent, est la mise en place de services administratifs dotés d'un personnel salarié.

Dans ce cas de figure, la mutuelle est dirigée par un bureau composé de membres élus parmi ceux du CA. Les tâches de gestion courante de la mutuelle sont réalisées par le ou les services administratifs, sous le contrôle du bureau.

#### **Les organes de contrôle**

Les organes de contrôle s'assurent de la conformité des actes de la mutuelle avec ses statuts et son règlement intérieur. Ils vérifient que les procédures de gestion sont correctement suivies. Ils veillent également à la bonne tenue de la comptabilité et à la transparence des opérations financières.

Au niveau interne, une mutuelle peut mettre en place un comité de surveillance (CS), composé de membres élus, ou désigner un ou plusieurs commissaires aux comptes. Ceux-ci ont pour mission de contrôler la gestion et le respect des procédures et de rendre compte aux autres organes.

## Les principales responsabilités du CS

- Vérifier 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'exécution des décisions de l'AG.
- Attirer l'attention des organes responsables sur les irrégularités qui auraient été commises et proposer des mesures ou de nouvelles procédures visant à en éviter la répétition.
- Recueillir les plaintes des adhérents concernant les services offerts et en référer à l'organe ou à la personne compétente pour y remédier.
- Requérir la personne ou l'organe compétent pour effectuer une tâche non ou mal accomplie et lui enjoindre d'appliquer les procédures requises.
- Examiner et contrôler l'éligibilité des adhérents participant à l'AG.

### En matière de gestion

- Contrôler l'exactitude de la comptabilité et la régularité des opérations financières:
  - vérifier les écritures des documents comptables;
  - faire un rapprochement entre les différents documents;
  - faire l'inventaire de la caisse;
  - remplir les fiches de contrôle.
- Contrôler la bonne utilisation des documents de gestion des adhésions, des cotisations et des prestations.
- Contrôler la bonne marche des mécanismes de suivi.

Le CS, élu par l'AG, a pour mission de contrôler l'exécution des décisions prises par celle-ci et de garantir un fonctionnement efficace des divers organes de la mutuelle autres que l'AG.

Même dans les mutuelles d'une taille relativement faible ou de création récente, il est indispensable de désigner au moins une personne qui, après une formation appropriée, examinera de près les pièces justificatives et les enregistrements comptables.

## 1.2 L'organigramme de la mutuelle

L'organigramme de la mutuelle est la représentation schématique des différents organes et de leurs relations. Il sera plus ou moins complexe en fonction de la taille de la mutuelle (nombre et dispersion géographique des adhérents) et de ses activités. L'organigramme met en valeur la répartition des responsabilités ainsi que les rapports hiérarchiques entre les organes.

L'élaboration de l'organigramme repose sur les objectifs et les activités de la mutuelle ainsi que sur la répartition des rôles et l'organisation interne. Lorsqu'elle élabore son organigramme, la mutuelle doit tenir compte des considérations suivantes:

- l'organigramme doit représenter les relations hiérarchiques et de collaboration qui existent entre les différents organes;

- l'organigramme d'une mutuelle dépend avant tout de sa spécificité, de son environnement socio-économique et des habitudes locales en matière d'organisation. Les organes peuvent différer d'une mutuelle à l'autre mais doivent permettre une gestion démocratique;
- les organes sont constitués en fonction des activités prévues et des ressources de la mutuelle ainsi que de sa configuration. Une mutuelle de grande taille, structurée en plusieurs niveaux (village, commune et région, par exemple) aura un organigramme plus complexe qu'une petite mutuelle villageoise;
- les organes et les différents postes identifiés sont conçus indépendamment des personnes qui seront élues et appelées à les occuper.

### **Exemple**

Une mutuelle de santé intervient dans plusieurs villages et hameaux. Ses principaux objectifs sont:

- couvrir les dépenses de santé des bénéficiaires au centre de santé communal et à l'hôpital régional;
- favoriser l'accès aux médicaments et aux soins de base.

Pour atteindre ces objectifs, la mutuelle couvre en partie les consultations ambulatoires, les frais de maternité, les petites hospitalisations au centre de santé et les hospitalisations à l'hôpital provincial. Elle s'associe à un programme de développement local dont l'une des activités est de former des agents de santé villageois chargés de délivrer des soins de base, d'orienter les malades vers les services de santé et de distribuer des médicaments.

Les moyens financiers et humains de la mutuelle étant limités, celle-ci décide de mettre en place un nombre réduit d'organes tout en séparant ses deux activités: assurance et formation des agents de santé.

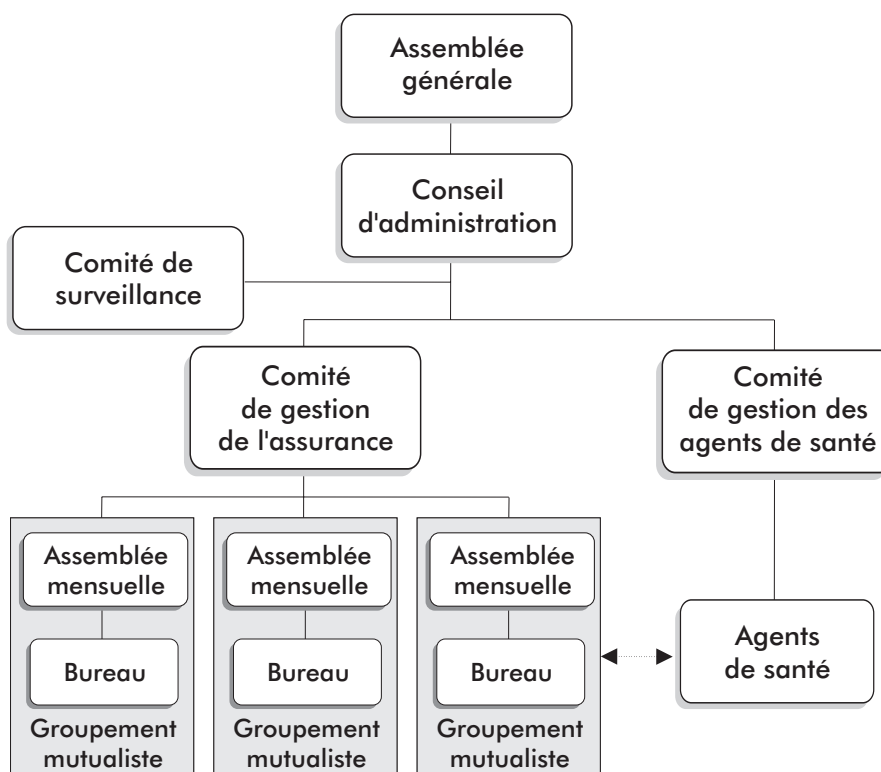
Son organigramme est très simple et présente les particularités suivantes:

- l'AG annuelle est l'organe souverain de la mutuelle. Elle réunit les adhérents des villages et hameaux. Les autorités locales ainsi que des représentants des formations médicales couvertes et du programme de développement local y sont également invités. Vu les difficultés pour réunir tous les adhérents, une grande partie des attributions de l'AG est déléguée au CA dont les membres ont notamment pour fonction de représenter les adhérents de leur groupement mutualiste;
- dans chaque village est constitué un groupement mutualiste qui est dirigé par une assemblée mensuelle des adhérents du village. Cette assemblée se réunit au moment du paiement mensuel des cotisations;
- dans chaque groupement, un bureau de trois membres collecte les cotisations et regroupe les attestations de soins des bénéficiaires;

- la gestion de la mutuelle est assurée par un CA qui est une assemblée des membres des bureaux des groupements villageois (au moins deux membres de chaque bureau) et a lieu chaque mois, après celles organisées dans les villages. Les représentants des groupements villageois déposent les cotisations et les attestations de soins, contrôlent les factures des prestataires de soins et discutent les problèmes éventuels signalés par les adhérents durant les assemblées villageoises;
- afin de marquer la distinction entre ses deux activités, la mutuelle a mis en place deux comités d'exécution:
  - un comité de gestion de l'assurance s'occupe de la gestion quotidienne de l'activité d'assurance de la mutuelle;
  - un comité de gestion supervise les agents de santé et veille à leur approvisionnement en médicaments;
- la mutuelle appuie l'installation d'un agent de santé dans chaque village où elle intervient. Celui-ci collabore avec le groupement mutualiste mais reste sous la responsabilité directe du comité de gestion des agents de santé de la mutuelle. Les agents de santé se réunissent au siège de la mutuelle une fois par mois. Le médecin du centre de santé communal et des représentants du programme de développement local sont souvent invités à assister à ces réunions en tant que conseillers techniques;
- un comité de surveillance composé de trois personnes contrôle le fonctionnement des autres organes (CA et CE), la conformité des actes de la mutuelle avec les statuts et règlement intérieur ainsi que la tenue des différents documents de gestion. Le programme de développement local avec lequel collabore la mutuelle réalise chaque année un contrôle externe et appuie la mutuelle pour l'élaboration de ses comptes annuels.

L'organigramme de la mutuelle peut être présenté de la façon suivante:

### Organigramme de la mutuelle





## La répartition des tâches

La gestion d'une mutuelle de santé repose sur un certain nombre de fonctions. Celles-ci regroupent de multiples tâches réparties entre différents acteurs.

Pour réaliser cette répartition des tâches, il faut, au préalable, clairement identifier tous les acteurs appelés à intervenir dans le fonctionnement de la mutuelle. Il faut également observer quelques règles:

- les postes de décision, ceux d'exécution et ceux de contrôle doivent être séparés;
- les responsabilités doivent être clairement définies;
- la charge de travail doit être bien équilibrée entre les différents acteurs, surtout au sein de la mutuelle;
- la formation nécessaire à la réalisation des tâches doit être assurée pour chaque acteur.

Ce chapitre passe en revue les acteurs possibles du fonctionnement d'une mutuelle de santé. Il présente des outils utiles pour répartir les tâches entre ces acteurs. Enfin, il présente quelques considérations relatives aux besoins de formation de ces derniers.

### 2.1 Les acteurs de la vie d'une mutuelle de santé

---

L'organisation, le fonctionnement et la vie d'une mutuelle de santé reposent sur un certain nombre d'acteurs entre lesquels se tissent des relations sociales, économiques, financières et techniques.

#### Les acteurs internes à la mutuelle

##### Les adhérents

La vie de la mutuelle repose sur la participation active des adhérents qui sont à la fois responsables et gestionnaires de leur organisation. Le rôle des adhérents, élus ou non, est donc important et ne doit pas être négligé.

##### Les membres du CA, du CE et du CS

Ils sont élus parmi les adhérents et assurent les fonctions d'administration et de gestion de la mutuelle ainsi que les responsabilités qui leur sont liées. Leurs fonctions sont bénévoles, ce qui pose des problèmes lorsque certains ont une charge de travail trop contraignante (en d'autres termes: «le bénévolat n'est pas synonyme de sacrifice»). La mutuelle doit veiller à une répartition équilibrée de la charge de travail et à assurer à chaque responsable de bonnes conditions de travail, dans l'intérêt de tous les adhérents.

##### Le personnel salarié ou indemnisé

Lorsqu'une mutuelle dispose de suffisamment de moyens financiers et lorsque le nombre d'adhérents et l'importance des activités le justifient, la mutuelle peut recourir à du personnel rémunéré. Ce personnel n'assure que des fonctions exécutives, au sein de postes

précis, avec des tâches bien définies. Il est placé sous la responsabilité et le contrôle des membres du CA et du CE.

### **Le personnel bénévole**

Il ne s'agit pas d'adhérents élus, mais de personnes qui réalisent, de façon permanente ou occasionnelle, certaines activités au bénéfice de la mutuelle. Ces personnes peuvent, par exemple, participer aux actions d'animation et d'information de la population ou aider à l'organisation des AG (préparation des salles, etc.).

## **Les acteurs externes à la mutuelle**

### **Les prestataires de soins**

Les prestataires de soins jouent un rôle important car leur comportement vis-à-vis des mutualistes, la qualité de leurs services, le respect des contrats, etc., conditionneront en grande partie le bon fonctionnement de la mutuelle. Ils jouent également un rôle dans certaines fonctions de gestion, notamment dans le traitement des demandes de prise en charge.

### **Les prestataires de services**

Il s'agit de l'ensemble des structures de services — cabinets comptables, structures de formation, etc. — qui, moyennant rémunération, peuvent intervenir dans le fonctionnement de la mutuelle.

On peut également inclure dans cette catégorie les institutions financières dont les services ont une incidence sur le fonctionnement de la mutuelle (possibilité d'ouverture de comptes multiples, de paiement par chèque et virements bancaires, etc.).

### **L'assistance technique**

Une mutuelle peut bénéficier d'une assistance technique, généralement non rémunérée, qui peut provenir:

- ✓ de mutuelles d'autres régions ou pays, de programmes de développement, d'ONG, d'organisations internationales, d'agences de coopération, etc.;
- ✓ de structures sanitaires; celles-ci peuvent appuyer la promotion de mutuelles de santé dans leur zone d'action;
- ✓ de diverses structures locales (administratives, religieuses, traditionnelles, etc.), qui interviennent souvent dans la sensibilisation et dans la circulation de l'information.

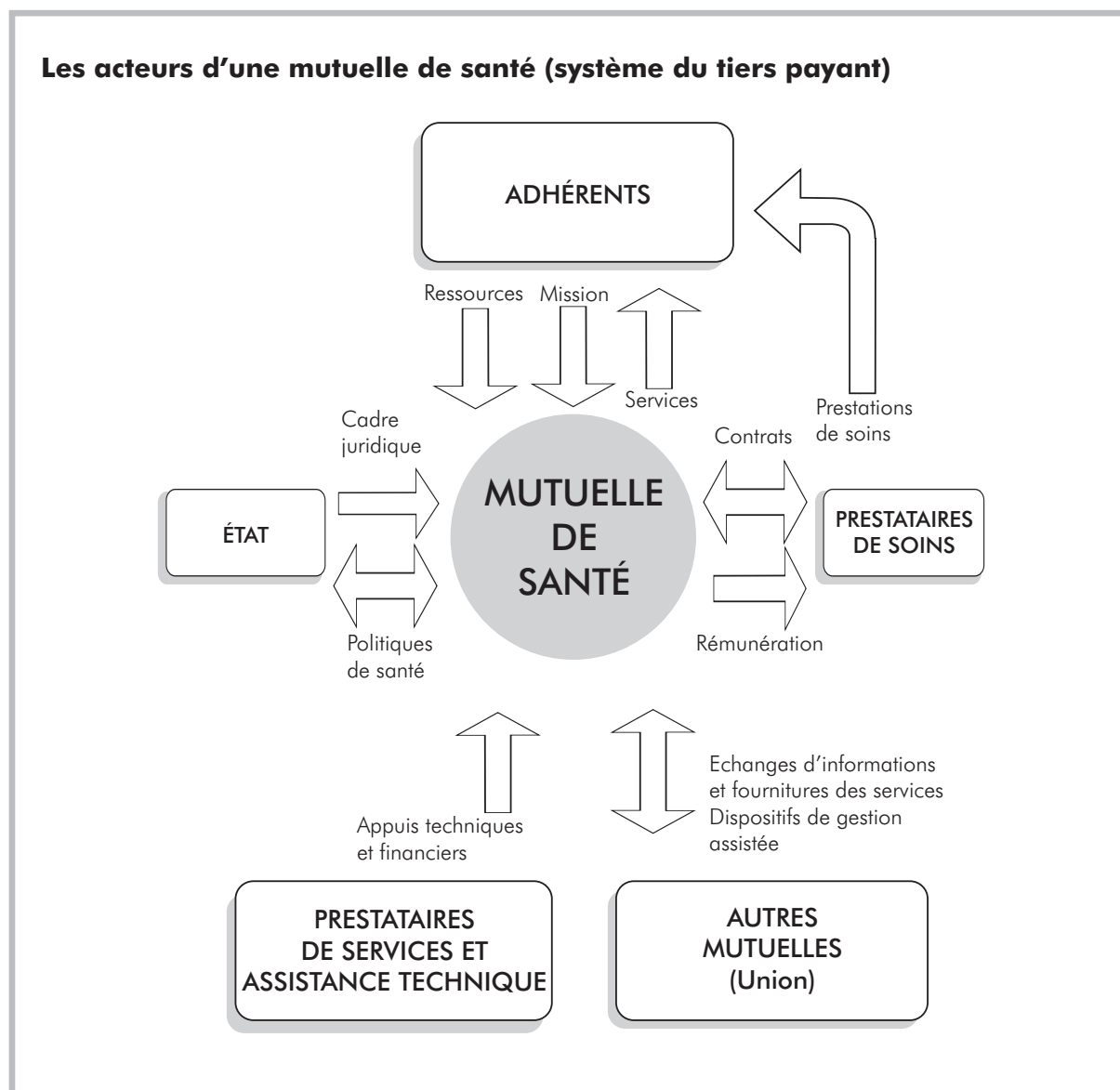
### **Les unions et fédérations de mutuelles**

Les unions et/ou fédérations apportent également des services techniques et financiers pour les mutuelles. Les mutuelles sont membres de ces organisations; elles participent à leur administration et à leur gestion.



## L'Etat

L'Etat joue des rôles divers auprès des mutuelles selon les contextes. Il a généralement à charge la définition et l'application du cadre institutionnel et législatif, la régulation et le contrôle des activités. Il peut participer à la diffusion d'informations sur les mutuelles, favoriser la concertation entre mutuelles sur un plan national ou régional, subventionner le fonctionnement, etc.



## 2.2 Le tableau de rôle

Le tableau de rôle a une double utilité :

- lors du processus de mise en place de la mutuelle, il facilite la définition de l'organisation et de la répartition des tâches entre les différents acteurs;
- au cours de l'évolution de la mutuelle et à des périodes régulières, il permet d'évaluer la fonctionnalité de l'organisation et de la répartition des tâches.

On distingue deux «types» de tableau de rôle.

### ● **Le tableau de rôle théorique** <sup>10</sup>

Le tableau de rôle théorique construit, sur la base des documents et textes en vigueur (statuts, règlement intérieur, manuel de procédures, etc.), permet de visualiser la manière dont l'organisation de la mutuelle a été conçue et devrait fonctionner.

L'élaboration du tableau de rôle théorique présente plusieurs avantages importants (surtout lorsqu'elle fait l'objet de séances de travail réunissant des mutualistes, des prestataires de soins et d'autres acteurs):

- ✓ en détaillant les tâches, les mécanismes, voire les documents, qui seront utilisés, la construction du tableau de rôle favorise une bonne compréhension du fonctionnement de la mutuelle et des tâches que chacun aura à accomplir;
- ✓ l'élaboration du tableau de rôle est utile pour jeter les bases du règlement intérieur de la mutuelle et des contrats avec les prestataires de soins;
- ✓ le tableau de rôle théorique servira de base pour l'évaluation du fonctionnement sur le plan organisationnel.

### ● **Le tableau de rôle réel**

Le tableau de rôle réel permet d'analyser la distribution des tâches telle qu'elle est effectivement assurée au sein de la mutuelle. Son remplissage ne doit donc pas se faire sur la base des textes réglementaires mais à partir des pratiques observées dans la réalité. Cette analyse doit faire ressortir la fonctionnalité des divers organes et les responsabilités effectives des différents acteurs. Il convient de:

- ✓ vérifier l'existence d'un acteur pour chaque fonction figurant dans les tableaux de rôle;
- ✓ identifier d'éventuels dysfonctionnements dans les procédures et attributions (duplications dans les responsabilités, croisement de responsabilité verticale et horizontale, etc.);
- ✓ apprécier la pérennité du dispositif de gestion, c'est-à-dire examiner dans quelle mesure les fonctions et les tâches sont assurées par des acteurs n'étant pas appelés à se retirer.

Le tableau de rôle réel est à rapprocher du tableau de rôle théorique. Il s'agit de mettre en évidence les écarts entre la distribution des tâches prévue par les textes et celle constatée dans la réalité. L'analyse portera sur:

- ✓ les écarts entre ce qui est prévu et ce qui est effectué;
- ✓ la recherche de l'origine de ces écarts;
- ✓ l'appréciation des conséquences des écarts sur le bon fonctionnement de la mutuelle.

L'analyse des écarts entre les deux tableaux donne une première appréciation du fonctionnement organisationnel de la mutuelle.

10 Cette partie est inspirée du *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé*, BIT/STEP, CIDR, Genève, 2001.

## ● Présentation

Ces deux tableaux se présentent de la même façon:

- ✓ les différents acteurs internes et externes à la mutuelle figurent en colonne;
- ✓ les tâches à accomplir sont listées en ligne. Elles sont réparties par catégories; par exemple, le traitement des adhésions, la prise en charge des dépenses de santé, etc.

Dans le cadre de la présentation standard d'un tableau de rôle, une croix est portée à l'intersection entre la ligne d'une tâche et la colonne de l'acteur concerné. Davantage de précision peut être apportée en remplaçant cette croix par des symboles tels que: -- (implication très faible), - (implication faible), + (implication importante), ++ (implication très importante), afin de préciser l'importance de l'intervention de chaque acteur dans la réalisation d'une tâche donnée.

Une autre présentation est possible pour le tableau de rôle théorique: les croix sont remplacées par un bref descriptif des activités liées à une tâche («collecte des cotisations», «convocation des réunions», etc.). Il est également possible de faire apparaître les documents utilisés et de relier les différentes activités par des flèches afin de schématiser les différentes étapes de réalisation.

## ● Règles d'utilisation

- ✓ Pour plus de précision, il est possible de détailler certains organes de la mutuelle. Par exemple, le comité d'exécution peut être subdivisé en trois colonnes: président, secrétaire et trésorier. Ce niveau de détail est utile dans le cas des organes les plus actifs de la mutuelle.
- ✓ Les tâches doivent être présentées dans un ordre logique, par exemple selon un ordre chronologique.
- ✓ Il est important d'impliquer les acteurs externes principaux dans l'élaboration du tableau de rôle théorique.
- ✓ Lorsqu'il est utilisé comme outil d'évaluation, le tableau de rôle doit permettre d'animer des discussions sur la réalisation des tâches, les difficultés rencontrées, etc.

### **Exemple**

Une association d'appui à des groupements féminins d'une commune décide de promouvoir la mise en place d'une mutuelle de santé. Un groupe de travail, constitué de représentantes des groupements ainsi que d'animatrices de l'association, a défini les prestations et identifié les prestataires de soins. Pour définir l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle, le groupe de travail se réunit avec les prestataires. Suite à cette réunion, les documents réglant le fonctionnement et la gestion de la mutuelle sont finalisés. Sur la base de ces documents, le tableau de rôle théorique suivant est élaboré (seule une partie des tâches est présentée ici):

## Tableau de rôle théorique

Tâches	Acteurs	Mutuelle			Presta- taires	Asso- ciation
		Adhé- rents	CE	CA		
<b>Préparation d'un nouvel exercice</b>						
Préparation du budget			X	X		
Préparation du plan de trésorerie			X	X		
Approbation du budget					X	
Exécution du budget			X			
Contrôle				X		
Formation et appui						X
<b>Traitement des adhésions</b>						
Demande d'adhésion	X					
Enregistrement des adhésions			X			
Paiement droits d'adhésion et cotisations	X					
Enregistrement des paiements			X			
Contrôle				X		
Suivi						X
<b>Prise en charge des dépenses de santé</b>						
Accueil des malades					X	
Prestations de soins					X	
Délivrance des attestations de soins					X	
Dépôt des attestations au CE	X					
Etablissement des factures mensuelles					X	
Contrôle des recours et des factures			X			
Paiement des factures			X			
Contrôle				X		
Suivi						X
<b>Comptabilité</b>						
Tenue du journal de caisse			X			
Tenue du journal de banque			X			
Tenue du grand livre						X
Comptes annuels				X		X
Contrôle				X		
Audit						X

Après une année de fonctionnement, la mutuelle, avec l'appui de l'association, réalise une première évaluation de son organisation. Pour ce faire, un tableau de rôle réel est élaboré. Il se présente de la façon suivante:

### Tableau de rôle réel

Tâches	Acteurs	Mutuelle			Prestataires	Association
		Adhérents	CE	CA		
<b>Préparation d'un nouvel exercice</b>						
Préparation du budget			+	+		++
Préparation du plan de trésorerie			+	+		++
Approbation du budget					++	
Exécution du budget			++	+		
Contrôle				++		
Formation et appui						++
<b>Traitement des adhésions</b>						
Demande d'adhésion		++				
Enregistrement des adhésions			+			+
Paiement droits d'adhésion et cotisations		++				
Enregistrement des paiements			+			+
Contrôle				++		+
Suivi						++
<b>Prise en charge des dépenses de santé</b>						
Accueil des malades					++	
Prestations de soins					++	
Délivrance des attestations de soins					++	
Dépôt des attestations au CE		+				+
Etablissement des factures mensuelles					++	
Contrôle des recours et des factures			++			+
Paiement des factures			++			
Contrôle				++		+
Suivi						++
<b>Comptabilité</b>						
Tenue du journal de caisse			+			+
Tenue du journal de banque			+			+
Tenue du grand livre						++
Comptes annuels				+		++

Tâches	Acteurs	Mutuelle			Presta- taires	Asso- ciation
		Adhé- rents	CE	CA		
Contrôle			++			+
Audit						++

Légende:

+ : Implication importante

++ : Implication très importante

Ce tableau de rôle réel fait ressortir une intervention plus importante que prévu de l'association dans le fonctionnement de la mutuelle. L'association réalise, par le biais de ses animatrices, une partie des tâches liées au traitement des adhésions et à la comptabilité normalement dévolues au CE.

Les causes de cette situation évoquées lors de l'AG sont les suivantes:

- les membres du CE maîtrisent encore mal les outils comptables. Il faudra donc compléter leur formation;
- le traitement des adhésions nécessite une quantité de travail importante et des déplacements mensuels dans tous les groupements qui sont répartis sur l'ensemble de la commune. Les membres du CE ont très rapidement démontré leur incapacité à réaliser cette tâche trop contraignante en termes de temps et de déplacements. Aussi, les animatrices, qui visitent régulièrement ces groupements, sont-elles obligées de réaliser une partie des tâches de collecte et d'enregistrement des cotisations, d'enregistrement des adhésions et de regroupement des attestations de soins.

La charge de travail attribuée au CE est trop importante, ses membres se sont d'ailleurs montrés fortement démotivés lors de l'AG. Après débat, il a été décidé d'utiliser les groupements et de les intégrer dans l'organigramme de la mutuelle. Ils joueront désormais un rôle actif dans la collecte, l'enregistrement des cotisations (qu'ils devront déposer ensuite à la mutuelle), les adhésions et la récupération des attestations de soins. Le CE se voit ainsi déchargé d'une partie de son travail et pourra se consacrer de façon plus importante à la gestion.

A l'issue de cette AG, un nouvel organigramme et un tableau de rôle théorique ont été établis. De même, les statuts ont été modifiés afin d'intégrer les groupements comme des organes actifs de la mutuelle.

## 2.3 La formation des acteurs de la mutuelle de santé

La formation joue un rôle important dans le fonctionnement d'une mutuelle de santé. Les différents acteurs doivent disposer des compétences nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches. La formation permet d'accroître les performances de la mutuelle et de résoudre certains blocages. La formation n'est cependant pas la réponse à tous les problèmes. Certains d'entre eux résultent d'une mauvaise définition ou répartition des tâches, de la démotivation des responsables, d'une mauvaise communication, etc.

Pour remplir son rôle, la formation doit avant tout être opérationnelle, c'est-à-dire apporter, au moment opportun, des connaissances qui correspondent aux besoins des acteurs et sont adaptées à la spécificité de la mutuelle de santé.

Il est donc important pour une mutuelle d'identifier, à un stade donné de son processus de développement, les besoins de formation des différents acteurs.

### **L'identification des besoins de formation**

Les besoins de formation correspondent à l'écart entre les connaissances actuellement disponibles et celles nécessaires au bon fonctionnement de la mutuelle. Cet écart se modifie au cours du temps en fonction de l'évolution de la mutuelle (croissance, types de services, etc.), du remplacement des membres des organes, de l'entrée en vigueur d'un nouveau cadre institutionnel et législatif, etc. Il doit donc être évalué périodiquement.

Les besoins peuvent être identifiés:

- ✓ d'une part, à partir de la perception qu'en ont les acteurs eux-mêmes;
- ✓ d'autre part, à partir des évaluations menées périodiquement qui permettent de détecter les insuffisances et les besoins de connaissances.

### **L'adaptation de la formation aux besoins des acteurs internes de la mutuelle**

L'organigramme et le tableau de rôle montrent que tous les acteurs impliqués dans le fonctionnement d'une mutuelle de santé n'ont pas les mêmes responsabilités ni les mêmes tâches à accomplir. Par conséquent, il n'est pas utile d'organiser des sessions régulières de formation s'adressant simultanément à l'ensemble des acteurs. Il est en revanche nécessaire de bâtir un programme de formation adapté aux besoins spécifiques de chaque acteur.

### **Les adhérents**

Les adhérents sont directement concernés par la gestion de leur mutuelle puisqu'ils sont à la fois l'assureur et les assurés.

Le principe de démocratie participative n'est possible que si les adhérents connaissent et comprennent l'organisation et le fonctionnement de leur mutuelle. Ils doivent également disposer de toutes les informations nécessaires aux prises de décisions lors des AG. Chaque adhérent doit aussi connaître et maîtriser les modalités de prise en charge des dépenses de santé.

Pour une plus grande efficacité de la mutuelle, il est également intéressant d'organiser des actions d'éducation à la santé. En effet, celles-ci favorisent une meilleure prévention des risques de maladie et une utilisation rationnelle des services de santé.

Vu le nombre généralement élevé d'adhérents, il est difficile de mettre en place des sessions de formation à leur intention. Des actions de sensibilisation, d'animation et d'information sont plus adaptées.

### **Les élus (au sein du CA, CE et CS)**

Les élus devraient disposer de toutes les compétences et connaissances requises pour le bon fonctionnement de la mutuelle. Il faut cependant distinguer plusieurs cas de figure.

- ✓ Lorsque la mutuelle dispose d'un gestionnaire salarié, les membres des organes d'exécution et de contrôle doivent disposer des compétences nécessaires pour superviser et contrôler le fonctionnement.
- ✓ Lorsqu'elle bénéficie des services d'une structure externe (service technique d'une union, cabinet comptable, ONG, etc.), les élus doivent disposer au moins des compétences nécessaires pour:
  - accomplir les opérations de base en matière d'enregistrement des informations: adhésions, prestations, cotisations et autres opérations;
  - interpréter les comptes annuels et les données du suivi, notamment le tableau de bord.
- ✓ Lorsque la mutuelle ne peut embaucher un gestionnaire ni ne bénéficie d'un dispositif de gestion assistée, les élus doivent être capables de maîtriser toute la gestion de leur organisation. Il est cependant peu réaliste d'envisager de former, par exemple, un trésorier à la comptabilité en partie double si celui-ci n'a pas de connaissances de base en la matière. Cela est d'autant plus vrai que dans une mutuelle, la rotation des responsables est généralement importante. Dans une telle situation, la formation doit viser la maîtrise par les élus d'un système de gestion simplifié.

Dans tous les cas de figure, les élus doivent également tous disposer d'une formation en matière de planification, d'évaluation et d'animation.

### **Le personnel salarié**

Le personnel salarié est normalement recruté en fonction de ses compétences qui doivent correspondre aux besoins de la mutuelle.

Néanmoins, un personnel formé à la gestion des mutuelles de santé est encore rare dans la plupart des pays en voie de développement. La connaissance de la gestion d'entreprise n'est pas suffisante. Il faut en effet connaître la spécificité des mutuelles ainsi que les techniques propres à l'assurance. Le personnel salarié devra donc bénéficier le plus souvent d'une formation à la fois sur les principes mutualistes et sur la gestion de l'assurance.



## **Les statuts et le règlement intérieur**

Les statuts et le règlement intérieur jouent plusieurs rôles:

- fixer les règles qui régissent l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle ainsi que les responsabilités des organes et de l'ensemble des acteurs;
- concrétiser l'existence et l'autonomie de la mutuelle sur le plan institutionnel de manière à lui faire acquérir une reconnaissance vis-à-vis des tiers et une couverture juridique pour mener ses activités;



- établir les obligations réciproques entre les adhérents et leur mutuelle et constituer ainsi un contrat collectif.

### 3.1 Les statuts

---

Les statuts sont un ensemble d'articles volontairement adoptés par les adhérents<sup>11</sup> afin de définir leurs droits et devoirs, l'organisation de la mutuelle, l'articulation entre les différents organes et leurs attributions.

Les statuts jouent plusieurs rôles importants.

- **Ils fixent les objectifs et les règles relatives à l'organisation et au fonctionnement de la mutuelle**

Les statuts indiquent notamment:

- ✓ les dispositions garantissant le fonctionnement démocratique et solidaire de la mutuelle;
- ✓ la répartition des fonctions entre les différents organes et leurs responsabilités respectives;
- ✓ les tâches des administrateurs et gestionnaires tels que le président, le secrétaire, le trésorier, le gérant, etc.

- **Ils confèrent à la mutuelle le caractère d'organisation légalement reconnue**

Lorsque les statuts sont approuvés par les autorités compétentes, la mutuelle de santé acquiert une personnalité morale légalement reconnue. Dès lors, elle peut, entre autres:

- ✓ ouvrir des comptes bancaires;
- ✓ passer des contrats: relations avec les prestataires de soins, emprunts, locations, partenariat avec d'autres organisations, etc.

- **Ils rythment les principaux moments de la vie institutionnelle de la mutuelle**

Les statuts règlent:

- ✓ la tenue des AG;
- ✓ l'établissement des rapports d'activités;
- ✓ la présentation et l'approbation des rapports d'activités et des états financiers (compte de résultat et bilan);
- ✓ le renouvellement des responsables et des membres des différents organes.

- **Ils constituent pour les adhérents une garantie de leurs droits aux prestations de la mutuelle**

La mutuelle de santé se distingue des autres systèmes d'assurance par le fait que l'adhérent est en même temps gestionnaire et bénéficiaire de l'assurance. En d'autres termes, il est à la fois assureur et assuré.

Par conséquent, et à la différence des autres systèmes d'assurance, la mutuelle ne peut passer de contrat avec ses adhérents (on ne peut passer de contrat avec soi-même).

11 Louis, R. 1986: *Manuel de formation coopérative fascicule 2*, «Organisation et fonctionnement administratif des coopératives» (Genève, BIT) p. 2.

Les statuts constituent dès lors un contrat collectif qui détermine les droits et les obligations des adhérents et de la mutuelle.

## **Le contenu des statuts**

Les grandes lignes des statuts sont conditionnées par le cadre institutionnel et légal dans lequel s'inscrit la mutuelle. Deux situations peuvent se présenter.

- ✓ Dans certains pays, il existe une loi régissant les mutuelles de santé. Lorsqu'elle existe, cette loi établit notamment des statuts types auxquels les mutuelles doivent se conformer.
- ✓ Dans la plupart des pays, il n'existe pas de législation spécifique aux mutuelles de santé. Celles-ci adoptent des statuts conformes aux textes législatifs ou réglementaires portant sur les associations, les coopératives et autres organisations à but non lucratif.

Les statuts sont élaborés sur la base:

- ✓ des principes fondamentaux de la mutualité;
- ✓ des besoins et des souhaits des adhérents;
- ✓ des objectifs que la mutuelle se fixe.

Le contenu des statuts s'articule généralement autour des rubriques suivantes:

- ✓ le siège social;
- ✓ l'objet de la mutuelle;
- ✓ les conditions et les modes d'adhésion, de radiation et d'exclusion des adhérents;
- ✓ la composition des organes de la mutuelle, le mode d'élection de leurs membres, la nature et la durée de leurs mandats, les conditions de vote à l'AG;
- ✓ les obligations et les droits des adhérents et de l'ensemble des bénéficiaires;
- ✓ les modes de placement et de retrait des fonds;
- ✓ les conditions de la dissolution volontaire de la mutuelle et de sa liquidation.

Lorsqu'il existe une législation régissant les mutuelles de santé, les statuts types auxquels les mutuelles doivent se conformer comportent généralement:

- ✓ des dispositions obligatoires portant sur les principes mêmes de l'action mutualiste;
- ✓ des dispositions facultatives que la mutuelle peut choisir ou adapter en fonction de ses besoins;
- ✓ une partie portant sur les dispositions propres à la mutuelle, relatives aux cotisations et aux prestations.

Les statuts sont adoptés et modifiés par l'AG. Ils sont ensuite enregistrés auprès de l'autorité légale compétente. Aussi, est-il prudent de ne pas les élaborer avec un niveau de détail trop important. Chaque modification à apporter nécessiterait en effet de réunir l'AG en session extraordinaire et de faire les modifications au niveau de l'enregistrement légal. Les statuts n'abordent donc que les points essentiels et sont complétés par un règlement intérieur plus facilement modifiable.

### **Exemple**

Le syndicat des propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar décide de créer une mutuelle de santé en faveur de ses adhérents, de tous les membres de la profession de la ville et de leurs familles, ce qui représente un public cible de plus de 40 000 personnes.

Le syndicat dispose d'un bâtiment au sein du centre artisanal de la ville et met un local à la disposition de la mutuelle. Celle-ci est toutefois totalement indépendante du syndicat même si celui-ci lui fournit des appuis par exemple en matière de gestion.

Par ailleurs, la mutuelle travaille avec un réseau de formations sanitaires réparties dans toute la ville et qui disposent déjà d'un accord avec le syndicat prévoyant une réduction des tarifs de 10 % en faveur des propriétaires de taxis-vélos.

Lors de l'AG constitutive, les statuts suivants ont été adoptés (le règlement intérieur est présenté plus loin).

## **STATUTS DE LA MUTUELLE DES PROPRIÉTAIRES DE TAXIS-VÉLOS DE KENLODAR <sup>12</sup>**

### **Titre 1 Dispositions générales**

#### **Chapitre 1 Formation et buts de la mutuelle**

**Article 1** Une mutuelle de santé est établie à Kenlodar sous la dénomination de «Mutuelle des propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar».

Son siège social est le bâtiment du syndicat des propriétaires de taxis-vélos - section de Kenlodar situé dans le centre artisanal de Kenlodar, sur la route de Sagirya.

La mutuelle des propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar a pour but de mener en faveur de ses bénéficiaires des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité visant:

- la prévention du risque maladie et la réparation de ses conséquences;
- la protection de l'enfance et de la famille.

**Article 2** Peuvent être bénéficiaires de la mutuelle les propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar ainsi que les membres de leur famille. Ces derniers bénéficient des avantages de la mutuelle en qualité de personnes à charge.

#### **Chapitre 2 Composition de la mutuelle et conditions d'admission**

**Article 3** La mutuelle se compose d'adhérents participants et d'adhérents associés:

12 Cet exemple de statuts s'inspire du plan et du contenu des statuts types établis par le Code de la mutualité française.

- le statut d'adhérent participant est réservé aux propriétaires de taxis-vélos qui disposent d'un agrément délivré par la sous-préfecture de Kenlodar. L'adhésion à la mutuelle n'est pas conditionnée à l'adhésion au syndicat des propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar;
- le statut d'adhérent associé est réservé aux conjoints de propriétaires de taxis-vélos ou à leurs enfants de plus de 18 ans qui souhaitent maintenir leur adhésion à la mutuelle à la suite du décès du titulaire (à condition que ce dernier ait été propriétaire de taxis-vélos et adhérent participant de la mutuelle).

**Article 4** Les adhérents sont admis après avoir rempli un formulaire de demande d'adhésion. Cette admission est ratifiée par le CA dans les semaines qui suivent l'accomplissement de cette formalité et avant la fin de la période d'observation à laquelle est soumis tout nouvel adhérent.

**Article 5** La mutuelle ne peut, pour l'affiliation de ses adhérents, ni recourir à des intermédiaires commissionnés ni attribuer des rémunérations en fonction du nombre d'adhérents ou des cotisations versées.

### **Chapitre 3 Administration**

#### **Section 1 Les organes administratifs de la mutuelle**

##### **Paragraphe 1 Le conseil d'administration (CA)**

**Article 6** La mutuelle est administrée par un CA composé de 21 adhérents élus par l'AG. Les adhérents éligibles doivent être à jour de leur cotisation. Les membres sortant sont rééligibles.

**Article 7** Les membres du CA sont élus pour trois ans et sont renouvelés par tiers tous les ans. Le premier conseil procède par tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres sont soumis à la réélection.

**Article 8** Le CA se réunit chaque fois qu'il est convoqué par le président et au moins une fois par trimestre. Le conseil ne peut délibérer valablement que si la majorité de ses membres assiste à la séance. Les décisions sont prises à la majorité simple. En cas d'égalité, la voix du président est prépondérante. Chaque réunion du CA donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal approuvé par le conseil lors de la séance suivante et conservé par le secrétaire.

**Article 9** Les membres du conseil peuvent, par décision du CA, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances, au cours de la même année.

**Article 10** Les fonctions des membres ne sont pas rémunérées. Toutefois, les frais de déplacement ou de séjour occasionnés par ces fonctions peuvent être remboursés sur justification.

##### **Paragraphe 2 Le bureau**

**Article 11** Il est constitué au sein du CA un bureau comprenant un président, un vice-président, un trésorier, un trésorier adjoint, un secrétaire et un secrétaire adjoint.

**Article 12** Le président et les membres du bureau sont élus chaque année par le CA au cours de la première réunion qui suit l'AG annuelle.

### **Paragraphe 3 L'assemblée générale (AG)**

**Article 13** Les adhérents se réunissent en AG une fois par an sur convocation du CA. En cas d'urgence, une AG extraordinaire peut être convoquée par le président. L'ordre du jour est fixé par le CA. Il doit être communiqué aux adhérents en même temps que la convocation.

**Article 14** Pour délibérer valablement, l'AG doit être composée du quart au moins des adhérents. Les décisions sont prises à la majorité simple des adhérents présents. Toutefois, la majorité requise est des deux tiers des adhérents présents lorsque les décisions portent sur la modification des statuts, la fusion de la mutuelle avec un autre groupement, la modification de ses services, l'acquisition d'immeubles pour l'installation de ses services et de ses actions sociales.

### **Section 2 Les attributions des différents organes de la mutuelle**

#### **Paragraphe 1 L'assemblée générale**

**Article 15** L'AG délibère sur les rapports qui lui sont présentés et statue sur les questions qui lui sont soumises par le CA. Elle se prononce sur le rapport d'activités et le compte rendu de la gestion financière du CA. L'AG est seule compétente pour:

- élire les membres du CA;
- décider de la modification des statuts;
- établir et modifier le règlement intérieur;
- se prononcer sur la fusion, la scission ou la dissolution de la mutuelle;
- décider de l'acquisition, la construction ou l'aménagement d'immeubles pour l'installation de ses services ou de ses œuvres sociales;
- décider de la cession de ces immeubles.

#### **Paragraphe 2 Le conseil d'administration**

**Article 16** Le CA dispose, pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'AG par les présents statuts.

**Article 17** Le conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, une partie de ses pouvoirs soit au bureau, soit au président, soit à une ou plusieurs commissions temporaires dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

#### **Paragraphe 3: Le président, le secrétaire et le trésorier**

**Article 18** Le président veille à la régularité du fonctionnement de la mutuelle, conformément aux statuts. Il préside les réunions du CA et les assemblées générales dont il assure l'ordre et la police. Il signe tous les actes et les délibérations et représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Le vice-président seconde le président. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs et dans toutes ses fonctions.

**Article 19** Le secrétaire est chargé des convocations, de la rédaction des procès-verbaux, de la correspondance, de la conservation des archives ainsi que de la tenue des documents d'enregistrement des adhésions. Le secrétaire adjoint seconde le secrétaire. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs et dans toutes ses fonctions.

**Article 20** Le trésorier encaisse les recettes et exécute les paiements. Il tient les livres de comptabilité et les registres de cotisations et de prestations. Il est responsable des fonds. Le trésorier adjoint seconde le trésorier. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs et dans toutes ses fonctions.

**Section 3** **Le comité de surveillance (CS)**

**Article 21** Un CS est élu chaque année par l'AG parmi les adhérents non-administrateurs. Il est composé de trois membres assistés par le comptable du syndicat des propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar. Il vérifie la régularité des opérations comptables, contrôle la tenue de la comptabilité, la caisse et les comptes bancaires. Les résultats de ses travaux sont consignés dans un rapport écrit communiqué au président du CA avant l'AG et présenté à celle-ci. Ce rapport est annexé au procès-verbal de l'AG.

**Section 4** **Dispositions diverses**

**Article 22** Toute discussion politique, syndicale, religieuse ou étrangère aux buts de la mutuelle est interdite dans les réunions du CA, de l'AG, du bureau et des différentes commissions et comités.

**Chapitre 4** **Organisation financière**

**Article 23** Les recettes de la mutuelle se composent:

- des droits d'adhésion et des cotisations des adhérents;
- des dons et des legs;
- des subventions accordées à la mutuelle par des structures privées ou publiques;
- des intérêts des fonds placés ou déposés;
- du produit des fêtes, des collectes, etc. organisées au profit de la mutuelle;
- des amendes.

**Article 24** Les dépenses comprennent:

- les prestations accordées aux bénéficiaires;
- les frais de gestion;
- les frais nécessités par l'organisation et la gestion des œuvres et des services sociaux éventuellement créés par la mutuelle.

**Article 25** Les excédents annuels sont affectés à raison de 50 % à la constitution d'un fonds de réserve. Ce prélèvement cesse d'être obligatoire quand le montant du fonds de réserve atteint l'équivalent de neuf mois de dépenses totales de la mutuelle effectuées pendant l'année précédente.

**Titre 2** **Obligations envers la mutuelle**

**Chapitre 1** **Droit d'adhésion**

**Article 26** Les adhérents paient un droit d'adhésion en entrant dans la mutuelle. Ce droit est versé lors de l'inscription de l'adhérent et de ses personnes à charge.

## **Chapitre 2 Cotisation**

**Article 27** Les adhérents participants et associés s'engagent à payer une cotisation mensuelle. Cette somme est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle.

### **Titre 3 Obligations de la mutuelle**

**Article 28** La mutuelle prend en charge une partie des dépenses de santé de ses bénéficiaires dans les formations sanitaires en relation contractuelle avec elle et selon les conditions fixées par le règlement intérieur.

**Article 29** Les adhérents qui ont cumulé un arriéré de plus de trois mois dans le paiement de leurs cotisations ne peuvent bénéficier de ces prestations.

**Article 30** Le règlement intérieur précise les modalités de prise en charge des dépenses de santé des bénéficiaires de la mutuelle.

### **Titre 4 Dispositions diverses**

#### **Chapitre 1 Adhésion aux unions**

**Article 31** La mutuelle peut adhérer à une ou plusieurs unions; la décision, le cas échéant, appartient à l'AG. Le CA élit, parmi les adhérents, les délégués qui représenteront la mutuelle à l'AG de chacune de ces unions. Le nombre et la durée du mandat de ces délégués sont déterminés par les statuts de ces organisations.

#### **Chapitre 2 Règlement intérieur, police et discipline**

**Article 32** Un règlement intérieur, établi par le CA et approuvé par l'AG, détermine les conditions d'application des présents statuts.

Seule l'AG peut amender les statuts sur proposition du CA. Tous les adhérents sont tenus de s'y soumettre au même titre qu'aux statuts.

#### **Chapitre 3 Démission, radiation, exclusion**

**Article 33** Tout adhérent peut quitter la mutuelle en donnant sa démission au CA.

**Article 34** Sont radiés les adhérents ne remplissant plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'adhésion. Leur radiation est prononcée par le CA.

**Article 35** Sont également radiés les adhérents qui n'ont pas payé leurs cotisations pendant six mois.

La radiation est précédée d'une mise en demeure par écrit dès l'expiration du délai fixé à l'alinéa précédent de cet article. La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze jours.

Un sursis peut toutefois être accordé par le CA à l'adhérent qui prouve que des circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché d'effectuer le paiement de ses cotisations.

<b>Article 36</b>	<p>Peuvent être exclus de la mutuelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● les adhérents dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la mutuelle;</li> <li>● les adhérents qui auraient causé aux intérêts de la mutuelle un préjudice volontaire et dûment constaté (fraude, détournement, etc.).</li> </ul> <p>L'exclusion est prononcée par le CA. Elle ne devient définitive qu'après avoir été entérinée par l'AG qui suit la notification à l'exclu. L'adhérent dont l'exclusion est prononcée par le CA a le droit, sur sa demande, d'être entendu par l'AG et de développer ses moyens de défense.</p>
<b>Article 37</b>	La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.
<b>Chapitre 4</b>	<b>Modification des statuts, fusion, dissolution, liquidation</b>
<b>Article 38</b>	<p>Les statuts ne peuvent être modifiés que sur la proposition du CA.</p> <p>Les modifications votées par l'AG n'entrent en vigueur qu'après avoir été approuvées par le ministère de tutelle des organisations mutualistes.</p>
<b>Article 39</b>	La fusion de la mutuelle avec une ou plusieurs mutuelles est prononcée à la suite des délibérations concordantes de l'AG de la mutuelle et du CA de la mutuelle absorbante. Elle devient définitive après approbation du ministère de tutelle des organisations mutualistes.
<b>Article 40</b>	La dissolution volontaire de la mutuelle ne peut être prononcée que dans une AG extraordinaire. Cette assemblée doit réunir la majorité des adhérents et le vote doit être acquis à la majorité des deux tiers des adhérents présents.

## 3.2 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur complète les statuts. Il en précise un certain nombre de dispositions concernant le fonctionnement pratique de la mutuelle.

Le règlement intérieur n'est pas un document nécessaire à la reconnaissance officielle de la mutuelle. Il est, comme son nom l'indique, un document interne à la mutuelle qui expose en détail ses règles d'organisation et de fonctionnement. Il constitue ainsi un document de référence pour fixer les responsabilités de tous les membres des organes, assurer la bonne gestion et la maîtrise des activités.

### **Le contenu du règlement intérieur**

Le règlement intérieur contient toutes les clauses précisant les modalités de fonctionnement de la mutuelle et qui n'apparaissent pas dans les statuts. Ces clauses doivent être conformes aux statuts.

Le règlement intérieur apporte généralement des précisions sur:

- ✓ les modalités pratiques d'adhésion;
- ✓ les modalités de réunion du CA et du CE ainsi que la tenue des AG (rédaction des convocations, procès-verbaux, etc.);
- ✓ les règles relatives aux élections des responsables des différents organes (présentation des candidatures, vote, etc.);



- ✓ les modalités de paiement des cotisations;
- ✓ les modalités de paiement ou de remboursement des prestations;
- ✓ les procédures comptables et financières (tenue des documents, pièces justificatives, rapports, sécurisation des fonds, suivi, etc.).

Le règlement intérieur a le même caractère obligatoire que les statuts à condition toutefois que son établissement ait été prévu par ces derniers et que les adhérents en connaissent le contenu.

## **Exemple**

### **RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE LA MUTUELLE DES PROPRIÉTAIRES DE TAXIS-VÉLOS DE KENLODAR**

#### **Titre 1 Dispositions générales**

##### **Chapitre 1 Formation et buts de la mutuelle**

**Article 1** La mutuelle des propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar a pour objectifs de promouvoir la prévoyance, l'entraide et la solidarité face aux risques maladie et de favoriser la protection de l'enfance et de la famille.

**Article 2** Le présent règlement intérieur complète les statuts de la mutuelle des propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

##### **Chapitre 2 Composition de la mutuelle et conditions d'admission**

**Article 3** La mutuelle se compose d'adhérents participants et d'adhérents associés.

- Le statut d'adhérent participant est réservé aux propriétaires de taxis-vélos qui bénéficient d'un agrément délivré par la sous-préfecture de Kenlodar. Pour adhérer, chaque propriétaire de taxis-vélos doit se présenter à la permanence de la mutuelle (bâtiment du syndicat des propriétaires de taxis-vélos, centre artisanal de Kenlodar), aux heures d'ouverture, munie de sa carte d'agrément de la sous-préfecture, afin d'y remplir un formulaire de demande d'adhésion.
- Le statut d'adhérent associé est réservé aux épouses ou aux enfants de plus de 18 ans des propriétaires de taxis-vélos décédés à condition que ceux-ci aient bénéficié du statut d'adhérent participant. Pour bénéficier de cette adhésion, le membre de la famille doit se présenter au bureau de la mutuelle dans le mois qui suit le décès du propriétaire de taxis-vélos afin de formuler son intention de prolonger l'adhésion au bénéfice des personnes à charge de celui-ci.

**Article 4** Les adhésions sont possibles durant toute l'année.

**Article 5** L'adhésion de tout nouvel adhérent est prononcée par le bureau de la mutuelle lors de la réunion qui suit la réception du formulaire d'adhésion dûment rempli. Une fiche d'adhésion est ensuite remplie par le secrétaire de la mutuelle et l'adhérent doit s'acquitter de son droit d'adhésion et de sa première cotisation.

Les nouvelles adhésions sont ratifiées par le CA avant la fin de la période d'observation dont la durée est fixée à l'article 17 de ce règlement. Si

l'adhésion est refusée par le conseil, le droit d'adhésion et la ou les premières cotisations sont remboursés au candidat. Si le conseil ne s'est pas prononcé avant la fin de la période d'observation, l'adhésion est approuvée d'office.

### **Chapitre 3 Administration**

**Article 6** Les élections des membres des organes se déroulent à main levée.

**Article 7** Le bureau de la mutuelle se réunit le premier vendredi de chaque mois, à l'exception des vendredis se situant entre le 1<sup>er</sup> et le 5 du mois. Dans ce cas, la réunion se tient le second vendredi du mois.

Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal rédigé et archivé par le secrétaire.

**Article 8** Le CA se réunit chaque trimestre sur convocation du président. Cette convocation précise la date et l'heure de la réunion ainsi que l'ordre du jour.

Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal rédigé et archivé par le secrétaire.

**Article 9** L'AG se réunit une fois par an sur convocation du CA. La convocation à l'AG est affichée à la permanence de la mutuelle ainsi qu'au panneau d'affichage du bâtiment du syndicat et à l'entrée du centre artisanal au moins quinze jours à l'avance. Cette convocation doit présenter l'ordre du jour de l'AG.

Tout adhérent peut demander l'inscription d'un sujet dans le cadre des points divers durant le délai entre l'affichage de la convocation et la tenue de l'AG.

### **Chapitre 4 Fonctionnement**

**Article 10** Le bureau assure la gestion quotidienne de la mutuelle. Il dispose d'un local au siège du syndicat des propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar et assure une permanence (de 15 à 17 heures) du lundi au vendredi. Doivent être présents à cette permanence le secrétaire et le trésorier ou leur adjoint.

**Article 11** Le secrétaire est chargé de la gestion des adhésions. Il aide les candidats à remplir les formulaires de demande d'adhésion. Lorsque les adhésions sont admises par le bureau, il remplit la fiche d'adhésion et tient à jour le registre d'adhésion.

**Article 12** Le trésorier encaisse les droits d'adhésion et les cotisations. Il tient à jour le registre de cotisation et le registre des prestations ainsi que les documents comptables de la mutuelle.

**Article 13** Un manuel de procédures décrit précisément l'ensemble des procédures liées à la gestion des adhésions, des cotisations et des prestations. Ce manuel complète le présent règlement intérieur et les membres du bureau sont tenus de s'y conformer.

### **Chapitre 5 Organisation financière**

**Article 14** Le trésorier ne peut conserver en caisse plus de 50 000 UM<sup>13</sup>. Il est chargé avec son adjoint du versement des fonds sur les comptes bancaires de la mutuelle.

13 UM = Unité Monétaire

**Article 15** Les retraits de fonds s'opèrent avec les signatures conjointes du trésorier ou du trésorier adjoint et du président ou du vice-président.

## **Titre 2 Obligations envers la mutuelle**

**Article 16** Chaque nouvel adhérent est tenu de payer le droit d'adhésion ainsi que la première cotisation pour être enregistré et recevoir une carte d'adhérent. Le droit d'adhésion s'élève à 500 UM.

**Article 17** Le montant de la cotisation mensuelle est fixée à 300 UM. Suite au paiement de la première cotisation, le nouvel adhérent ainsi que ses personnes à charge sont soumis à une période d'observation de trois mois durant lesquels l'adhérent doit payer ses cotisations mensuelles sans bénéficier des avantages de la mutuelle.

**Article 18** Le droit d'adhésion et la cotisation sont versés à la permanence de la mutuelle.

**Article 19** Les cotisations mensuelles doivent être versées avant le 15 de chaque mois. Les adhérents qui le souhaitent peuvent payer en une fois leurs cotisations pour un trimestre, un semestre ou une année.

## **Titre 3 Obligations de la mutuelle**

**Article 20** Les personnes qui figurent dans le registre d'adhésion ou les fiches d'adhésion et qui sont à jour de leurs cotisations ont droit aux prestations de la mutuelle.

**Article 21** La mutuelle prend en charge:

- 50 % des dépenses de santé (actes et médicaments) en consultation et soins ambulatoires des bénéficiaires dans les formations sanitaires qui ont passé un accord avec le syndicat des propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar. Cette prise en charge s'effectue sous forme de remboursement des adhérents sur présentation de factures des formations sanitaires. Selon le contrat passé avec la mutuelle, les adhérents et leurs personnes à charge bénéficient d'une réduction de 10 % sur les tarifs de ces centres;
- 100 % des dépenses en consultation prénatale et maternité dans les mêmes formations sanitaires. Selon le contrat passé avec la mutuelle, celle-ci applique le système de tiers payant sous forme de forfait;
- 80 % des dépenses en hospitalisation et chirurgie (actes et médicaments délivrés par l'hôpital) à l'hôpital public de Kenlodar. Selon le contrat passé avec la mutuelle, celui-ci applique le système de tiers payant sous forme de paiement à l'acte.

## **Titre 4 Dispositions diverses**

**Article 22** La mutuelle peut passer tout contrat ou accord permettant d'améliorer l'action de prévoyance. Ces accords sont négociés par le CA, ratifiés par l'AG et sont signés par le président.

**Article 23** Seule l'AG peut apporter des modifications au présent règlement intérieur. Néanmoins, le CA peut apporter des modifications qui s'appliquent immédiatement, sous réserve de leur ratification par l'AG suivante.

### 3.3 L'élaboration des statuts et du règlement intérieur

La rédaction et l'adoption des statuts et du règlement intérieur constituent l'aboutissement du processus de mise en place de la mutuelle. Cependant, il ne s'agit pas de documents figés. Ils peuvent en effet évoluer en fonction de l'expérience acquise par la mutuelle et de son adaptation à l'évolution du contexte.

L'élaboration des statuts et du règlement intérieur s'effectue généralement en plusieurs étapes.

1. A l'issue du processus de mise en place de la mutuelle, ses promoteurs réalisent une synthèse de toutes les règles d'organisation et de fonctionnement qui ont été déterminées et élaborent un projet de statuts et de règlement intérieur en conformité avec les dispositions légales (statuts types en particulier).
2. Lors de l'AG constitutive de la mutuelle, ces projets sont présentés aux participants qui devront les adopter, après débats et d'éventuelles modifications.
3. Cette adoption permet la constitution des organes, l'élection des différents responsables, la reconnaissance juridique de la mutuelle et le démarrage de ses activités.
4. Au cours de son existence, la mutuelle peut être amenée à amender les statuts et le règlement intérieur.
  - ✓ Les statuts ne peuvent être modifiés qu'en AG, sur proposition du CA, ce qui nécessite parfois de convoquer une AG extraordinaire en cours d'année.
  - ✓ Le CA peut apporter des modifications au règlement intérieur en cours d'année et les mettre immédiatement en application sous réserve de leur ratification lors d'une AG ordinaire.

Les statuts et le règlement intérieur ne doivent figer ni l'organisation ni le fonctionnement de la mutuelle. Ils doivent au contraire prévoir son évolution et s'y adapter.

## L'organisation des réunions

Les différents organes d'une mutuelle sont amenés à se réunir régulièrement, entre autres, pour:

- assurer l'exécution et le suivi des activités de la mutuelle;
- analyser le fonctionnement, discuter des problèmes et proposer des solutions;
- prendre des décisions;
- diffuser de l'information concernant le fonctionnement de la mutuelle;
- renouveler les membres des organes.

Ces réunions rythment la vie de la mutuelle ainsi que son évolution. Réunion après réunion, la mutuelle acquiert plus d'expérience et complète ou affine ses règles d'organisation et de fonctionnement.

La fréquence des réunions est programmée à l'avance et prévue dans les statuts ou le règlement intérieur. Cette fréquence diffère suivant les organes. Elle est généralement:

- annuelle pour l'AG;
- trimestrielle ou mensuelle pour le CA;
- mensuelle au moins pour le CE.

Cependant, des situations exceptionnelles peuvent demander la tenue de réunions extraordinaires. Il ne faut pas tomber dans l'excès car trop de réunions risquent à terme de démotiver tous les acteurs et de réduire l'efficacité.

## 4.1 La préparation et le déroulement des réunions

---

Deux types de réunions sont à distinguer:

- les AG;
- les réunions du CA et du CE.

### L'assemblée générale

L'AG est une réunion de tous les adhérents de la mutuelle. Il s'agit d'un événement «lourd» qui demande habituellement un important travail d'organisation. Il faut rappeler qu'en fonction de la structuration de la mutuelle, l'AG peut être décomposée en plusieurs assemblées, organisées à différents niveaux. Dans ce cas de figure, l'AG, au niveau de chaque structure de base (par exemple au niveau villageois) est constituée par les adhérents résidant à ce niveau. Les AG des autres niveaux de structuration (région, pays) sont constituées par des délégués élus par les niveaux inférieurs (délégués villageois, régionaux, etc.).

L'objectif d'une AG est double: d'une part, il s'agit d'impliquer les adhérents dans la gestion de la mutuelle et, d'autre part, de définir sa politique générale.

Pour remplir ces objectifs, l'AG doit permettre:

- ✓ d'informer les adhérents du fonctionnement de la mutuelle;
- ✓ de présenter et de discuter les résultats de l'exercice qui vient de s'écouler;
- ✓ de présenter et de discuter les propositions du CA pour l'exercice à venir;
- ✓ d'adopter un programme d'action pour l'exercice à venir.

Ces différents points constituent l'ordre du jour de l'AG ordinaire auxquels peuvent s'ajouter des sujets proposés par les adhérents ou par des partenaires externes.

Un préalable important à la tenue d'une AG est la convocation des adhérents pour les informer de la date, du lieu et de l'ordre du jour de la réunion. Cette convocation doit être diffusée suffisamment à l'avance afin de permettre aux adhérents de préparer

leur participation à l'assemblée. Cette diffusion peut s'effectuer de différentes façons:

- ✓ par des convocations individuelles;
- ✓ par des affiches apposées en des lieux déterminés d'avance et connus des adhérents;
- ✓ par des messages dans les médias locaux (radios, journaux, etc.);
- ✓ par le biais des autorités locales, des institutions religieuses, etc.

### Exemple

La Mutuelle Espoir organise sa troisième AG. Pour inviter ses adhérents à y prendre part, elle affiche dans tous les lieux publics la convocation suivante:

#### Mutuelle de santé ESPOIR

#### CONVOCAATION

La troisième assemblée générale de la Mutuelle de santé ESPOIR se tiendra dans la salle de réunion du foyer social de MOGO, le dimanche 5 janvier 2003 à partir de 9h00 et prendra fin à 13h00, sauf imprévus.

L'ordre du jour sera le suivant :

1. Adoption du procès-verbal de la dernière assemblée générale
2. Bilan d'activités et financier de l'année 2002
  - Rapport du président
  - Discussions
3. Rapport des vérificateurs de comptes. Adoption
4. Programme pour l'année 2003
  - Rapport du président
  - Discussion
  - Vote du budget 2003
5. Présentation par le médecin-chef du district d'un projet de collaboration avec la Mutuelle de santé ESPOIR dans le cadre de la Protection maternelle et infantile.
  - Discussions
6. Propositions diverses

L'assemblée générale sera suivie d'une fête villageoise animée par l'orchestre de l'Association des jeunes de MOGO.

Tous les adhérents sont attendus.

Le président  
Issiaka Mandé



Les discussions et les décisions prises lors d'une AG sont fondamentales car elles déterminent les orientations et le développement de la mutuelle. Pour cette raison, elles sont consignées dans un procès-verbal rédigé par un rapporteur (généralement le secrétaire de la mutuelle).

Le procès-verbal est le compte rendu officiel de l'AG. Il doit contenir:

- ✓ le titre de l'assemblée (X<sup>e</sup> AG de la mutuelle...), le lieu et la date;
- ✓ l'heure d'ouverture et celle de clôture;
- ✓ la liste des participants (mandatés, excusés, quorum);
- ✓ le résumé des points abordés, en respectant l'ordre du jour;
- ✓ l'enregistrement détaillé des décisions prises (administratives, concernant les activités, financières et diverses);

- ✓ les points prévus mais non abordés;
- ✓ la signature du rapporteur et celle du président.

Ces procès-verbaux sont conservés par le secrétaire et constituent la mémoire de la mutuelle.

### Les réunions des autres organes de la mutuelle

Les réunions du CA et du CE sont moins complexes à organiser que les AG. Elles sont plus fréquentes car nécessaires à la gestion courante de la mutuelle.

En règle générale, ces réunions ne donnent pas lieu à un envoi de convocations. La fréquence des réunions, voire les jours de réunion (exemple: le premier samedi de chaque mois), et l'ordre du jour sont souvent fixés par le règlement intérieur.

Ces réunions donnent lieu à l'établissement de procès-verbaux dont le modèle peut être plus simple que celui des AG.

### Exemple

Le CE d'une mutuelle se réunit tous les mois afin de faire le point sur la gestion courante de l'association.

A l'issue de chaque réunion, le secrétaire rédige un procès-verbal. L'exemple suivant est celui de la réunion du mois de juin 2002.

#### Procès-verbal

Le 10 juin de l'an 2002 s'est tenue à Bureau de la mutuelle

la réunion du Comité de la mutuelle.

L'ordre du jour était le suivant :

1. Compte-rendu des cotisations collectées pour le mois par le trésorier.
2. Compte-rendu des mouvements d'adhérents et des bénéficiaires du mois de mai par le secrétaire.
3. Rapprochement des factures et des attestations de soins du mois de mai.
4. Mise à jour des tableaux de suivi mensuel et du tableau de bord.
5. Compte-rendu des discussions avec le médecin chef régional concernant le comportement de l'infirmier du dispensaire.
6. Points par le président.

Nombre de présents : 5 Absents excusés : 1 Absents non-excuses : 0

Les décisions suivantes ont été prises :

- |  |   |
|--|---|
| 1. Le montant de la facture de l'hôpital sera payé le 15 juin par le trésorier.                | 4. Le trésorier déposera 150 000 UM de la caisse sur le compte bancaire de la mutuelle. |
| 2. Le dispensaire sera payé après contrôle avec le médecin chef régional.                      | 5. La prochaine réunion du comité aura lieu le 5 juillet, même lieu, même heure.        |
| 3. Le secrétaire est chargé de récupérer l'attestation de soins manquants de la famille n° 10. | 6.  |

Ouverte à 09h00 La séance a été levée à 11h00

Le rapporteur :



Le président de la réunion :



## 4.2 Le suivi des réunions

Le suivi des réunions est une activité qui incombe au CS ou, à défaut, à l'AG par le biais d'un rapport annuel. Ce suivi se justifie par l'importance de ces réunions et permet une mesure de la vitalité de la mutuelle.

Les indicateurs utilisés pour ce suivi sont essentiellement:

- le nombre de réunions tenues par chaque organe;
- la fréquence de ces réunions par rapport aux dispositions statutaires et réglementaires;
- le nombre de participants et le taux de participation aux réunions;
- la production de procès-verbaux.

Parallèlement à ces indicateurs, la prise de décisions doit également être vérifiée de même que l'application de ces décisions. La tenue de réunions stériles ou sans suite est également symptomatique d'un mauvais fonctionnement des organes.

Il s'agit cependant d'un suivi difficilement quantifiable et qui relève plus du contrôle interne (voir partie 7, chapitre 1: Le contrôle interne).

### Exemple

Le CS d'une mutuelle de santé réalise chaque mois un suivi des réunions des autres organes. Le tableau de suivi utilisé pour l'année 2002 se présente ainsi:

Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total	Normes
AG	1												1	1
AG extraordinaire														
Taux de participation aux AG (A)	75 %													
Réunions du CA			1			1			1			1	4	4
Taux de participation aux réunions du CA (B)			90%			100%			95%			100%		
Réunions du CE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	12
Taux de participation aux réunions du CE (C)	83%	100%	83%	100%	100%	100%	100%	100%	83%	67%	67%	67%		

Notes sur le tableau

A. Nombre de participants à l'AG / nombre d'adhérents.

B. Nombre de participants aux réunions / nombre de membres du CA.

C. Nombre de participants aux réunions / nombre de membres du CE.

A partir du mois de septembre, une mésentente entre certains membres du CE, au nombre de six, a provoqué la démission de deux d'entre eux. Le CE et le CA ont décidé d'attendre la prochaine AG afin de remplacer ces membres démissionnaires.



# Partie 3

## **La gestion des adhésions, des cotisations et des prestations**



La gestion des adhésions, des cotisations et des prestations regroupe des tâches et des fonctions essentielles dans le fonctionnement de la mutuelle. Dans ce domaine, celle-ci doit mettre en place des outils de gestion adaptés à ses caractéristiques. Cette partie présente à cet effet les définitions, mécanismes, documents et procédures rattachés à ce domaine de gestion. Elle comprend quatre chapitres:

### **Chapitre 1 La gestion des adhésions**

Ce premier chapitre décrit les modalités d'adhésion à une mutuelle de santé et fournit quelques définitions de base dans ce domaine. La gestion des adhésions nécessite le recours à plusieurs documents. Ils sont présentés dans ce chapitre ainsi que leurs règles d'utilisation à titre illustratif. Cette utilisation dans la pratique dépendra du mode d'organisation et de fonctionnement de chaque mutuelle. Le contrôle et le suivi des adhésions sont également décrits ainsi que les outils correspondants.

### **Chapitre 2 La gestion des cotisations**

Ce second chapitre est organisé selon la même logique que le précédent. Il décrit les modalités d'application du taux de cotisation et fournit quelques définitions de base. Il décrit également les documents utilisés le plus fréquemment dans les mutuelles en matière de gestion des cotisations et leurs règles d'utilisation. Ici aussi, il faudra tenir compte du fait que dans la pratique, le type de documents à utiliser dépendra du mode d'organisation et de fonctionnement de chaque mutuelle. Le contrôle et le suivi des cotisations sont décrits en dernière section ainsi que les outils correspondants.

### **Chapitre 3 La gestion des prestations**

Ce chapitre traite du troisième grand domaine de gestion de l'assurance santé, la gestion des prestations. Il décrit en particulier les modalités de recours aux services de santé, le contrôle des droits aux prestations ainsi que la facturation et le contrôle de la part des prestataires. Les outils principaux de gestion des prestations sont également décrits et illustrés. Il reviendra à la mutuelle de déterminer les documents à utiliser en fonction de ses propres caractéristiques. Une dernière section traite du contrôle des enregistrements et du suivi des prestations maladie ainsi que des outils correspondants.

### **Chapitre 4 Les procédures de gestion des adhésions, des cotisations et des prestations**

Ce dernier chapitre lie les domaines de gestion, étudiés séparément dans les chapitres précédents, afin de mettre en évidence leurs interrelations. Différents exemples de procédures sont présentés suivant les modes d'organisation de la mutuelle. Enfin, il est fait référence au manuel de procédures.

# La gestion des adhésions

La gestion des adhésions joue un rôle important qui dépasse le simple enregistrement des adhérents et des personnes à charge. Elle alimente les autres domaines de gestion (gestion financière, gestion des risques, contrôle, suivi et évaluation) en données et informations concernant les bénéficiaires de la mutuelle.

La gestion des adhésions consiste notamment à:

- **enregistrer toutes les informations relatives à la population couverte par la mutuelle**
  - ✓ inscription des nouveaux adhérents et de leurs personnes à charge;
  - ✓ enregistrement des mouvements de bénéficiaires (entrées et sorties);
- **fournir les informations nécessaires à la tenue du tableau de bord de la mutuelle**
  - ✓ mise à jour précise et permanente du nombre d'adhérents et de bénéficiaires nécessaires au calcul de certains indicateurs du tableau de bord de la mutuelle (taux de pénétration, taux d'utilisation des services de santé, etc.);
  - ✓ enregistrement des informations sur les bénéficiaires, utiles au suivi et à l'évaluation de la mutuelle (répartition des bénéficiaires par classes d'âges, sexe, etc.);
- **limiter certains risques liés à l'assurance (sélection adverse, risque moral, fraudes et abus) par la réalisation d'activités spécifiques**
  - ✓ délivrance et vérification des cartes d'adhérent;
  - ✓ vérification du respect des périodes d'observation;
  - ✓ production d'informations nécessaires au contrôle des droits aux prestations.

La gestion des adhésions repose sur des documents et des procédures qui doivent être précisément définies. Elle est étroitement liée aux modalités d'adhésion adoptées par la mutuelle.

## **Quelques définitions<sup>14</sup>**

### **L'adhérent aussi appelé «membre» ou «titulaire»**

L'adhérent est la personne qui adhère à la mutuelle de santé, c'est-à-dire qui verse un droit d'adhésion, s'engage à respecter les textes régissant le fonctionnement et donc, entre autres, à verser ses cotisations régulièrement. L'adhérent peut ouvrir le droit aux prestations de la mutuelle à un certain nombre de personnes qui dépendent directement de lui et sont appelées personnes à charge.

### **Les personnes à charge**

Le plus souvent, certains membres de la famille de l'adhérent peuvent bénéficier des prestations de la mutuelle. Selon les règles définies par cette dernière, il peut s'agir notamment:

14 Ces définitions sont tirées du *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance*, BIT/STEP, CIDR, Genève, 2001.

- du conjoint;
- des enfants jusqu'à un certain âge;
- de parents ou d'autres personnes à la charge permanente de l'adhérent.

### **Les bénéficiaires**

Les bénéficiaires sont les individus, adhérents et personnes à charge, qui bénéficient des services de la mutuelle de santé.

### **L'unité de base d'adhésion**

L'unité de base d'adhésion, c'est-à-dire la plus petite unité en dessous de laquelle il n'est pas possible d'adhérer, peut varier suivant les mutuelles. Il peut s'agir de:

- l'individu: chaque personne adhère individuellement à la mutuelle;
- la famille: l'adhérent entre dans la mutuelle avec tous les membres de sa famille. Les critères définissant la famille et la condition de «personne à charge» sont fixés à l'avance;
- un groupe d'individus: la population d'un village, le personnel d'une entreprise, les membres d'un groupement, etc. Dans ce cas, les membres du village, de l'entreprise ou du groupement adhèrent en tant que groupe.

### **La période d'adhésion**

Il s'agit de la période durant laquelle l'adhésion à la mutuelle est possible. On distingue deux catégories de périodes d'adhésion:

- la période ouverte d'adhésion: les nouvelles adhésions sont possibles à tout moment de l'année;
- la période fermée d'adhésion: les nouvelles adhésions ne sont possibles que pendant une ou des périodes précises de l'année pouvant durer d'un à plusieurs mois et correspondant généralement aux principales périodes de rentrée de revenus du public cible (en particulier lorsque la cotisation est annuelle).

## **1.1 Les modalités d'adhésion**

Schématiquement, l'adhésion passe par plusieurs étapes. Elle suit souvent le processus ci-dessous.

### **1. La demande d'adhésion**

Toute personne intéressée à entrer dans la mutuelle doit formuler, oralement ou par écrit, sa volonté d'adhérer et son engagement à respecter les statuts et le règlement intérieur.

### **2. Le paiement d'un droit d'adhésion et de la cotisation**

Lorsque la demande d'adhésion est acceptée par la mutuelle, la personne verse généralement un droit d'adhésion et sa première cotisation. Elle devient ainsi adhérente.

### **3. L'inscription de l'adhérent et de ses personnes à charge**

L'adhérent est aussitôt inscrit dans le registre d'adhésion. Une fiche d'adhésion est remplie avec toutes les informations nécessaires sur l'adhérent et les personnes à charge pour lesquelles il cotisera. Au moment de l'inscription dans le registre d'adhésion, un numéro de code est attribué à l'adhérent ainsi qu'à chacune des personnes à charge.

#### 4. La délivrance de la carte d'adhérent et le respect de la période d'observation

Après paiement de la cotisation et du droit d'adhésion, la mutuelle délivre au nouvel adhérent une carte d'adhérent. Cette carte indique entre autres la période après laquelle débute le droit aux prestations de l'adhérent. Cette période est appelée période d'observation, période d'attente ou encore stage. Durant cette période, tout nouvel adhérent paie ses cotisations mais ne bénéficie pas des droits aux prestations de la mutuelle. L'introduction de la période d'observation constitue un moyen de lutte contre le risque de sélection adverse (voir partie 6, chapitre 1).

##### **Le droit d'adhésion**

Le droit d'adhésion est un montant payé par tout nouvel adhérent lors de son inscription à la mutuelle. Ce montant est fixé par l'AG qui peut le modifier périodiquement. Il s'agit généralement d'un montant forfaitaire, indépendant de la taille de la famille ou d'autres caractéristiques de l'adhérent.

Le droit d'adhésion est le plus souvent utilisé pour:

- ✓ couvrir les frais inhérents à l'inscription (frais d'impression des documents, etc.). Dans ce cas, il peut être remplacé par la vente de la carte d'adhérent, mieux acceptée par les adhérents;
- ✓ financer les premiers frais de fonctionnement de la mutuelle, en attendant que les adhérents paient leurs cotisations. Le paiement du droit d'adhésion pour les adhérents qui entreront dans la mutuelle au cours des exercices futurs se justifie tout de même en raison du principe d'égalité entre adhérents.

Le droit d'adhésion n'est généralement payé qu'une seule fois, lors de l'entrée de l'adhérent dans la mutuelle et n'est pas renouvelable.

Deux exceptions sont possibles:

- ✓ lorsque le droit d'adhésion est remplacé par la vente de la carte d'adhérent, celle-ci doit être rachetée à chaque renouvellement (notamment en cas de perte, d'usure et de modifications à apporter);
- ✓ certaines mutuelles prévoient de faire payer à nouveau le droit d'adhésion lorsqu'un adhérent cesse de verser ses cotisations pour reprendre les versements après une période donnée.

## **1.2 Les documents**

---

Les documents relatifs aux adhésions et aux cotisations actuellement utilisés par les organisations mutualistes sont d'une grande diversité.

Quelle que soit leur présentation, ces documents doivent permettre l'enregistrement individuel de chaque adhérent et des personnes à charge, le suivi global du nombre d'adhérents, de personnes à charge et de bénéficiaires. Dans le cas de systèmes de tiers payant, ces documents doivent également permettre l'identification des bénéficiaires par les prestataires de soins. Un exemple d'organisation de l'enregistrement des adhésions est donné ci-dessous; d'autres modalités d'enregistrement (type de documents et procédures) sont possibles.

## ● L'enregistrement individuel de chaque adhérent et des personnes à charge

Lors de l'inscription, une fiche d'adhésion, appelée également fiche d'immatriculation, est remplie pour chaque adhérent. Cette fiche regroupe toutes les informations utiles sur l'adhérent et les personnes à charge (nom, prénoms, âge, sexe, adresse, etc.). Elle permet un suivi individualisé de chaque famille et facilite les contrôles.

## ● Le suivi global du nombre d'adhérents, de personnes à charge et de bénéficiaires

Il s'agit de réaliser un comptage qui permet à la mutuelle de disposer constamment des données nécessaires à la mise à jour du tableau de bord. Ce comptage repose sur le registre d'adhésion (ou registre des bénéficiaires) qui permet l'enregistrement en continu des entrées et des sorties d'adhérents et de personnes à charge et totalise le nombre précis de bénéficiaires. Les données de ce registre sont synthétisées périodiquement dans un tableau de suivi.

## ● L'identification des bénéficiaires par les prestataires de soins

Les prestataires de soins ont besoin d'identifier parmi leurs patients ceux qui sont couverts par la mutuelle. Ils doivent disposer, pour ces derniers, des informations nécessaires au remplissage des documents de prise en charge. Cela constitue l'une des fonctions de la carte d'adhérent.

### La fiche d'adhésion

La fiche d'adhésion, appelée également fiche d'immatriculation, est le document qui permet un enregistrement et un suivi individualisé de chaque adhérent et de chacune des personnes à charge.

L'usage de la fiche d'adhésion permet de:

- ✓ connaître l'identité de chaque adhérent et des personnes à charge;
- ✓ attribuer à chaque bénéficiaire un numéro de code qui permet de l'identifier précisément sans avoir à utiliser son nom en garantissant ainsi une confidentialité des documents relatifs aux prestations de soins;
- ✓ disposer à tout moment des informations nécessaires au suivi des adhésions (nombre d'entrées et de sorties de bénéficiaires et motifs [naissance, décès, etc.]).

### Présentation

Une fiche comprend au minimum les informations suivantes:

- ✓ le numéro de la fiche qui est celui de la famille et représente son numéro d'ordre d'entrée dans la mutuelle. La fiche numéro 25 correspond par exemple à la vingt-cinquième famille à s'être inscrite à la mutuelle;
- ✓ la date d'entrée de l'adhérent dans la mutuelle (qui correspond généralement au jour du paiement du droit d'adhésion);

- ✓ l'identité de l'adhérent:
  - nom, prénoms, date de naissance, sexe;
  - numéro de code précédé éventuellement du numéro du village et/ou du groupement (suivant la structuration de la mutuelle);
  - adresse (village, quartier, etc.);
  - profession;
- ✓ l'identité des personnes à charge:
  - nom, prénoms, date de naissance et sexe de chaque personne;
  - lien de parenté de chaque personne à charge avec l'adhérent (conjoint, enfant, etc.);
  - numéro de code.

### **Le numéro de code**

Un numéro de code (ou identifiant) est attribué à chaque bénéficiaire (adhérents et personnes à charge) lors de son entrée dans la mutuelle. Chaque numéro de code est unique et correspond à un bénéficiaire précis. Il permettra d'identifier ce dernier à travers les différents documents de gestion des prestations, sans avoir à utiliser son nom. Cette technique permet de conserver une certaine confidentialité: des informations sur les soins reçus par un bénéficiaire peuvent circuler, pour des besoins de suivi ou de contrôle, sans que le nom de la personne n'apparaisse. En cas de besoin, notamment pour le contrôle, la personne peut être aisément identifiée grâce à sa fiche d'adhésion ou au registre d'adhésion.

Le numéro de code est conçu en fonction de l'organisation de la mutuelle.

- Une mutuelle classique peut composer des codes très simples, tels que: numéro d'adhérent / numéro de bénéficiaire. Ainsi, le code 25/6 correspond à la sixième personne inscrite dans la famille du vingt-cinquième adhérent enregistré dans le registre de la mutuelle.
- Une mutuelle structurée en plusieurs niveaux devra élaborer une codification un peu plus complexe. Par exemple, une mutuelle couvrant plusieurs villages rajoutera un numéro identifiant le village au numéro propre à l'adhérent et au bénéficiaire.

- ✓ Des observations éventuelles sur la famille: motifs de sortie de la mutuelle, etc.

### **Règles d'utilisation**

- ✓ Lorsqu'une mutuelle est subdivisée en sections locales, les fiches d'adhésion sont tenues et conservées au niveau de ces dernières.
- ✓ La fiche d'adhésion est le premier document rempli lorsqu'un adhérent s'inscrit à la mutuelle et verse son droit d'adhésion.
- ✓ En cours d'exercice, toute nouvelle personne à charge déclarée par un adhérent est inscrite sur la fiche.
- ✓ Chaque fiche est numérotée, dans un ordre chronologique.



- ✓ Lorsqu'un adhérent se retire, son numéro de code ne peut être attribué à un autre adhérent qui entrerait par exemple au même moment. Si un adhérent sort de la mutuelle, sa fiche est conservée avec une mention signalant son retrait de la mutuelle. S'il décide, après quelques mois ou années d'entrer à nouveau, il reprend son numéro de code et la fiche est remise à jour. Cette règle permet d'éviter les confusions en matière de contrôle.
- ✓ Lorsqu'un adhérent se retire, le motif de son départ doit être inscrit dans une rubrique «Remarques». Il en va de même pour toute entrée ou sortie d'un autre bénéficiaire au sein d'une famille (naissance, décès, mariage, âge limite d'une personne à charge, etc.)

### Exemple

La Mutuelle Espoir a été mise en place par la fédération des groupements féminins d'un village. Afin de couvrir tout le village, la mutuelle a organisé ses adhérentes en groupements mutualistes de quartier.

Groupements mutualistes	N° de code
Groupement Mona	01
Groupement Petits Pas	02
Groupement Mission	03
Groupement Fodi	04
etc.	...

Chaque groupement est responsable des adhésions et de la collecte des cotisations dans son quartier et se dote d'un bureau constitué de trois femmes.

L'adhésion est familiale. Les cotisations sont mensuelles et calculées en fonction du nombre de personnes dans chaque famille. La cotisation par personne est fixée à 100 UM par mois.

Le droit d'adhésion est fixé à 1500 UM par adhérent. La période d'observation est de trois mois. La carte d'adhérent n'est délivrée qu'à l'issue de cette période.

Pour adhérer, chaque femme doit se présenter avec le montant du droit d'adhésion et de la cotisation mensuelle et avec la liste des noms et dates de naissance des membres de sa famille. Dans le groupement Petits Pas, le jour (03/01) de l'ouverture des adhésions, les trois premières femmes qui se présentent sont, dans l'ordre:

- Awa MADOU (28/05/70 - couturière) - époux: Ali KADO (15/07/66) - enfants: Amina KADO (13/11/87), Amadou KADO (06/02/90), Fati KADO (17/05/93);
- Amina SECK (11/02/80 - vendeuse) - époux: Ahmed TRAORE (02/10/79);
- Memounatou BA (02/09/55) - veuve - personnes à charge: Ali DIOP (10/05/85), Aïsha BA (24/06/75).

Le modèle suivant présente la fiche d'adhésion d'Awa MADOU.

<b>FICHE D'ADHESION</b>	N°: <i>1</i> .....					
<b>ADHERENT</b>						
Nom et prénom : <i>MADOU Awa</i> .....						
Date de naissance : <i>28 / 05 / 70</i> .....						
Adresse : <i>Quartier PETITS PAS</i> .....						
Profession : <i>Couturière</i> .....						
Date d'entrée : <i>03/01/2000</i> ..... Droit d'adhésion payé : <i>1 500 UM</i> .....						
Numéro de code : <i>02/01/01</i> ..... Carte délivrée le : <i>03/04/2000</i> .....						
Période d'observation : du <i>03/01/2000</i> ..... au <i>03/04/2000</i> .....						
<b>PERSONNES A CHARGE</b>						
Date d'entrée	N° de code	Nom et prénom	Date de naissance	Lien parenté	Date de sortie	Remarques
<i>03/01/00</i>	<i>02/01/02</i>	<i>KADO Ali</i>	<i>15/07/66</i>	<i>Mari</i>		
<i>03/01/00</i>	<i>02/01/03</i>	<i>KADO Amina</i>	<i>13/11/87</i>	<i>Fille</i>		
<i>03/01/00</i>	<i>02/01/04</i>	<i>KADO Amadou</i>	<i>06/02/90</i>	<i>Fils</i>		
<i>03/01/00</i>	<i>02/01/05</i>	<i>KADO Fatu</i>	<i>17/05/93</i>	<i>Fille</i>		
<b>Observations</b>						

### Le registre d'adhésion

Ce registre permet un suivi global du nombre de bénéficiaires. Son usage se justifie par le fait que la fiche d'adhésion ne permet pas un calcul aisé du nombre d'adhérents, les personnes à charge et globalement de l'ensemble des bénéficiaires de la mutuelle de santé à un moment donné.

Le registre d'adhésion permet d'enregistrer tous les mouvements (entrées et sorties) des bénéficiaires. Grâce à ce document, la mutuelle dispose rapidement des informations concernant:

- ✓ le nombre d'adhérents;
- ✓ le nombre de personnes à charge;
- ✓ le nombre de bénéficiaires;

- ✓ le nombre de nouvelles adhésions durant une période donnée;
- ✓ le nombre de sorties.

### Présentation

Un tableau est imprimé sur les pages du registre. Ce tableau permet un suivi distinct des adhérents, des personnes à charge et de l'ensemble des bénéficiaires. Il contient les informations suivantes:

- ✓ la date du mouvement (entrée / sortie) du bénéficiaire;
- ✓ le numéro de code de l'adhérent ou du bénéficiaire concerné ou le numéro de fiche d'adhésion.

Lorsqu'une mutuelle n'utilise pas de fiche d'adhésion, le registre a un double rôle: il permet un suivi de chaque bénéficiaire et un suivi global. Il comprend alors des informations supplémentaires:

- ✓ nom et prénoms;
- ✓ numéro de code, date de naissance, sexe, adresse, profession;
- ✓ observations.

### Règles d'utilisation

- ✓ Toute nouvelle adhésion et autres mouvements (entrée/sortie de bénéficiaires) doivent être enregistrés dans le registre d'adhésion. Ce document perd toute utilité lorsqu'il n'est pas systématiquement mis à jour après chaque mouvement.
- ✓ L'enregistrement des mouvements dans le registre d'adhésion doit se faire en même temps que dans la fiche d'adhésion.
- ✓ Le numéro de code des bénéficiaires doit être soigneusement noté et permet de faire le lien avec la fiche d'adhésion.
- ✓ Chaque page du registre peut être consacrée à une semaine ou un mois, suivant les modalités d'adhésion et de cotisation. Cette règle est surtout importante lorsque la mutuelle permet les adhésions à tout moment de l'année et/ou souhaite identifier les périodes les plus favorables pour les adhésions.
- ✓ A la fin de chaque page, les totaux des colonnes «entrées» et «sorties» sont calculés ainsi que le solde. Ce solde est égal au solde reporté de la page précédente + le total des entrées – le total des sorties.

### Exemple

La Mutuelle Espoir a adopté un modèle de registre d'adhésion très simple qui lui permet de comptabiliser les adhérents et les personnes à charge.

Ce modèle ressemble beaucoup à celui d'un journal de caisse ou de banque. La présidente de la Mutuelle Espoir explique ainsi le choix de ce modèle: «Nous considérons nos bénéficiaires comme une ressource de la mutuelle, ils sont d'ailleurs notre principale richesse. Aussi, de la même façon que l'argent qui entre ou sort de notre caisse, l'entrée de chaque nouveau bénéficiaire enrichit notre mutuelle et chaque départ nous appauvrit.»



- ✓ Elle permet un contrôle d'identité et donc du droit aux prestations, surtout lorsque la carte comprend une photo de chaque bénéficiaire.

### Présentation

On pourrait dire qu'il y a autant de présentations possibles de la carte d'adhérent qu'il existe de mutuelles de santé.

Les modèles les plus courants sont:

- ✓ la carte individuelle: chaque bénéficiaire, qu'il soit adhérent ou personne à charge, reçoit sa propre carte;
- ✓ la carte familiale: chaque adhérent reçoit une carte pour lui et toutes les personnes à charge;
- ✓ le livret de membre: il s'agit d'un carnet qui, en plus des informations de la carte individuelle ou familiale, comprend généralement plusieurs pages pour le suivi des cotisations et/ou une partie «carnet de santé» réservées à la description des soins délivrés. Cette dernière présentation est déconseillée pour des raisons évidentes de confidentialité.

La carte d'adhérent comprend au moins les informations suivantes:

- ✓ le nom de la mutuelle et éventuellement son logo (afin de la distinguer plus facilement des autres mutuelles qui pourraient être également contractualisées avec les prestataires de soins);
- ✓ les éléments d'identification du bénéficiaire (adhérent et personne à charge):
  - le nom et les prénoms;
  - le numéro de code;
  - la date de naissance;
  - le statut (adhérent / personne à charge);
- ✓ le visa de la mutuelle (signature du président, cachet, etc.);
- ✓ l'indication de la validité de la carte qui se présente sous forme soit:
  - d'un tableau de suivi des paiements des cotisations;
  - d'une vignette collée à chaque paiement de cotisation;
  - d'une mention de durée de la validité de la carte (lorsque le renouvellement périodique de celle-ci est prévu).

La carte peut éventuellement inclure un rappel des principaux points des statuts et du règlement intérieur, notamment des prestations couvertes et des modalités de prise en charge.

## Règles d'utilisation

- ✓ La carte est délivrée généralement après le paiement de la première cotisation. Elle peut n'être donnée qu'à l'issue de la période d'observation.
- ✓ Elle est fournie gratuitement ou peut être vendue à l'adhérent en remplacement du droit d'adhésion.
- ✓ L'adhérent est responsable de sa carte: en cas de perte ou de détérioration, la mutuelle peut faire payer des frais de renouvellement.
- ✓ La carte doit être présentée par l'adhérent au siège de sa mutuelle lors de chaque opération le concernant (paiement des cotisations, inscription de nouvelles personnes à charge, etc.).
- ✓ La carte doit être présentée à chaque recours aux soins dans un système de tiers payant. Des exceptions concernant par exemple les cas d'urgence doivent cependant être prévues dans les contrats entre la mutuelle et le prestataire de soins.
- ✓ La présentation de la carte et ses modalités d'utilisation doivent être décrites dans le contrat entre la mutuelle et les prestataires de soins.

### Exemple

Le modèle suivant est celui adopté par la Mutuelle Espoir. Il s'agit de la carte de la première adhérente, Awa MADOU, du groupement Petits Pas. Cette carte a été remplie par le CE du groupement juste après l'établissement de la fiche d'adhésion et l'inscription de cette adhérente dans le registre d'adhésion.

La mutuelle de santé **ESPOIR** couvre les services de santé suivants :

Centres de santé et maternités :

- Accouchements : 100%
- Petite hospitalisation : 100% sauf le tarif de la consultation
- Médicaments pour accouchement et petite hospitalisation : 100%

Hôpital BONNE SANTE :

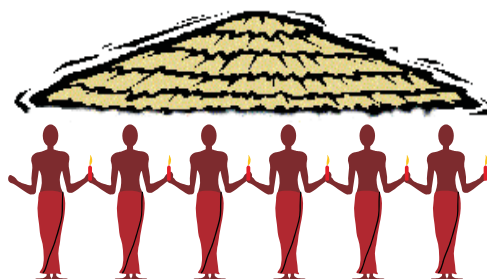
- Hospitalisation et chirurgie : 100% (1)
- Médicaments et consommables pour hospitalisation et chirurgie : 100%

**(1) La consultation et la 1<sup>ière</sup> journée d'hospitalisation sont à la charge du malade**

Seuls les adhérents à jour de leurs cotisations peuvent bénéficier des services de la mutuelle.

Seuls les mutualistes qui se présentent munis de leur carte d'adhérent peuvent bénéficier de la prise en charge de leurs dépenses de soins.

**Mutuelle de santé  
ESPOIR**



**CARTE D'ADHERENT**

<p><b>ADHERENT</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">N° code</td> <td style="width: 45%;">Nom et prénom</td> <td style="width: 40%;">date de naissance</td> </tr> <tr> <td>02/01/01</td> <td>MADOU Awa</td> <td>28/05/70</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table> <p><b>PERSONNES A CHARGE</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">N° code</td> <td style="width: 45%;">Nom et prénom</td> <td style="width: 40%;">date de naissance</td> </tr> <tr> <td>02/01/02</td> <td>KADO Ali</td> <td>15/07/66</td> </tr> <tr> <td>02/01/03</td> <td>KADO Amina</td> <td>13/11/87</td> </tr> <tr> <td>02/01/04</td> <td>KADO Amadou</td> <td>06/02/90</td> </tr> <tr> <td>02/01/05</td> <td>KADO Fati</td> <td>17/05/93</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	N° code	Nom et prénom	date de naissance	02/01/01	MADOU Awa	28/05/70	.....	.....	.....	N° code	Nom et prénom	date de naissance	02/01/02	KADO Ali	15/07/66	02/01/03	KADO Amina	13/11/87	02/01/04	KADO Amadou	06/02/90	02/01/05	KADO Fati	17/05/93	.....	.....	.....	.....	.....	.....	<p>N° Fiche d'adhésion : ..... <sup>1</sup> .....</p> <p><b>VERSEMENT DES COTISATIONS</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>Janvier</td> <td>Février</td> <td>Mars</td> <td>Avril</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mai</td> <td>Juin</td> <td>Juillet</td> <td>Août</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Septembre</td> <td>Octobre</td> <td>Novembre</td> <td>Décembre</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Janvier	Février	Mars	Avril					Mai	Juin	Juillet	Août					Septembre	Octobre	Novembre	Décembre				
N° code	Nom et prénom	date de naissance																																																					
02/01/01	MADOU Awa	28/05/70																																																					
.....	.....	.....																																																					
N° code	Nom et prénom	date de naissance																																																					
02/01/02	KADO Ali	15/07/66																																																					
02/01/03	KADO Amina	13/11/87																																																					
02/01/04	KADO Amadou	06/02/90																																																					
02/01/05	KADO Fati	17/05/93																																																					
.....	.....	.....																																																					
.....	.....	.....																																																					
Janvier	Février	Mars	Avril																																																				
Mai	Juin	Juillet	Août																																																				
Septembre	Octobre	Novembre	Décembre																																																				

### 1.3 Le contrôle de l'enregistrement des adhésions

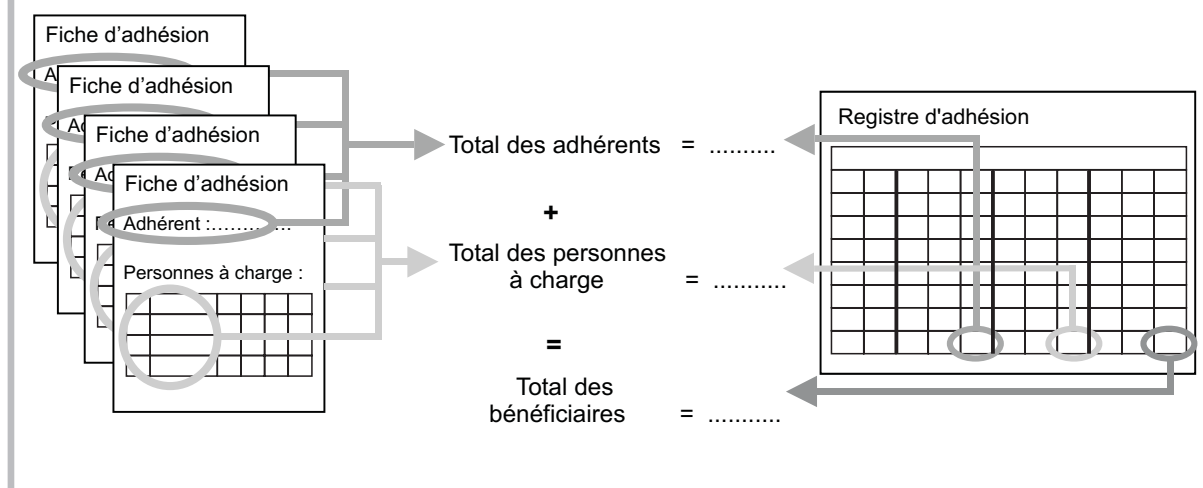
Un contrôle régulier des enregistrements des adhésions est nécessaire afin de vérifier leur exactitude. Si une fiche et un registre sont utilisés comme décrits précédemment, ce contrôle s'effectue:

- en totalisant dans un premier temps les adhérents et les personnes à charge enregistrés dans les fiches d'adhésion;
- en comparant ensuite ce total avec celui du registre d'adhésion.

Le nombre d'adhérents, de personnes à charge et, globalement, de bénéficiaires calculé à partir de ces deux documents doit être le même.

Ce contrôle est réalisé par la ou les personnes responsables des enregistrements. Il peut être mensuel, trimestriel ou autre en fonction de la fréquence et de l'importance des entrées et des sorties de bénéficiaires.

## La vérification des enregistrements des adhésions



### 1.4 Le suivi des adhésions

Le suivi des adhésions est une fonction importante car elle permet une connaissance précise du nombre d'adhérents et de bénéficiaires de la mutuelle. Ce suivi permet une première mesure de l'efficacité et de la vitalité de la mutuelle.

Il est complété chaque année, ou de façon plus espacée, par l'évaluation de la croissance des adhésions, la pénétration de la mutuelle au sein du public cible et la fidélisation des adhérents.

#### Les indicateurs de suivi des adhésions

Les principaux indicateurs de suivi des adhésions sont les suivants.

#### L'évolution du nombre d'adhérents et de bénéficiaires

La mutuelle doit suivre le nombre de personnes couvertes. L'indicateur est calculé, pour une période donnée, à partir:

- ✓ des nouvelles entrées d'adhérents et de bénéficiaires. Il s'agit des individus qui entrent pour la première fois dans la mutuelle, ce qui inclut: les personnes qui paient leur première cotisation et entrent avec des personnes à charge, ainsi que de nouvelles personnes à charge au sein de familles déjà adhérentes;
- ✓ des sorties d'adhérents et de bénéficiaires. Les sorties sont généralement liées aux désistements des adhérents qui ne paient plus leurs cotisations ou aux exclusions pour fraudes et abus. Les «sorties» de bénéficiaires résultent également de décès, du départ du foyer de l'un des enfants, d'un dépassement de la limite d'âge, etc.;
- ✓ du nombre d'adhérents et de bénéficiaires à la fin de la période précédente. En fonction de la fréquence de suivi (mois, années, etc.), le nombre d'adhérents et de bénéficiaires en fin de période est obtenu en additionnant les entrées et en soustrayant les sorties pour la période considérée au nombre en fin de période précédente.



## Exemple

Une mutuelle a opté pour une adhésion familiale. Ses statuts prévoient que lorsqu'une femme accouche, le nourrisson est gratuitement couvert par la mutuelle jusqu'à la fin de l'exercice en cours. L'adhérent doit se présenter au siège de la mutuelle pour faire inscrire le nom de l'enfant sur sa fiche d'adhésion et sa carte d'adhérent, sans payer de cotisation supplémentaire. En revanche, lors de l'exercice suivant, la cotisation de cette famille sera revue et inclura une part supplémentaire pour cet enfant. L'année de sa naissance, le nourrisson est inscrit comme un nouveau bénéficiaire dans le registre d'adhésion.

### La taille moyenne des familles mutualistes par rapport à la taille moyenne des familles dans le public cible

Ce taux est particulièrement intéressant à suivre dans le cadre:

- ✓ des systèmes de cotisation forfaitaire par famille: la cotisation étant fixe quel que soit le nombre de bénéficiaires, les adhérents auront tendance à inscrire (et ouvrir le droit aux prestations) le plus grand nombre de personnes à charge possible. La taille moyenne des familles adhérentes peut alors être supérieure à celle prévue dans le calcul des cotisations et entraîner un volume de dépenses en prestations également plus élevé que prévu. La mutuelle doit, dans ce type de système, définir précisément les membres admissibles. Elle peut également plafonner la taille des familles adhérentes;
- ✓ des systèmes où la cotisation est fixée par personne (cotisation familiale variable en fonction du nombre de bénéficiaires). A l'inverse du système précédent, l'adhérent pourrait avoir tendance à opérer une sélection au sein des membres de sa famille en ne cotisant que pour ceux dont le risque maladie lui semble plus élevé. Ce cas de figure favorise le risque de sélection adverse.

### La fréquence de suivi

La fréquence de suivi de ces indicateurs dépend essentiellement du type de période d'adhésion (ouverte ou fermée) pratiquée par la mutuelle.

Une mutuelle à période ouverte d'adhésion doit réaliser ce suivi de façon quasi continue, c'est-à-dire mensuellement.

Concernant une mutuelle à période fermée d'adhésion deux cas de figure sont possibles:

- ✓ lorsque les cotisations sont annuelles (paiement intégral de la cotisation en début de période), le suivi peut être espacé, voire n'être réalisé qu'une fois par an, en fin de période;
- ✓ lorsque les cotisations sont fractionnées (hebdomadaires, mensuelles ou autres), ce suivi doit être plus fréquent afin de permettre une surveillance des sorties dues à des problèmes de recotisation. Il sera dans ce cas généralement mensuel ou trimestriel.

**Le tableau de suivi des adhésions** Le tableau de suivi regroupe notamment les indicateurs précédents. Il permet de visualiser leur évolution par mois, trimestre, année ou autre, en fonction de la fréquence de suivi adoptée par la mutuelle.

### Exemple

Une mutuelle pratique un système d'adhésion à période fermée. Les adhésions ont lieu durant le premier trimestre de l'année, avec une cotisation mensualisée. L'adhésion est familiale. A chaque famille correspond une fiche d'adhésion. Un registre d'adhésion recense le nombre d'entrées et de sorties d'adhérents mois par mois. Afin de réaliser un suivi des adhésions, le responsable du registre d'adhésion remplit mensuellement un tableau de suivi sur le modèle suivant.

### Tableau de suivi des adhésions - Exercice 2002

	Déc. 2001	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil-let	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
Nouveaux adhérents (A)		20	70	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	190
Retraits adhérents (B)		-	55	-	-	-	1	-	5	-	-	1	-	62
Total adhérents (C)	500	520	535	635	635	635	634	634	629	629	629	628	628	//
Nouveaux bénéficiaires (D)		90	470	750	3	9	3	6	2	-	4	5	1	1 343
Retraits bénéficiaires (E)		-	220	-	1	2	6	-	23	1	3	4	6	266
Total bénéficiaires (F)	2 000	2 090	2 340	3 090	3 092	3 099	3 096	3 102	3 081	3 080	3 081	3 082	3 077	
Taille moyenne des familles (G)	4	4	4,4	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	
Bénéficiaires en période d'observation (H)		90	560	1 310	1 310	1 220	750	-	-	-	-	-	-	
Bénéficiaires couverts (I)		2 000	1 780	1 780	1 782	1 879	2 346	3 102	3 081	3 080	3 081	3 082	3 077	

#### Notes sur le tableau

- A. 190 nouveaux adhérents sont entrés dans la mutuelle durant la période d'adhésion (premier trimestre).
- B. Début février, 55 anciens adhérents ont démissionné de la mutuelle. Ce sont des familles d'un même village en désaccord avec la mutuelle. Dans les mois suivant 7 adhérents ont été exclus de la mutuelle en raison de retards de paiement des cotisations trop importants.
- C. Le total de chaque mois = Total du mois précédent + Nouveaux adhérents - Retraits d'adhérents.
- D. En tout 1 343 nouveaux bénéficiaires sont entrés dans la mutuelle. Ils sont en grande partie liés aux nouvelles adhésions, mais aussi aux naissances (la mutuelle couvre automatiquement les nourrissons).
- E. 266 bénéficiaires ont quitté la mutuelle suite aux démissions de février et aux exclusions prononcées par la mutuelle. Quelques sorties sont consécutives à des décès, des mariages, etc.
- F. Le total de chaque mois = Total du mois précédent + Nouveaux bénéficiaires - Retraits de bénéficiaires.
- G. La taille moyenne des familles mutualistes = Total de bénéficiaires / Total d'adhérents. La taille moyenne des familles dans le public cible est de 6 personnes. Malgré les importants efforts de sensibilisation réalisés fin 2001 pour préparer l'exercice 2002, on constate que les adhérents tendent toujours à ne cotiser que pour une partie des membres de leur famille.
- H. La période d'observation est de quatre mois.
- I. Le nombre effectif de bénéficiaires couverts par la mutuelle = Total de bénéficiaires - Bénéficiaires en période d'observation. C'est ce chiffre qui doit être utilisé pour le calcul des indicateurs de suivi mensuel des prestations maladie.



## La gestion des cotisations

La gestion des cotisations regroupe toutes les activités liées à l'émission, au recouvrement et à l'encaissement des cotisations.

La gestion des cotisations est étroitement liée à celle des adhésions. Ce lien s'exprime selon différentes modalités.

- Le montant de la cotisation dépend généralement du nombre de bénéficiaires dans une famille (sauf lorsque ce montant est forfaitaire). Le calcul de la cotisation repose alors sur les informations concernant les personnes à charge de l'adhérent.
- La carte d'adhérent n'est généralement délivrée que suite au versement de la première cotisation. Elle peut être mise à jour après chaque paiement de cotisation.
- La fiche d'adhésion peut être associée à un tableau de suivi des paiements de cotisation de l'adhérent.

La gestion des cotisations est cruciale pour la mutuelle. De son efficacité dépendra dans une grande mesure le financement des activités car les cotisations constituent la principale recette de la mutuelle.

## 2.1 La cotisation

---

Les cotisations sont calculées de façon à permettre simultanément:

- d'octroyer les prestations aux adhérents;
- de couvrir les frais de fonctionnement;
- de constituer des réserves financières.

Le paiement de la cotisation constitue l'une des obligations de l'adhérent vis-à-vis de la mutuelle; en contrepartie de ce paiement, l'adhérent bénéficie des services de l'organisation.

Sur le plan comptable, le terme cotisation regroupe plusieurs notions distinctes.

### ● Les cotisations émises

La mutuelle garantit une prise en charge des soins à chaque individu qui adhère ou renouvelle son adhésion. Cette garantie est donnée en échange d'un certain montant de cotisation à verser par l'adhérent. Les cotisations émises ou cotisations appelées correspondent aux sommes que la mutuelle demande à ses adhérents en contrepartie des garanties qu'elle offre aux bénéficiaires sur une période donnée.

### ● Les cotisations perçues

Durant l'année, la mutuelle encaisse des cotisations qui correspondent en totalité ou en partie aux engagements des adhérents pour l'exercice en cours. L'ensemble des cotisations effectivement reçues en contrepartie des contrats en cours constitue les cotisations perçues.

### ● Les cotisations acquises

Les cotisations émises peuvent couvrir des périodes situées sur un ou plusieurs exercices. On appelle «cotisations acquises» la part des cotisations émises relative à l'exercice considéré.

### ● Les arriérés de cotisations

Au cours et à l'issue d'un exercice, certains adhérents peuvent accuser des retards dans le paiement de leurs cotisations. Les arriérés de cotisation sont constitués par les montants des cotisations en retard de paiement. Ces arriérés sont des créances que la mutuelle doit récupérer.

### ● Les cotisations perçues d'avance

Il s'agit des cotisations encaissées durant un exercice mais qui sont destinées à la prise en charge des prestations pour l'exercice suivant. Cette situation se produit notamment dans:

- ✓ les mutuelles à période ouverte d'adhésion et qui pratiquent une cotisation annuelle;

### Exemple

Pour un adhérent qui entre en juin et verse un an de cotisation, une mutuelle (dont l'exercice s'étend de janvier à décembre) doit distinguer:

- la cotisation acquise pour l'exercice en cours qui correspond aux mois de juin à décembre ( $\frac{7}{12}$  de la cotisation);
- la cotisation perçue d'avance correspondant aux mois de janvier à mai de l'année suivante ( $\frac{5}{12}$  de la cotisation);

- ✓ les mutuelles qui prévoient pour leurs adhérents la possibilité de prépayer leur cotisation pour l'année suivante.

### Exemple

Une mutuelle pratique une cotisation annuelle qui doit être payée en janvier. Elle propose à ses adhérents de profiter du dernier trimestre de l'année (période de vente des récoltes) pour commencer à payer leur cotisation pour l'année suivante. D'octobre à décembre, chaque adhérent peut ainsi déposer auprès de la mutuelle les montants qu'il souhaite. En janvier, l'adhérent complète si nécessaire son paiement pour bénéficier de la prise en charge de la mutuelle durant la nouvelle année.

Les documents de gestion des adhésions doivent prendre en compte ces différentes notions relatives aux cotisations afin de préparer les enregistrements comptables et de permettre un calcul fiable du résultat de l'exercice.

### L'application du taux de cotisation

Une mutuelle peut pratiquer différents types de cotisation:

- ✓ **une cotisation fixe par personne:** la cotisation à payer par une famille est fonction du nombre de ses membres qui seront couverts. La mutuelle doit mettre en place un suivi individualisé de chaque famille, afin de pouvoir réajuster les montants de cotisation, en particulier si la cotisation est hebdomadaire;
- ✓ **une cotisation forfaitaire:** quelle que soit leur taille, toutes les familles paient le même montant de cotisation. La mutuelle doit être en mesure de suivre la taille moyenne des familles pour réajuster, si nécessaire, le forfait;
- ✓ **une cotisation fixée en pourcentage du revenu:** les adhérents paient une cotisation dont le montant varie en fonction d'un même pourcentage des revenus. Cette pratique, courante dans les mutuelles d'entreprise, instaure une solidarité des adhérents aux revenus les plus élevés vers les autres.

Lorsque la cotisation est fixée par personne, le taux de cotisation de chaque famille doit être calculé lors de l'adhésion. Plusieurs options sont possibles, par exemple:

- ✓ l'adhérent et les personnes à charge paient le même montant de cotisation. Le montant de la cotisation est obtenu simplement en

multipliant le nombre de membres dans la famille par le montant de la cotisation individuelle;

- ✓ les personnes à charge paient une cotisation inférieure à celle de l'adhérent. Le montant de la cotisation correspond à la somme des cotisations individuelles des personnes à charge et de la cotisation (supérieure) de l'adhérent.

## La périodicité des cotisations

La cotisation est calculée pour couvrir un exercice annuel, mais son paiement peut être fractionné (en mensualités ou autres).

La périodicité des cotisations a une influence notable sur la gestion d'une mutuelle de santé.

- ✓ La cotisation annuelle est le système le plus simple à gérer. Les adhérents paient à un moment précis de l'année la totalité de leur cotisation. Dans les systèmes à période d'adhésion fermée, ce moment correspond généralement à une période où les revenus du public cible sont importants (vente de produits agricoles, par exemple). Le principe de la cotisation annuelle est simple:
  - tout adhérent qui paie sa cotisation voit sa carte d'adhérent renouvelée et bénéficie de la prise en charge de ses dépenses de soins;
  - tout adhérent qui ne paie pas sa cotisation se voit retirer sa carte d'adhérent et supprimer son droit aux prestations.

Pour la mutuelle, l'avantage est une gestion relativement simple. Les difficultés et les coûts liés au recouvrement des cotisations sont considérablement réduits. Le suivi des adhésions et du droit aux prestations est également plus facile. Les prévisions financières sont moins aléatoires.

Pour l'adhérent, la cotisation annuelle présente l'inconvénient de demander le déboursement en une fois d'une somme qui peut être importante (notamment dans le cas d'une famille nombreuse). Afin de réduire cette difficulté, certaines mutuelles proposent à leurs adhérents de préparer le paiement de leur cotisation en «épargnant» durant un exercice en prévision du prochain. D'autres tolèrent un certain retard dans le paiement de la cotisation (par exemple, les adhérents qui paient au moins les deux tiers de leur cotisation sont couverts et disposent de trois mois pour payer le tiers restant).

- ✓ Les cotisations mensuelles, hebdomadaires ou quotidiennes sont plus lourdes et complexes à gérer.

Pour l'adhérent, l'avantage de ce fractionnement de la cotisation est qu'il lui permet de verser des montants moins élevés que dans le cas d'un paiement unique. Cela améliore l'accessibilité financière de la mutuelle. En revanche, il oblige l'adhérent à effectuer fréquemment les démarches relatives au paiement des cotisations (déplacement auprès de la mutuelle par exemple).

Pour la mutuelle, les inconvénients sont multiples. Le fractionnement des cotisations entraîne une hausse importante des activités liées au recouvrement et à l'encaissement des cotisations (sauf si un prélèvement automatique sur les salaires est effectué, cas très rare parmi les mutuelles visées par ce guide). L'expérience montre également que les impayés augmentent; en effet, la mutuelle ne peut appliquer que très difficilement le même principe que pour les cotisations annuelles: celui qui paie est couvert, celui qui ne paie pas est exclu. Ces impayés risquent de provoquer des déséquilibres financiers et rendent plus lourds et plus difficiles, le contrôle des droits aux prestations, le calcul des taux d'utilisation, l'emploi rationnel de la trésorerie, etc.

## 2.2 Les documents

---

Les documents relatifs à la gestion des cotisations sont construits sur des principes similaires à ceux de la gestion des adhésions. Ces documents doivent permettre:

### ● L'enregistrement individualisé de la cotisation émise, des paiements et des arriérés pour chaque adhérent

Ce suivi est réalisé de différentes façons selon la taille et les modalités de fonctionnement de la mutuelle.

- ✓ Une mutuelle de petite taille peut réaliser cet enregistrement à partir d'un registre de cotisation qui permet également un enregistrement global (voir ci-dessous). L'avantage de cette pratique est qu'elle réduit le nombre d'écritures. Toutefois, dès que le nombre d'adhérents devient important, ce registre peut devenir lourd à manipuler et les adhérents difficiles à «retrouver».
- ✓ Une mutuelle de taille importante peut remplir, pour chaque adhérent, une fiche de cotisation généralement associée à la fiche d'adhésion. Les cotisations émises et perçues ainsi que les arriérés sont enregistrés dans cette fiche puis reportés dans le registre de cotisation. L'utilisation de la fiche de cotisation peut s'avérer également plus pratique lorsque la mutuelle utilise le système de lettre de garantie (voir partie 3, chapitre 3).

### ● Un enregistrement des cotisations émises, des cotisations perçues et des arriérés de cotisation pour l'ensemble des adhérents

L'objectif de cet enregistrement est comptable: il est réalisé grâce à ce document qui permet de comptabiliser les cotisations émises, les cotisations perçues et les arriérés de cotisation. Ce document intervient comme un journal divisionnaire, spécialisé dans les opérations concernant les cotisations. Il apporte également des informations nécessaires au remplissage des tableaux de suivi de la mutuelle.

Les documents présentés ci-dessous donnent un exemple de système d'enregistrement des cotisations. Comme dans les cas précédents, le but de cette présentation est d'illustrer une modalité possible pour réaliser cet enregistrement. D'autres systèmes peuvent être utilisés et peuvent s'avérer plus adaptés selon les caractéristiques de la mutuelle.

#### **La fiche de cotisation**

La fiche de cotisation permet l'enregistrement et le suivi des cotisations versées par un adhérent. Cette fiche est surtout utile

lorsque les cotisations sont fractionnées dans l'année (par semaine, mois, etc.) et lorsque la mutuelle accepte des retards de paiement, tout en les réglemantant.

La fiche de cotisation permet, pour chaque adhérent:

- ✓ d'établir le montant de la cotisation à verser (si celle-ci est fixée en fonction de la taille de sa famille);
- ✓ d'enregistrer les montants versés;
- ✓ d'enregistrer les éventuels retards de paiement.

### **Présentation**

La présentation de la fiche de cotisation diffère en fonction de la périodicité des cotisations. Elle doit présenter les informations suivantes:

- ✓ le numéro de la fiche d'adhésion de l'adhérent;
- ✓ les nom et prénoms, le numéro de code de l'adhérent;
- ✓ le montant de la cotisation émise et celui de la cotisation perçue, selon la périodicité retenue (année, mois, semaine ou autres);
- ✓ les retards de cotisation en faisant apparaître les arriérés dus au début et à la fin de la période;
- ✓ la date de paiement des cotisations;
- ✓ la signature du responsable (personne chargée du recouvrement des cotisations) et de l'adhérent;
- ✓ les éventuelles observations.

### **Règles d'utilisation**

- ✓ La fiche de cotisation est ouverte en même temps que la fiche d'adhésion, en particulier si l'adhérent s'acquitte de la première cotisation lors de l'inscription.
- ✓ La fiche est systématiquement mise à jour lors de chaque versement de cotisation et/ou régularisation des arriérés par l'adhérent. A chaque paiement, le responsable et l'adhérent signent la fiche (la signature de l'adhérent peut être remplacée par une empreinte digitale).
- ✓ Lorsque les cotisations sont fractionnées dans l'année, le total annuel versé est calculé et inscrit lors du paiement de la dernière cotisation (en présence de l'adhérent si possible).
- ✓ Le responsable doit expliquer à l'adhérent le sens de chaque écriture portée dans la fiche.



## Exemple

La Mutuelle Espoir pratique une cotisation mensuelle dont le recouvrement est effectué par les groupements mutualistes de quartier qui reversent les fonds encaissés à la mutuelle. Chaque groupement est responsable du suivi de ses adhérents. Pour ce faire, le CE du groupement tient à jour une fiche de cotisation pour chaque adhérent.

La Mutuelle Espoir a adopté le modèle de fiche suivant qui lui permet, chaque mois, de faire un état de ce que doit l'adhérent en termes de cotisation ainsi que des arriérés éventuels. La fiche présentée ici est celle d'Awa MADOU.

En début de mois, chaque adhérent est invité à se présenter avec la cotisation du mois, éventuellement, complétée des arriérés accumulés les mois précédents. Lorsque ces arriérés atteignent un montant ou des délais fixés par la mutuelle, celle-ci peut décider d'exclure l'adhérent.

<b>FICHE DE COTISATION</b>							
Cotisation année: <u>2002</u>			N° de fiche d'adhésion : <u>1</u>				
Prénom et nom de l'adhérent : <u>MADOU Awa</u>			N° de code : <u>02/01/01</u>				
Date	Mois de	Cotisation due	Arriérés dus	Montant payé	Solde arriérés	Signatures	
						Responsable	Adhérent
03/01	Janvier	500	0	500	0		
04/02	Février	500	0	450	50		
02/03	Mars	500	50	400	150		
03/04	Avril	500	150	525	125		
	Mai						
	Juin						
	Juillet						
	Août						
	Septembre						
	Octobre						
	Novembre						
	Décembre						
<b>TOTAL</b>							
<b>Observations :</b>							

### Le registre de cotisation

Le registre de cotisation permet un suivi continu et global du paiement des droits d'adhésion et des cotisations.

Sur une période donnée (année, mois, semaine, etc.), il donne une vue:

- ✓ des cotisations émises;

- ✓ des cotisations perçues;
- ✓ des arriérés de cotisation (lorsque ceux-ci sont tolérés par la mutuelle);
- ✓ des paiements relatifs aux retards de cotisation.

Lorsque le paiement des cotisations est fractionné (mois, semaine), le registre permet également d'identifier les moments de l'année où les paiements de cotisation sont les plus difficiles. Cette identification est faite au regard des variations des retards de paiement. Elle peut amener la mutuelle à adapter les modalités de paiement des cotisations.

Le registre constitue également un élément de contrôle des encaissements des droits d'adhésion et des cotisations. Les montants inscrits dans le journal de caisse doivent correspondre à ceux portés dans le registre.

### **Présentation**

Diverses présentations sont possibles. L'une d'entre elles est donnée ci-dessous à titre d'illustration.

Un tableau est porté sur les pages du registre. Chaque ligne du tableau correspond à un versement par un adhérent (pour lui et sa famille).

Les colonnes indiquent:

- ✓ la date du paiement;
- ✓ le numéro de code de l'adhérent ou le numéro de la fiche d'adhésion;
- ✓ le nom de l'adhérent;
- ✓ la cotisation émise pour la période;
- ✓ le montant payé par l'adhérent;
- ✓ les arriérés antérieurs de l'adhérent (retards de cotisation);
- ✓ le solde d'arriérés à l'issue de ce paiement (ce solde correspond aux cotisations émises + arriérés antérieurs – montants payés);
- ✓ les observations.

### **Règles d'utilisation**

- ✓ Les paiements des cotisations doivent être systématiquement inscrits dans le registre qui, sans cela, perdrait toute utilité.
- ✓ Les montants doivent être inscrits, en même temps, dans le registre et la fiche de cotisation.
- ✓ Le numéro de code des bénéficiaires, ou le numéro de fiche de cotisation, doit être soigneusement noté et permet de faire le lien avec la fiche d'adhésion.

- ✓ Pour une période de cotisation donnée et lorsque la page est remplie, le total des colonnes est effectué en bas de chaque page puis reporté en haut de la page suivante.
- ✓ Le responsable du registre calcule les totaux des différentes colonnes, à l'issue de chaque période de cotisation (semaine, mois, etc.). Ces totaux ne sont pas reportés en début de période suivante.

### Exemple

Pour réaliser un suivi global des cotisations perçues, ainsi que des éventuels retards, la Mutuelle Espoir a mis en place dans chaque groupement mutualiste de quartier un registre. Ce registre est tenu par le CE du groupement qui le met à jour dès qu'une cotisation est payée.

Le deuxième samedi de chaque mois, les responsables des groupements se réunissent pour verser les cotisations collectées en début de mois. Les montants versés doivent correspondre à ceux totalisés dans le registre pour le mois (total de la colonne «Montant payé ce mois»).

Le CE de la mutuelle tient un registre similaire, à deux exceptions près:

- la colonne «N° fiche d'adhésion» est supprimée;
- la colonne «Nom adhérent» est remplacée par «Nom du groupement».

On notera que le registre présenté dans cet exemple permet également d'enregistrer les paiements des droits d'adhésion.

<b>REGISTRE DE COTISATION</b>								
<i>Février</i>								
Cotisations du mois:.....				Droit d'adhésion payé	COTISATIONS			Observations
Date	N° fiche d'adhésion	Nom adhérent			Cotisation mensuelle	Arriérés dus	Montant payé ce mois	
02/02	05	CISSE Fatimata		700	0	700	0	
02/02	07	FALL Oumou		400	50	450	0	
02/02	03	BA Memounatou		300	10	280	30	
03/02	04	DIOP Awa		500	0	500	0	
03/02	02	SECK Amina		200	0	200	0	
03/02	08	SARR Khadidja	1 500	600	0	600	0	Nouvelle adhérente
04/02	01	MADOU Awa		500	0	450	50	
04/02	06	TOURE Fanta		300	0	300	0	
		<b>TOTAL</b>		1 500	3 500	60	3 480	80

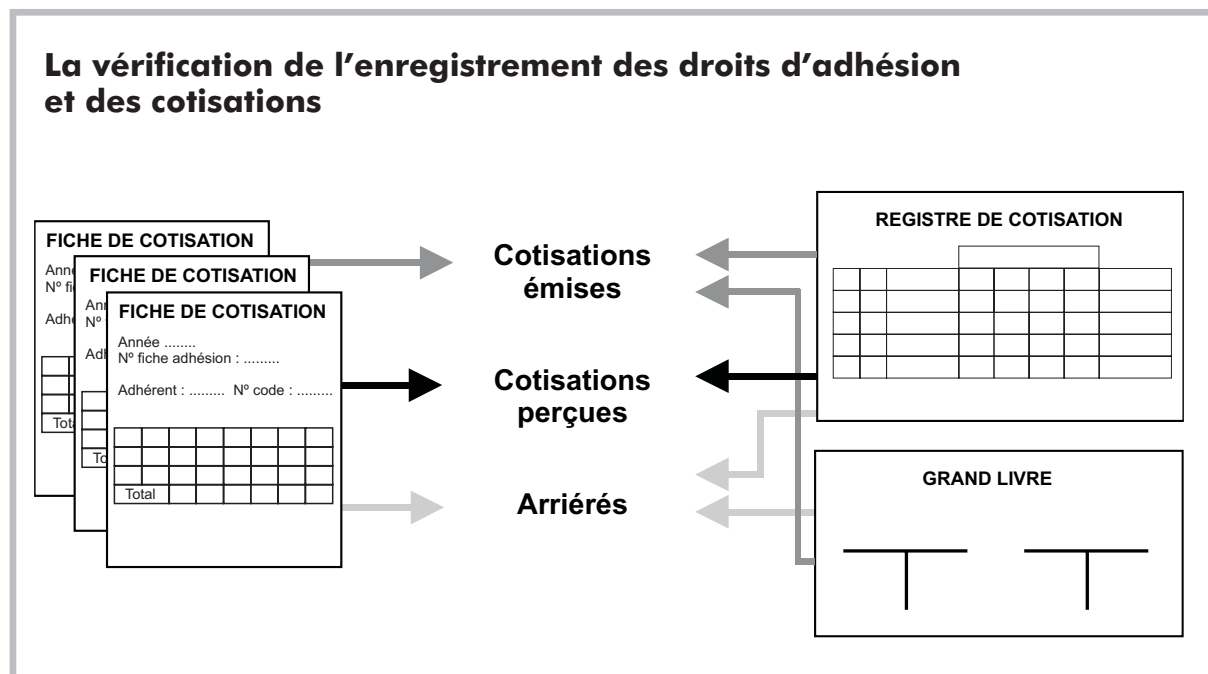
## 2.3 Le contrôle des enregistrements relatifs aux cotisations

Un contrôle des écritures passées dans les fiches de cotisation et dans le registre doit être réalisé régulièrement afin de vérifier leur exactitude. Ce contrôle s'effectue:

- en totalisant dans un premier temps les montants des cotisations émises, perçues et les arriérés dus, enregistrés dans les fiches de cotisation;

- en comparant ensuite les totaux obtenus avec ceux du registre de cotisation;
- en comparant également ces totaux avec les soldes des comptes «Cotisations» et «Créances» du grand livre.

Ce type de vérification devrait être réalisé au moins une à deux fois par an. Il devrait être plus fréquent (mensuel ou trimestriel) lorsque la cotisation est mensuelle, voire hebdomadaire.



## 2.4 Le suivi des cotisations

Le suivi porte essentiellement sur les montants encaissés et sur les arriérés. Il doit permettre à la mutuelle de connaître en permanence le montant des cotisations non encore payées ainsi que le nombre et l'identité des adhérents concernés afin de mettre en place les mesures de recouvrement appropriées.

### Les problèmes de recouvrement des cotisations

Les retards dans le paiement des cotisations peuvent avoir différentes causes.

- Le montant de la cotisation peut être trop important au regard des revenus des adhérents. Dans ce cas, la mutuelle doit s'interroger sur le bon positionnement du montant de ses cotisations par rapport aux revenus du public cible.
- Lorsque les cotisations sont mensuelles ou hebdomadaires, cette incapacité peut n'être que saisonnière. Certaines périodes de l'année sont peu propices au paiement des cotisations. La mutuelle connaît alors des mois avec un taux de recouvrement très faible et d'autres avec un taux élevé (parfois supérieur à 100 % lorsque les adhérents paient leur cotisation normale augmentée de leurs arriérés). Dans ce cas, la mutuelle doit examiner la périodicité de versement des cotisations. Celle-ci est peut-être mal adaptée aux caractéristiques des revenus des adhérents.

- Le montant ou la périodicité de cotisation ne sont pas les seules causes de retard possibles. Les retards de paiement peuvent également résulter d'une désaffection de la mutuelle dont les adhérents considèrent les services inadéquats, la cotisation trop élevée par rapport aux services offerts, la qualité des services de santé couverts trop mauvaise, etc. Il s'agit d'un problème de démotivation des adhérents; la mutuelle doit essayer de revoir ses services ainsi que le couple prestations / cotisations.
- D'autres causes de retard sont possibles. Ils peuvent résulter d'un manque de discipline des adhérents. Dans ce cas, la mutuelle a tout intérêt à entreprendre des actions de recouvrement énergiques, sanctionner les retards par des pénalités, etc. Ils peuvent également être liés à une mauvaise organisation du recouvrement au niveau de la mutuelle.

Ainsi, les retards de paiement peuvent avoir plusieurs causes et donc appeler des mesures correctrices différentes. Dans tous les cas, une mutuelle doit limiter le montant des arriérés et prendre des sanctions contre les adhérents concernés (suspension des droits aux prestations, voire exclusion de l'adhérent).

On notera enfin qu'il est difficile pour une mutuelle de refuser strictement ces retards de paiement car cela pourrait entraîner l'exclusion d'adhérents qui sont confrontés à des problèmes économiques ponctuels tels que la perte d'une récolte. La mutuelle peut en revanche réfléchir à des alternatives comme, par exemple, la mise en place d'une caisse de solidarité destinée à financer les cotisations des adhérents confrontés temporairement à des problèmes économiques justifiés.

Lorsque le paiement des cotisations est hebdomadaire, mensuel ou trimestriel, le suivi permet également d'identifier les fluctuations saisonnières du taux de recouvrement des cotisations. La mutuelle pourra ainsi aménager en conséquence la périodicité de ce paiement et affiner les prévisions de trésorerie.

### Exemple

Une mutuelle d'agriculteurs demande à ses adhérents de verser leurs cotisations mensuellement. Chaque année, les gestionnaires constatent que les retards de cotisations apparaissent en milieu d'année, lors de la période de soudure monétaire, alors que le niveau de recouvrement est bon en début et fin d'année. Lors de l'AG, les adhérents confirment qu'ils éprouvent d'importantes difficultés pour cotiser au moment où leurs revenus sont les plus faibles.

Un nouveau calendrier de cotisation est alors débattu et adopté. Il prévoit une concentration des paiements durant les périodes de vente des récoltes et aucun versement en période de soudure.

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
Ancien calendrier	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6 000
Nouveau calendrier	2 000	1 500	500	500	500						500	500	6 000

### ● Le taux de recouvrement des cotisations

Le principal indicateur utilisé en matière de suivi des cotisations est le taux de recouvrement des cotisations. Ce taux est égal au rapport entre les cotisations perçues et

les cotisations émises. Il mesure la proportion de cotisations attendues qui ne sont pas encore encaissées par la mutuelle.

Le tableau de suivi proposé dans l'exemple ci-dessous permet de compléter cet indicateur avec une synthèse mensuelle des paiements et des arriérés.

### **La fréquence de suivi**

La fréquence de suivi des cotisations est étroitement liée à leur périodicité et à leurs modalités de versement, par exemple:

- ✓ si le paiement de la cotisation est annuel et limité sur une seule période, le suivi n'est nécessaire qu'une fois par an. Il peut toutefois s'avérer utile de réaliser plus fréquemment ce suivi si la mutuelle accepte de couvrir les adhérents qui n'auraient versé qu'une partie de leur cotisation durant la période prévue. La mutuelle devra en effet surveiller le recouvrement des arriérés durant les mois suivants;
- ✓ si le paiement des cotisations est fractionné, le suivi est réalisé avec la même fréquence que le paiement. Le suivi est ici particulièrement important car le fractionnement du paiement confronte la mutuelle à des problèmes de discipline, à des difficultés liées aux aléas économiques, etc. Le recours à une cotisation hebdomadaire, mensuelle ou autre, oblige la mutuelle à adopter une certaine souplesse en matière de recouvrement et, par conséquent, à effectuer un suivi rigoureux des versements.

### **Le tableau de suivi des droits d'adhésion et des cotisations**

Le tableau de suivi des cotisations est une synthèse du registre de cotisation dont il reprend et compare les soldes mensuels. Le tableau permet ainsi de visualiser et de comparer l'émission de cotisations avec leur recouvrement et l'évolution des arriérés.

Son principal objectif est le suivi du taux de recouvrement des cotisations, mais il doit également permettre de comprendre les évolutions de ce dernier. L'exemple suivant montre que peuvent se chevaucher des arriérés de l'exercice précédent avec ceux qui s'accumulent durant l'exercice en cours.

#### **Exemple**

Une mutuelle demande une cotisation mensuelle identique pour chaque bénéficiaire. Les gestionnaires enregistrent les cotisations perçues dans la fiche de cotisation de chaque adhérent ainsi que dans le registre de cotisation. Les droits d'adhésion sont payés par les nouveaux adhérents lors de la période d'adhésion à la mutuelle, c'est-à-dire de janvier à février. La mutuelle sanctionne les adhérents qui accumulent un retard supérieur à la moitié de leur cotisation annuelle, en leur retirant leur droit aux prestations. Les fiches de cotisation et le registre de cotisation sont conçus de manière à permettre le suivi des arriérés de l'année précédente.

La cotisation mensuelle est égale à 100 UM par mois et par bénéficiaire.

Le responsable du registre de cotisation tient à jour un tableau de suivi qui, pour l'année 2002, se présente ainsi:

### Tableau de suivi des cotisations

	Déc. 2001	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Total
Cotisations émises (A)		250 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	300 000	3 550 000
Cotisations perçues (B)		250 000	300 000	300 000	290 000	260 000	275 000	265 000	250 000	255 000	285 000	300 000	300 000	3 330 000
Arriérés perçus (C)		35 000	25 000	5 000	0	0	10 000	20 000	10 000	0	10 000	20 000	40 000	175 000
Solde d'arriérés (D)	65 000	30 000	5 000	0	10 000	50 000	65 000	80 000	120 000	165 000	170 000	150 000	110 000	110 000
Taux de recouvrement des cotisations (E)		100%	100%	100%	97%	87%	92%	88%	83%	85%	95%	100%	100%	94%
Taux de recouvrement total (F)		114%	108%	102%	97%	87%	95%	95%	87%	85%	98%	107%	113%	99%

### Notes sur le tableau

- A. Les montants des cotisations émises indiqués ici correspondent à ceux du registre de cotisation. Ces montants correspondent en principe au nombre de bénéficiaires du mois multiplié par le montant mensuel de cotisations.
- B. Les cotisations perçues correspondent à l'encaissement des cotisations de l'exercice 2002.
- C. Les arriérés perçus correspondent au recouvrement des arriérés des périodes antérieures. On constate que les arriérés de l'exercice précédent ont été perçus en totalité au cours du premier trimestre 2002.
- D. Le solde des arriérés est égal aux cotisations mensuelles émises diminuées des cotisations perçues et des arriérés perçus durant le mois, additionné au solde des arriérés du mois précédent.
- E. Le taux de recouvrement des cotisations est égal aux cotisations perçues divisées par les cotisations émises. Il est exprimé en pour cent. On constate que les mois de mai à septembre sont les moins propices au versement des cotisations. En revanche, le début et la fin de l'année sont plus favorables.
- F. Le taux de recouvrement total est égal aux cotisations perçues augmentées des arriérés perçus, divisé par les cotisations émises. Il est exprimé en pour cent.



## La gestion des prestations

La fonction principale d'un système d'assurance santé est la prise en charge de tout ou partie des dépenses de santé de ses bénéficiaires, suivant une liste de prestations précisément définies. Cette prise en charge constitue la principale source de dépenses du système d'assurance. La gestion des prestations joue de ce fait un rôle important. Elle vise notamment à :

- réaliser un contrôle permanent des droits des adhérents à la prise en charge de leurs dépenses de santé;
- ordonner et exécuter les remboursements des adhérents ou le paiement des factures des prestataires de soins;
- enregistrer les informations sur les prestations qui sont nécessaires au suivi et à l'évaluation des activités de la mutuelle de santé, au calcul des cotisations et aux prévisions financières.

La gestion des prestations repose sur un ensemble de techniques et de documents liés à la prise en charge des dépenses de soins. Elle s'appuie également sur des relations fonctionnelles entre la mutuelle et les prestataires de soins. Elle présente en effet la particularité d'être dépendante de l'action de ces prestataires



### 3.1 Les modalités de recours aux services de santé

Les modalités de recours aux services de santé doivent obéir à plusieurs principes.

- Elles doivent être simples afin d'être facilement comprises par les adhérents et de favoriser un accès rapide aux soins.
- Elles doivent mettre en œuvre les mécanismes nécessaires pour éviter la survenue de certains risques liés à l'assurance telles que les fraudes, la surconsommation de soins, etc.
- Elles doivent correspondre aux moyens techniques, financiers et humains de la mutuelle: un système trop complexe ou trop coûteux peut, à terme, s'avérer être une source de paralysie de la mutuelle.
- Elles doivent être cohérentes, dans le cadre d'un système de tiers payant, avec les règles et procédures de gestion des prestataires de soins.

#### Exemple

Une mutuelle de santé couvre les dépenses d'hospitalisation dans un hôpital qui pratique un système de tarification et de paiement des actes éclaté entre ses différents services. Pour chaque nouvel acte, un patient doit au préalable s'acquitter du paiement à la caisse du service concerné. Chaque soir, les caissiers des services transfèrent leurs recettes au service comptable de l'hôpital.

Durant le processus de mise en place de la mutuelle, les responsables de celle-ci et la direction de l'hôpital se sont réunis afin de définir les modalités de prise en charge des bénéficiaires. A l'issue des discussions, il a été retenu que cette prise en charge reposerait sur les règles suivantes.

1. Lorsqu'un bénéficiaire entrera à l'hôpital, le premier service auquel il se présentera (généralement un service d'hospitalisation) l'orientera vers le service comptable.
2. Le service comptable délivrera au bénéficiaire une fiche de prise en charge que ce dernier devra présenter à chaque service. Pour recevoir cette fiche, le bénéficiaire devra déposer sa carte d'adhérent au service comptable; il ne pourra la reprendre qu'à l'issue de son séjour.
3. Le bénéficiaire devra présenter sa fiche de prise en charge à la caisse de chaque service consulté dans le cadre du traitement (laboratoire, radiographie, hospitalisation, chirurgie, etc.). Les caissiers ne lui demanderont pas le paiement des actes qui seront consommés, mais rempliront une ligne de la fiche de prise en charge en indiquant le montant à payer par la mutuelle.
4. Le bénéficiaire, à l'issue de son séjour, retournera au service comptable où il déposera sa fiche de prise en charge et reprendra sa carte d'adhérent. Il repartira chez lui sans avoir à déboursier la moindre somme à l'hôpital.
5. Le service comptable du prestataire totalisera en fin de mois les montants de l'ensemble des fiches de prises en charge et établira une facture à l'intention de la mutuelle.

La prise en charge des bénéficiaires doit prendre en compte les considérations suivantes:

- pour être couvert par la mutuelle, la personne doit:
  - ✓ être bénéficiaire de la mutuelle;
  - ✓ avoir terminé sa période d'observation;

- ✓ être à jour dans le paiement de ses cotisations ou ne pas dépasser le retard toléré par la mutuelle;
- certaines mutuelles plafonnent le montant des dépenses de soins couvertes par bénéficiaire. Lorsqu'un bénéficiaire a atteint ce plafond, ses dépenses ne sont plus prises en charge;
- dans certaines mutuelles, les bénéficiaires ne sont couverts que dans les formations médicales autorisées. Ils peuvent recourir à d'autres prestataires, sans toutefois bénéficier du même type de couverture;
- dans un système de tiers payant, les conditions d'accès et les modalités de prise en charge des dépenses de soins font l'objet de procédures précises convenues entre la mutuelle et chaque prestataire;
- dans un système de remboursement des dépenses à l'adhérent, une entente peut également être établie entre la mutuelle et le prestataire concernant les modalités d'accueil ou l'établissement d'un tarif avantageux pour les mutualistes.

## 3.2 Le contrôle des droits aux prestations

---

Le contrôle des droits aux prestations peut être réalisé avant, pendant et/ou après le recours aux soins des bénéficiaires, selon l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle (en particulier, système de tiers payant ou non). Il s'agit pour la mutuelle de vérifier lors de ce contrôle:

- d'une part, que le bénéficiaire a terminé sa période d'observation et est à jour de ses cotisations, ou n'accuse pas un retard dépassant les limites tolérées par la mutuelle;
- d'autre part, que les personnes qui se présentent avec une carte d'adhérent sont bien des bénéficiaires de la mutuelle, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'usurpation d'identité par des individus non mutualistes.

### Le contrôle avant le recours aux soins

Le contrôle avant le recours aux soins est pratiqué dans le cadre du système de tiers payant. Le bénéficiaire doit se présenter au bureau de la mutuelle avant de se diriger vers un prestataire de soins. Le bureau de la mutuelle aura pour tâches de:

- ✓ vérifier l'identité du patient en contrôlant qu'il est bien inscrit sur la fiche d'adhésion de l'adhérent;
- ✓ contrôler sur la fiche de cotisation que l'adhérent est à jour;
- ✓ délivrer éventuellement une lettre de garantie et orienter le bénéficiaire vers le prestataire;
- ✓ informer le bénéficiaire des modalités d'accueil et de prise en charge chez le prestataire.

### Le contrôle pendant les soins

Ce contrôle est pratiqué notamment dans le cadre du système de tiers payant. Il est réalisé par le prestataire de soins et dépend donc du contrat qui régit les relations entre celui-ci et la mutuelle. Lorsque ce contrôle est prévu, le prestataire de soins doit:

- ✓ vérifier la validité de la carte d'adhérent;

- ✓ contrôler que le patient est bien l'une des personnes inscrites sur la carte;
- ✓ s'assurer éventuellement que le nom du bénéficiaire ne figure pas sur une liste de personnes exclues de la mutuelle qui peut lui être adressée par cette dernière<sup>15</sup>.

Ce type de contrôle est également pratiqué lorsqu'un tarif avantageux est instauré en faveur des bénéficiaires dans le cadre d'un système de remboursement des dépenses de soins à l'adhérent. Le prestataire de soins doit s'assurer, grâce à la carte d'adhérent, du droit des patients à cet avantage.

### **Le contrôle après le recours aux soins**

Dans le cas du système de tiers payant, ce contrôle implique une participation des trois acteurs: le prestataire, l'adhérent et la mutuelle. La procédure suivante est mise en œuvre:

- ✓ le prestataire délivre une attestation de soins;
- ✓ l'adhérent dépose cette attestation de soins au siège de la mutuelle;
- ✓ la mutuelle vérifie a posteriori sur la base de l'attestation de soins, le droit aux prestations de l'adhérent. Lorsque ce droit n'est pas confirmé, la mutuelle pourra vérifier si les procédures de contrôle ont été correctement appliquées par le prestataire.

Dans le cas d'un système de remboursement des dépenses de soins à l'adhérent, le bureau de la mutuelle doit vérifier, avant de procéder au remboursement, que le bénéficiaire a droit aux prestations (inscription, paiement des cotisations, période d'observation) et que les soins prestés sont effectivement couverts par la mutuelle.

## **3.3 La facturation et le contrôle des factures des prestataires de soins**

Dans le cadre d'un système de tiers payant, les contrats entre la mutuelle et les prestataires de soins prévoient la périodicité de facturation des soins (laquelle est généralement mensuelle).

Chaque prestataire de soins établit une facture pour les soins délivrés aux bénéficiaires, sur la base de ses propres outils de gestion (registres de consultations, d'hospitalisation, etc.) ou, lorsque ce document est utilisé, sur la base des exemplaires des attestations de soins qu'il conserve. Lorsqu'il reçoit la facture du prestataire de soins, le CE de la mutuelle doit:

- réaliser un dernier contrôle des recours aux soins en comparant les informations des attestations ou des lettres de garantie avec celles de la facture (numéro de code et nom des bénéficiaires, dates, montants, etc.). Ce contrôle est utile dans la mesure où les erreurs d'écriture ne sont pas rares;
- vérifier que les montants facturés correspondent à ceux fixés par le contrat entre la mutuelle et le prestataire.

15 L'utilisation d'une telle liste est complexe dans la pratique. La mise à jour de la liste doit être immédiate après chaque exclusion. Par ailleurs, le personnel d'accueil des formations médicales doit effectivement s'engager à la consulter.

### **L'autorisation et l'exécution du paiement des soins**

L'autorisation du paiement est généralement du ressort du CE, lorsque le CE de la mutuelle a effectué les opérations de contrôle préalables.

Lorsqu'un problème est constaté, celui-ci doit être discuté avec le prestataire de soins; par exemple lorsqu'il existe une différence entre une attestation de soins et la facture.

### **L'enregistrement des prises en charge**

Chaque prestation prise en charge par la mutuelle est inscrite dans un outil d'enregistrement des prestations, le registre des prestations.

Ce registre a pour but de fournir les informations sur les prestations nécessaires au suivi et à l'évaluation des activités de la mutuelle. Il s'agit notamment des informations employées pour le calcul des taux d'utilisation et des coûts moyens.

## **3.4 Les documents**

---

Les procédures et documents de gestion des prestations sont d'une grande diversité dans les mutuelles visées par ce guide. Les plus fréquemment utilisés sont décrits ci-dessous. Il est présenté dans un premier temps les documents utilisés dans un système de tiers payant.

### **La lettre de garantie**

La lettre de garantie, ou autorisation de prise en charge, est un document utilisé par les mutuelles qui cherchent à réaliser un contrôle des droits aux prestations avant le recours aux soins des bénéficiaires.

Elle a deux objectifs principaux:

- ✓ permettre un contrôle préalable visant à décourager les fraudes et à limiter la surconsommation;
- ✓ garantir au prestataire de soins que les dépenses de soins du patient seront couvertes par la mutuelle (système de tiers payant).

#### **Présentation**

La lettre de garantie se présente généralement sous la forme d'un carnet à souche pré-imprimé dont la partie détachable, remise au bénéficiaire pour être présentée au prestataire, indique:

- ✓ les informations concernant le bénéficiaire: nom et prénoms, âge, sexe, numéro de code d'identification et autres informations utiles de la carte d'adhérent;
- ✓ une formule prérédigée qui autorise le prestataire de soins à recevoir le patient selon les conditions prévues dans le contrat le liant à la mutuelle;
- ✓ la date, le visa de la mutuelle et la signature du responsable ayant délivré la lettre de garantie.

La souche reprend, entre autres, les informations concernant le bénéficiaire et la date de délivrance de la lettre de garantie.

## Règles d'utilisation

- ✓ Le bénéficiaire doit se procurer la lettre de garantie auprès de la mutuelle avant de se rendre chez le prestataire. La mutuelle contrôle le droit aux prestations du bénéficiaire avant de lui délivrer la lettre.
- ✓ La lettre de garantie doit être obligatoirement présentée au prestataire par le bénéficiaire pour que celui-ci puisse bénéficier de la prise en charge de soins, à l'exception de cas d'urgence et autres éventualités prévues dans le contrat.
- ✓ La lettre de garantie est généralement présentée au prestataire avec la carte d'adhérent.
- ✓ La lettre de garantie est retournée à la mutuelle par le prestataire conjointement avec la facture.

### Exemple

Lors du processus de mise en place de la Mutuelle Espoir, les promoteurs ont retenu le système de la lettre de garantie, car ils considèrent qu'il s'agit du meilleur système de contrôle des droits aux prestations.

Chaque CE des groupements mutualistes de quartier a reçu un carnet à souche de 50 lettres de garantie. Lorsque survient un cas de maladie dans une famille, l'adhérent concerné doit se présenter, muni de sa carte d'adhérent, devant le responsable du groupement. Ce dernier vérifie que l'adhérent est à jour de ses cotisations (ou n'a pas cumulé un retard supérieur à celui prévu dans les statuts) et que le bénéficiaire n'est pas en période d'observation. Lorsque le droit aux prestations est confirmé, le responsable délivre à l'adhérent une lettre de garantie que ce dernier devra présenter à la formation médicale avec sa carte d'adhérent.

Le modèle suivant représente la lettre de garantie, avec la souche, qui a été délivrée à Awa MADOU pour sa fille Amina qui devait être hospitalisée à l'Hôpital Bonne Santé contractualisé avec la Mutuelle Espoir.

<p>SOUCHE</p> <p>Lettre de garantie n° ..... 05</p> <p><b>Bénéficiaire :</b></p> <p>Prénom et nom : ..... <i>KADO Amina</i> .....</p> <p>N° de code : ..... <i>02 / 01 / 03</i> .....</p> <p>Date : ..... <i>10 / 07 / 2000</i> .....</p> <p>Signature et tampon</p> <p></p>	<p style="text-align: center;"><b>MUTUELLE DE SANTÉ ESPOIR</b></p> <p style="text-align: right;"></p> <p><b>LETTRE DE GARANTIE N° : ..... 05 .....</b></p> <p>L'intention de .....</p> <p>Formation médicale : ..... <i>Hôpital BONNE SANTE de OUAIA</i> .....</p> <p>Conformément à la convention signée entre la mutuelle de santé ESPOIR et votre formation médicale, nous vous remercions de bien vouloir prendre en charge le bénéficiaire identifié ci-dessous.</p> <p>Nom et prénom du bénéficiaire : ..... <i>KADO Amina</i> .....</p> <p>N° de code : ..... <i>02 / 01 / 03</i> .....</p> <p>Le ..... <i>10 / 07 / 00</i> .....</p> <p><small>A remettre à l'accueil de la formation médicale accompagnée de la carte d'adhérent</small></p> <p style="text-align: right;"> Pour la mutuelle (signature et tampon)</p>
---	---

## L'attestation de soins

L'attestation de soins a plusieurs fonctions:

- ✓ elle permet un contrôle après le recours aux soins lorsque l'adhérent la dépose au bureau de la mutuelle;
- ✓ elle permet aux prestataires de soins d'établir leurs factures;
- ✓ elle peut servir de justificatif pour la comptabilité des formations médicales;
- ✓ elle souligne auprès de l'adhérent, dans un système de tiers payant, que les soins ont un coût (en plus d'un éventuel copaiement).

### Présentation

L'attestation se présente généralement sous la forme d'un formulaire en deux exemplaires pré-imprimés (lors du remplissage, une feuille de carbone est glissée entre les deux feuilles). Les informations suivantes doivent figurer sur l'attestation:

- ✓ le nom de la formation médicale;
- ✓ le nom de la mutuelle (surtout si la formation médicale travaille avec plusieurs mutuelles de santé);
- ✓ les nom, prénoms, numéro de code et autres informations utiles et convenues avec la mutuelle concernant le bénéficiaire et figurant sur la carte d'adhérent;
- ✓ la nature des actes délivrés au patient: consultation, examens, etc. (utilisation éventuelle d'un code);
- ✓ le montant payé par le patient sous forme de ticket modérateur, franchise ou autre;
- ✓ le montant facturé à la mutuelle pour les actes délivrés au bénéficiaire;
- ✓ la date des soins ou dates d'entrée et de sortie pour les hospitalisations;
- ✓ la signature du prestataire de soins et celle du bénéficiaire (ou à défaut, l'empreinte digitale).

### Règles d'utilisation

- ✓ L'attestation est établie par le prestataire de soins en deux exemplaires au moins: l'un conservé par le prestataire, l'autre donné au patient.
- ✓ La présentation et les modalités de remplissage des attestations sont convenues entre la mutuelle et le prestataire.
- ✓ Les mutualistes doivent remettre rapidement leur exemplaire de l'attestation au bureau de la mutuelle.

## Exemple

Après plusieurs mois de fonctionnement, la Mutuelle Espoir décide d'abandonner le système de lettre de garantie, au profit des attestations de soins. Elle dépose dans chaque formation médicale un carnet de 50 attestations de soins (chaque attestation est en double exemplaire).

A l'issue de la délivrance des soins, le personnel de la formation médicale remplit une attestation de soins dont un exemplaire est remis au bénéficiaire. Celui-ci doit ensuite remettre cette attestation à l'un des membres du CE de son groupement mutualiste.

L'attestation suivante reprend l'exemple de l'hospitalisation d'Amina Kado qui illustre la lettre de garantie. On notera que l'emploi du copaiement revient à laisser à la charge de l'adhérent le paiement de la consultation à l'entrée de l'hôpital ainsi que la première journée d'hospitalisation (tarif = 1 000 UM/jour. Pour les enfants de 0-5 ans, le tarif = 500 UM/jour).

*Hôpital BONNE SANTE - OUAIA*

**FORMATION SANITAIRE :** .....

**ATTESTATION DE SOINS**                      N° .....55.....

Nom et prénom du bénéficiaire : ..... *KADO Amina* .....

N° de code : ..... *02 / 01 / 03* ..... Age : ..... *13 ans* ..... Sexe : ..... *F* .....

Date d'entrée : ..... *10 / 07 / 00* ..... Date de sortie : ..... *13 / 07 / 00* .....

**Prestations de la formation médicale**


Date	Service	Acte	Montant payé par le patient	Montant facturé à la mutuelle
<i>10/07</i>	<i>Dispensaire</i>	<i>Consultation</i>	<i>200</i>	<i>-</i>
<i>10/07</i>	<i>Laboratoire</i>	<i>Examens</i>		<i>1 500</i>
<i>10/07</i>	<i>Pharmacie</i>			<i>3 000</i>
<i>11/07</i>	<i>Radiologie</i>	<i>Examen</i>		<i>1 000</i>
<i>13/07</i>	<i>Pharmacie</i>			<i>2 600</i>
<i>15/07</i>	<i>Hospitalisation</i>	<i>3 jours</i>	<i>1 000</i>	<i>2 000</i>
		<b>TOTAL</b>	<i>1 200</i>	<i>10 100</i>

Total facturé à la mutuelle (en lettre) : ..... *Dix mille cent francs UM* .....

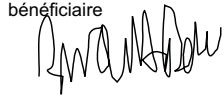
.....

Date : ..... *13 / 07 / 00* .....

Signature et cachet du prestataire de soins



Signature ou empreinte du bénéficiaire



## **La facture récapitulative du prestataire**

La facture récapitule les montants des soins délivrés aux bénéficiaires de la mutuelle de santé, durant une période donnée (le plus souvent chaque mois, voire trimestre); elle sert de base pour le paiement de ces soins au prestataire.

La facture joue un double rôle:

- ✓ elle est une pièce comptable qui déclenche la procédure de paiement des soins;
- ✓ elle constitue un outil de contrôle et de suivi, en association avec les lettres de garantie ou les attestations de soins.

### **Présentation**

Les informations apparaissant dans la facture doivent être listées dans le contrat entre la mutuelle et le prestataire de soins. Une mutuelle peut établir un format standard de présentation des factures en accord avec les prestataires et choisir de distribuer à ceux-ci des carnets de factures vierges. Cela implique des coûts de gestion supplémentaires mais garantit à la mutuelle de recevoir des factures standardisées ce qui facilite le contrôle et le suivi ultérieurs.

La facture comporte généralement les informations suivantes:

- ✓ les éléments d'identification du prestataire de soins;
- ✓ le numéro de la facture;
- ✓ la période couverte;
- ✓ le récapitulatif des prestations facturées:
  - numéro de code d'identification du bénéficiaire;
  - date de la prestation;
  - numéro de la lettre de garantie ou de l'attestation de soins (éventuellement);
  - nature de la prestation;
  - coût de la prestation facturé à la mutuelle (avec mention du copaiement s'il existe);
- ✓ la somme totale facturée à la mutuelle pour la période, en chiffres et en lettres;
- ✓ la date d'émission de la facture (et éventuellement le délai de remboursement suivant le contrat avec la mutuelle);
- ✓ la signature et le cachet du prestataire de soins.

### **Règles d'utilisation**

- ✓ La facture est généralement établie en fin de mois sauf exception (faible montant reporté au mois suivant par exemple). Le cas échéant, le montant de la facture est alors reporté sur celle du mois suivant.
- ✓ La facture est établie au minimum en deux exemplaires: l'un pour le prestataire et l'autre pour la mutuelle de santé.


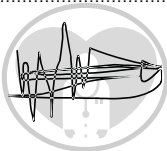


- ✓ La facture doit être soigneusement remplie par le prestataire. La mutuelle peut refuser le paiement d'une facture qui ne comprend pas toutes les informations convenues rédigées de manière lisible.
- ✓ La facture peut être remise en question par la mutuelle si les montants qu'elle contient ne sont pas conformes avec ceux portés sur les attestations de soins (lorsque ce type de document est utilisé).

## Exemple

Les contrats passés entre la Mutuelle Espoir et les prestataires de soins régissent notamment le contenu des factures mensuelles que ces derniers doivent établir. De ce fait, toutes les factures apportent les mêmes types d'informations et facilitent ainsi les opérations de contrôle et de suivi de la mutuelle.

Le modèle suivant présente la facture élaborée par l'Hôpital Bonne Santé pour le mois de juillet 2000. Elle synthétise toutes les attestations de soins délivrées durant ce mois, dont celle d'Amina Kado présentée précédemment.

<b>HOPITAL BONNE SANTE</b>						
BP 2756 OUAIA Tél. : 237 8745						
<b>FACTURE</b>						
Facture n° <u>115</u>		Date <u>02/08/00</u>				
Dépenses de soins des membres de la mutuelle : <u>Mutuelle de santé ESPOIR</u>						
Pour le mois de : <u>Juillet 2000</u>						
Date	N° de code	N° attestation de soins	Nature de la prestation	Ticket modérateur	Prise en charge mutuelle	Total
05/07	04/10/02	50	Hospitalisation Pédiatrie	700	500	6 200
13/07	02/01/03	55	Hospitalisation	1 200	10 100	11 300
15/07	01/06/01	56	Accouchement	-	5 000	5 000
23/07	03/10/06	58	Hospitalisation chirurgie	1 200	12 200	13 400
<b>TOTAL A PAYER PAR LA MUTUELLE</b>					<b>32 800</b>	
Arrêté la présente facture à la somme de <u>Trente deux mille huit cent francs UM</u>						
.....						
Signature et cachet du prestataire de soins						

## **Le reçu ou la facture individuelle**

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

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

1. l'identification du prestataire de soins;
2. l'identification exacte du bénéficiaire;
3. la nature des prestations;
4. le prix et la date de la prestation.

Muni de son carnet de santé, de sa carte d'adhérent et de sa preuve de paiement, l'adhérent se présente au bureau de la mutuelle pour se faire rembourser. Il peut également adresser sa demande par courrier.

## **Le registre des prestations**

Le registre des prestations permet le suivi des soins couverts par la mutuelle.

### **Présentation**

Plusieurs présentations du registre des prestations existent dont les deux suivantes (système de tiers payant):

- ✓ un registre sous forme de tableau avec:
  - en ligne: chaque prestation couverte par la mutuelle;
  - en colonne:
    - la date,
    - le numéro de la lettre de garantie ou de l'attestation de soins (éventuellement),
    - le numéro de code, l'âge et le sexe du bénéficiaire,
    - le type de prestation (consultation, maternité, hospitalisation, etc.),
    - le montant du copaiement payé par le bénéficiaire (éventuellement),
    - le montant facturé à la mutuelle,
    - le montant total de la prestation,
    - les observations éventuelles;
- ✓ un classeur regroupant, par ordre chronologique et/ou par service utilisé, les attestations de soins (lorsqu'elles sont utilisées).

## Règles d'utilisation

- ✓ Lorsque la mutuelle utilise le système de la lettre de garantie: le registre est généralement rempli en fin de mois quand la facture de chaque prestataire de soins a été reçue et contrôlée par le CE de la mutuelle.
- ✓ Lorsque la mutuelle utilise le système d'attestation de soins: chaque prestation de soins doit être enregistrée dès réception de l'attestation de soins.
- ✓ Dans les deux cas, toutes les informations concernant chaque prestation doivent être enregistrées.
- ✓ Lorsqu'un cas de fraude est détecté, l'enregistrement doit être corrigé dans le registre afin d'éviter de fausser le calcul des taux d'utilisation et des coûts moyens.
- ✓ Lorsque la mutuelle rembourse directement les dépenses des adhérents, les informations relatives aux prestations sont portées sur le registre après le contrôle du droit aux prestations et la préparation des versements.

### Exemple

La Mutuelle Espoir utilise un registre des prestations qui est mis à jour lors des réunions mensuelles des représentants des groupements mutualistes de quartier. Ces derniers se présentent à la réunion munis de toutes les attestations de soins que les adhérents sont venus déposer durant le mois. Les factures des différents prestataires de soins sont envoyées directement à la mutuelle.

Un des objectifs de cette réunion est de comparer les actes mentionnés sur les factures aux attestations reçues. Lors de cette comparaison, les prestations de soins ne posant pas de problème sont enregistrées dans le registre des prestations. Pour les autres, deux cas de figure peuvent se présenter:

- une prestation est mentionnée sur une facture mais le groupement concerné n'a pas reçu de l'adhérent l'attestation de soins correspondante. Dans ce cas, la prestation est payée normalement puis elle fait l'objet d'un contrôle auprès de l'adhérent par le comité du groupement;
- une différence de montant apparaît entre une attestation de soins et la facture. Ce problème est alors discuté avec le prestataire avant le paiement de la facture.

Lorsque ces cas sont régularisés, ils sont enregistrés dans le registre des prestations.

Ce registre permet de synthétiser l'ensemble des prestations de soins du mois. Il simplifie la comptabilité car il joue le rôle d'un journal auxiliaire (voir partie 4: La comptabilité) et apporte toutes les informations nécessaires pour la réalisation d'un suivi efficace.

La page de ce registre pour le mois de juillet 2002 est présentée ci-après. On notera que, en plus des prestations de l'Hôpital Bonne Santé, la Mutuelle Espoir couvre également les petites hospitalisations et les accouchements dans deux centres de santé et dans une maternité de quartier.

## Registre de prestations

Mois de : ..... *Juillet 2002* .....

Date	N° attestation de soins	Age	Sexe	N° de code	Service de santé	Montant			Observations
						Ticket mod.	Mutuelle	Total	
05/07	50	5	F	04/10/02	Pédiatrie Hôp. BONNE SANTE	700	5 500	6 200	
08/07	51	25	F	02/05/01	Accouchement CS Saint Victor		5 000	5 000	
08/07	52	15	M	03/10/05	Hospitalisation CS Malika	100	2 500	2 600	
10/07	53	07	M	01/06/03	Hospitalisation CS Saint Victor	100	1 500	1 600	
12/07	54	35	F	02/07/01	Accouchement Maternité Paix		5 000	5 000	
13/07	55	13	F	02/01/03	Hospitalisation H. BONNE SANTE	1 200	10 100	11 300	
15/07	56	28	F	01/06/01	Accouchement H. BONNE SANTE		5 000	5 000	
20/07	57	05	M	03/15/08	Hospitalisation CS Malika	100	2 000	2 100	
23/07	58	67	M	03/10/06	Chirurgie Hôp. BONNE SANTE	1 200	12 200	13 400	
<i>Total du mois de juillet</i>						3 400	48 800	52 200	

### 3.5 Le contrôle des enregistrements

L'enregistrement des prestations doit faire l'objet d'un contrôle régulier afin de vérifier l'exactitude des écritures. Dans le cas du système du tiers payant, ce contrôle repose sur le fait que:

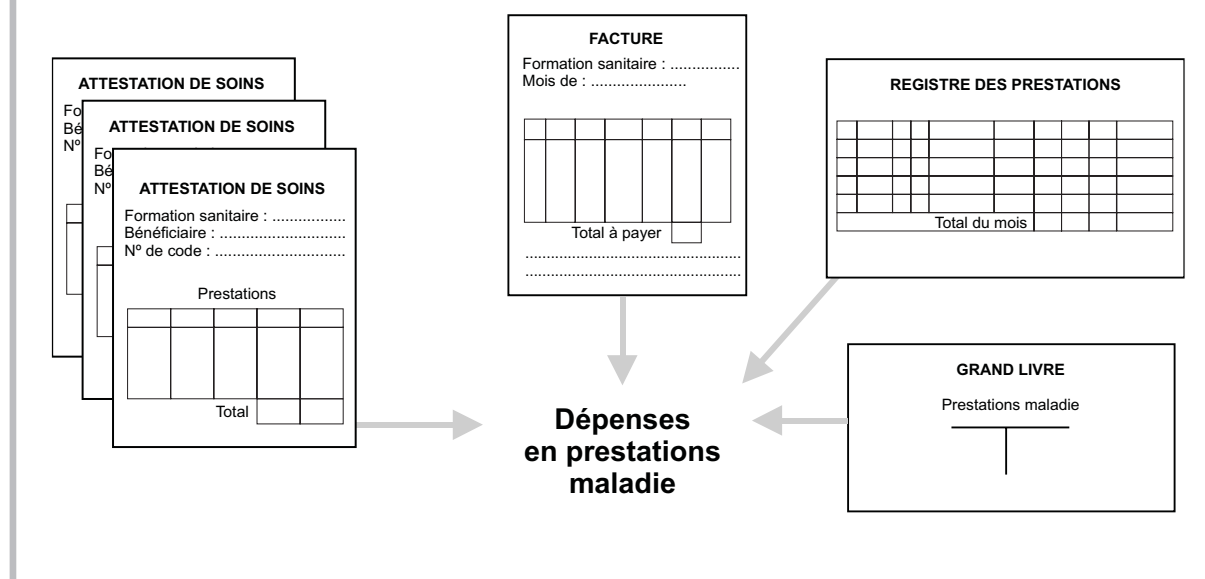
- chaque prestation de soins donne lieu à l'établissement d'une lettre de garantie et/ou d'une attestation de soins (si ces documents sont utilisés);
- une ligne dans une facture d'un prestataire correspond à la prestation fournie;
- un enregistrement dans le registre des prestations est réalisé.

Le contrôle consiste à comparer le nombre de prestations et le total des dépenses de soins, déterminés à partir de chacun de ces trois documents.

Le total des dépenses de soins doit être également comparé avec les dépenses enregistrées dans le compte «Prestations maladie» du grand livre.

## La vérification de l'enregistrement des prestations maladie

(système avec attestations de soins et de tiers payant)



### 3.6 Le suivi des prestations maladie

Le suivi des prestations porte sur la consommation de soins par les bénéficiaires de la mutuelle et sur le coût des prestations couvertes. Il s'agit d'un élément essentiel de la gestion d'une mutuelle car il permet :

- d'estimer le prix de revient du produit d'assurance;
- de détecter et de corriger les anomalies en matière d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires (sélection adverse, surconsommation, etc.);
- de détecter et de corriger également les anomalies chez les prestataires de soins (surprescription, etc.);
- d'affiner le calcul des cotisations, les prévisions budgétaires et les plans de trésorerie.

#### Les indicateurs de suivi des prestations

Les principaux indicateurs de suivi sont : le taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires et le coût moyen de chaque service de santé couvert.

#### Le taux d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires (ratio prestations / bénéficiaires)

Cet indicateur, calculé par catégorie de services (ou de prestations) et pour une période donnée, est le rapport entre le nombre de fois où les bénéficiaires de la mutuelle ont utilisé le service considéré et le nombre total de bénéficiaires.

Lorsque la mutuelle collabore avec plusieurs prestataires, le taux d'utilisation doit être calculé pour chacun d'eux, puis globalement. Pour ce faire, le nombre de bénéficiaires susceptibles d'utiliser les services de chaque prestataire doit être précisément connu.

Les taux d'utilisation sont établis:

- ✓ d'une part, pour juger du niveau des cotisations. Les taux d'utilisation réels sont comparés avec ceux employés dans le calcul des cotisations. Lorsque les taux d'utilisation réels sont constamment supérieurs aux taux ayant servi au calcul, la cotisation est sous-évaluée et la mutuelle éprouvera des difficultés financières en fin d'exercice. A l'inverse, quand le taux réel est inférieur, la mutuelle peut baisser le montant des cotisations ou augmenter le niveau ou l'étendue des garanties;
- ✓ d'autre part, pour caractériser les variations saisonnières d'utilisation, pour identifier l'apparition d'épidémie ou d'éventuelles anomalies de consommation ou de prescription.

### **Le coût moyen de chaque service de santé couvert**

Le calcul des coûts moyens s'effectue pour chaque catégorie de service et pour chaque prestataire en divisant le coût total par le nombre de prestations de la catégorie (octroyées par un même prestataire).

Cet indicateur est à comparer avec:

- ✓ le coût moyen employé dans le calcul des cotisations;
- ✓ les coûts moyens des mois précédents.

De la même façon que pour les taux d'utilisation, la mutuelle de santé peut rencontrer des coûts moyens réels supérieurs ou inférieurs à ceux employés dans le calcul des cotisations. Elle doit alors procéder à des ajustements du montant de ses cotisations ou réajuster l'étendue des garanties.

Le suivi mensuel des coûts permet de constater d'éventuelles anomalies. Des variations en cours d'exercice traduisent généralement un changement de comportement des bénéficiaires ou d'un (ou plusieurs) prestataire de soins, la mutuelle doit alors réagir.

### **La fréquence de suivi**

Le suivi des prestations doit être régulier. Le calcul des indicateurs et le remplissage des tableaux de suivi sont généralement mensuels et s'effectuent après réception et contrôle des factures des prestataires de soins.

Le calcul des taux d'utilisation des services par les bénéficiaires n'est possible que si la mutuelle connaît précisément le nombre de ses bénéficiaires.

### **Le tableau de suivi**

Le tableau de suivi des prestations est plus complexe à élaborer et à remplir que dans le cas des adhésions et des cotisations. Un tableau doit être élaboré:

- ✓ pour chaque prestataire de soins, en distinguant chacun des services couverts;

- ✓ pour éventuellement chaque village, section locale ou groupement mutualiste affilié à la mutuelle;
- ✓ pour l'ensemble des prestataires et des villages, sections ou groupements (ce tableau global sert de référence pour l'analyse des tableaux précédents).

Ces tableaux synthétisent les informations du registre des prestations et permettent de visualiser l'évolution mensuelle des indicateurs de suivi. Il s'agit d'un travail particulièrement lourd, surtout pour une mutuelle qui couvre plusieurs prestataires et/ou plusieurs sections de base. La réalisation de ce suivi peut nécessiter l'utilisation d'un matériel informatique et un appui externe.

### Exemple

Une mutuelle de santé couvre deux communes et compte:

- 1 000 bénéficiaires dans la commune A dont 200 en période d'observation jusqu'au mois d'avril;
- 2 500 bénéficiaires dans la commune B dont 500 en période d'observation jusqu'au mois d'avril.

Les deux communes possèdent chacune un centre de santé dans lequel la mutuelle prend en charge les hospitalisations. Ces deux centres de santé ont le même plateau technique et réalisent les mêmes prestations de soins avec des tarifs et des prix de médicaments identiques.

Le responsable du registre des prestations tient à jour mensuellement des tableaux de suivi qui se présentent ainsi pour l'année 2002.

### Suivi des prestations - Tableau 1 / Commune A - Exercice 2002

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Moy./ Total	Réf.
Nombre de bénéficiaires (A)	800	800	800	800	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	933,3	
Nombre d'hospitalisations (B)	3	5	4	5	3	6	3	6	5	7	4	5	56	
Taux d'utilisation mensuel (C)	4,5 %	7,5 %	6,0 %	7,5 %	3,6 %	7,2 %	3,6 %	7,2 %	6,0 %	8,4 %	4,8 %	6,0 %	6,0 %	
Taux d'utilisation cumulé (D)	4,5 %	6,0 %	6,0 %	6,4 %	5,7 %	6,0 %	5,6 %	5,8 %	5,9 %	6,1 %	6,0 %	6,0 %		6,0 %
Coût total des prestations (E)	15 000	23 000	12 000	18 000	17 000	28 000	40 000	50 000	48 000	40 000	47 000	50 000	388 000	
Coût moyen hospitalisation (F)	5 000	4 600	3 000	3 600	5 667	4 667	13 333	8 333	9 600	5 714	11 750	10 000	6 929	
Coût moyen cumulé (G)	5 000	4 750	4 167	4 000	4 250	4 346	5 276	5 800	6 275	6 191	6 627	6 929		5 000

### Suivi des prestations - Tableau 2 / Commune B - Exercice 2002

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Moy./ Total	Réf.
Nombre de bénéficiaires (A)	2 000	2 000	2 000	2 000	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	2 333	
Nombre d'hospitalisations (B)	10	8	11	12	11	17	15	16	21	25	30	21	197	
Taux d'utilisation mensuel (C)	6,0 %	4,8 %	6,6 %	7,2 %	5,3 %	8,2 %	7,2 %	7,7 %	10,1 %	12,0 %	14,4 %	10,1 %	8,4 %	
Taux d'utilisation cumulé (D)	6,0 %	5,4 %	5,8 %	6,2 %	5,9 %	6,4 %	6,5 %	6,7 %	7,1 %	7,6 %	8,3 %	8,4 %		6,0 %
Coût total des prestations (E)	45 000	41 000	54 500	62 000	53 000	84 000	76 000	78 000	99 500	127 000	145 000	112 000	977 000	
Coût moyen hospitalisation (F)	4 500	5 125	4 955	5 167	4 818	4 941	5 067	4 875	4 738	5 080	4 833	5 333	4 959	
Coût moyen cumulé (G)	4 500	4 778	4 845	4 939	4 913	4 920	4 946	4 935	4 901	4 932	4 915	4 959		5 000

### Suivi des prestations - Tableau 3 / Communes A et B - Exercice 2002

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Moy./ Total	Réf.
Nombre de bénéficiaires (A)	2 800	2 800	2 800	2 800	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	3 267	
Nombre d'hospitalisations (B)	13	13	15	17	14	23	18	22	26	32	34	26	253	
Taux d'utilisation mensuel (C)	5,6 %	5,6 %	6,4 %	7,3 %	4,8 %	7,9 %	6,2 %	7,5 %	8,9 %	11,0 %	11,7 %	8,9 %	7,7 %	
Taux d'utilisation cumulé (D)	5,6 %	5,6 %	5,9 %	6,2 %	5,9 %	6,3 %	6,2 %	6,4 %	6,7 %	7,2 %	7,6 %	7,7 %		6,0 %
Coût total des prestations (E)	60 000	64 000	66 500	80 000	70 000	112 000	116 000	128 000	147 500	167 000	192 000	162 000	1 365 000	
Coût moyen hospitalisation (F)	4 615	4 923	4 433	4 706	5 000	4 870	6 444	5 818	5 673	5 219	5 647	6 231	5 395	
Coût moyen cumulé (G)	4 615	4 769	4 646	4 664	4 729	4 763	5 031	5 159	5 242	5 238	5 300	5 395		5 000

#### Notes sur les tableaux

Ces trois tableaux se remplissent de la même façon. Le troisième tableau est la synthèse au niveau des deux communes du nombre de bénéficiaires, du nombre d'hospitalisations et des coûts des prestations.



- A. Cette ligne ne comptabilise que les bénéficiaires qui ont droit aux prestations. Le nombre de bénéficiaires varie au mois de mai car certains sont en période d'observation de janvier à avril (inclus). Le total de la ligne A est la moyenne du nombre mensuel de bénéficiaires.
- B. Le nombre d'hospitalisations est issu du registre des prestations.
- C. Le taux d'utilisation mensuel est calculé en divisant le nombre d'hospitalisations du mois par le nombre moyen de bénéficiaires ayant droit aux prestations durant ce mois. Le résultat est multiplié par 12 afin de pouvoir comparer ce taux avec celui employé dans le calcul des cotisations (6 % - colonne Réf.). La mutuelle peut ainsi apprécier le niveau d'utilisation des services pendant le mois par rapport à la moyenne annuelle prévue. Chaque taux mensuel est également comparé aux taux des mois précédents ce qui permet une première observation de son évolution. Le taux d'utilisation annuel (colonne Total) est calculé en divisant le total des hospitalisations par le nombre moyen de bénéficiaires
- D. La ligne D permet une autre observation du taux d'utilisation des services d'hospitalisation des deux centres de santé par les bénéficiaires de la mutuelle. Le mode de calcul utilisé tient compte de l'évolution de la consommation de soins depuis le début de l'exercice et permet de la projeter sur le reste de l'année.

Ce calcul repose sur les données suivantes:

CH = Nombre cumulé d'hospitalisations depuis le début de l'année.

MB = Nombre moyen de bénéficiaires depuis le début de l'année.

ME = Nombre de mois écoulés.

La formule utilisée chaque mois est la suivante: 
$$\frac{\left[ \frac{CH}{MB} \right] \times 12}{ME}$$

Par exemple, dans le tableau 3 (communes A et B), le calcul est le suivant pour le mois de mai:  $[(72/2\ 940) \times 12]/5 = 5,9 \%$ .

- E. Les coûts totaux des prestations prises en charge sont issus du registre des prestations.
- F. Le coût moyen mensuel d'une hospitalisation est calculé en divisant le coût total des hospitalisations par le nombre de celles-ci au cours du mois. Le coût moyen annuel est calculé en divisant le total des factures par le nombre annuel d'hospitalisations.
- G. Le coût moyen «cumulé» annuel est calculé chaque mois en divisant le total des factures depuis le début de l'année par le nombre d'hospitalisations depuis le début de l'année.

Par exemple, dans le tableau 3, le calcul est le suivant pour le mois de mars:

$$(60\ 000 + 64\ 000 + 66\ 500) / (13 + 13 + 15) = 4\ 646.$$

Cette ligne permet d'observer l'évolution du coût moyen des hospitalisations et de comparer la tendance qui se dessine progressivement au coût moyen attendu et utilisé dans le calcul des cotisations (5 000 - colonne Réf.).

Ces tableaux et les calculs qu'ils contiennent peuvent paraître lourds et fastidieux mais ils sont indispensables.

Dans cet exemple, les lignes D et G du tableau 3 indiquent que les taux d'utilisation et le coût moyen des hospitalisations tendent à augmenter de mois en mois et à dépasser ceux attendus. Cette tendance globale masque cependant deux phénomènes distincts.

- Dans la commune A, les taux d'utilisation évoluent selon les prévisions, c'est-à-dire autour de 6 %, même si certains mois comme octobre connaissent un taux élevé.

En revanche, le coût moyen des hospitalisations augmente à partir du mois de juillet pour atteindre des niveaux élevés par rapport aux prévisions.

- La commune B présente une situation inverse: les coûts moyens restent conformes aux prévisions mais les taux d'utilisation augmentent à partir de juin et sont élevés en fin d'année. En fin d'année, les responsables de la mutuelle mènent une étude complémentaire afin de comprendre ces phénomènes.
  - Ils constatent que dans la commune A, l'infirmier du centre de santé pratique une surfacturation des hospitalisations pour augmenter ses recettes aux dépens de la mutuelle.
  - Dans la commune B, ils constatent que plusieurs familles se sont entendues avec l'infirmier pour facturer à la mutuelle des dépenses en hospitalisations d'individus non mutualistes.
- A la vue des tendances qui apparaissaient à la moitié de l'année, ces responsables auraient pu intervenir plus rapidement pour enrayer ces dérapages.

## **Les procédures de gestion des adhésions, des cotisations et des prestations**

Les outils et procédures de gestion des adhésions, des cotisations et des prestations ont été traités séparément dans les trois chapitres précédents. Ce quatrième chapitre donne une vision synthétique des relations entre ces trois composantes de la gestion de la mutuelle.

### **4.1 Quelques exemples de procédures**

Les procédures de gestion mises en place par une mutuelle varient en fonction de son organisation et de ses modalités de fonctionnement. Trois cas de figure, représentatifs des organisations mutualistes les plus couramment rencontrées, sont illustrés dans ce chapitre.

- Une mutuelle de santé couvrant une population concentrée dans une aire géographique restreinte. Cette mutuelle est administrée par une AG, un CA et un CE et dispose d'un petit local lui servant de siège. La cotisation est annuelle.
- Une mutuelle couvrant une population importante et disposant de moyens financiers suffisants pour embaucher un gérant. Cette mutuelle est administrée par une AG, un CA et un bureau (président, secrétaire et trésorier) qui supervise les opérations liées à la gestion quotidienne exécutées par le gérant. Cette mutuelle dispose d'un local lui servant de siège où le gérant assure une permanence chaque jour. La cotisation est mensuelle.
- Une mutuelle structurée en sections locales éparpillées sur un vaste territoire. Cette mutuelle est gérée par une AG, un CA composé de représentants des sections et un bureau. La cotisation est mensuelle.

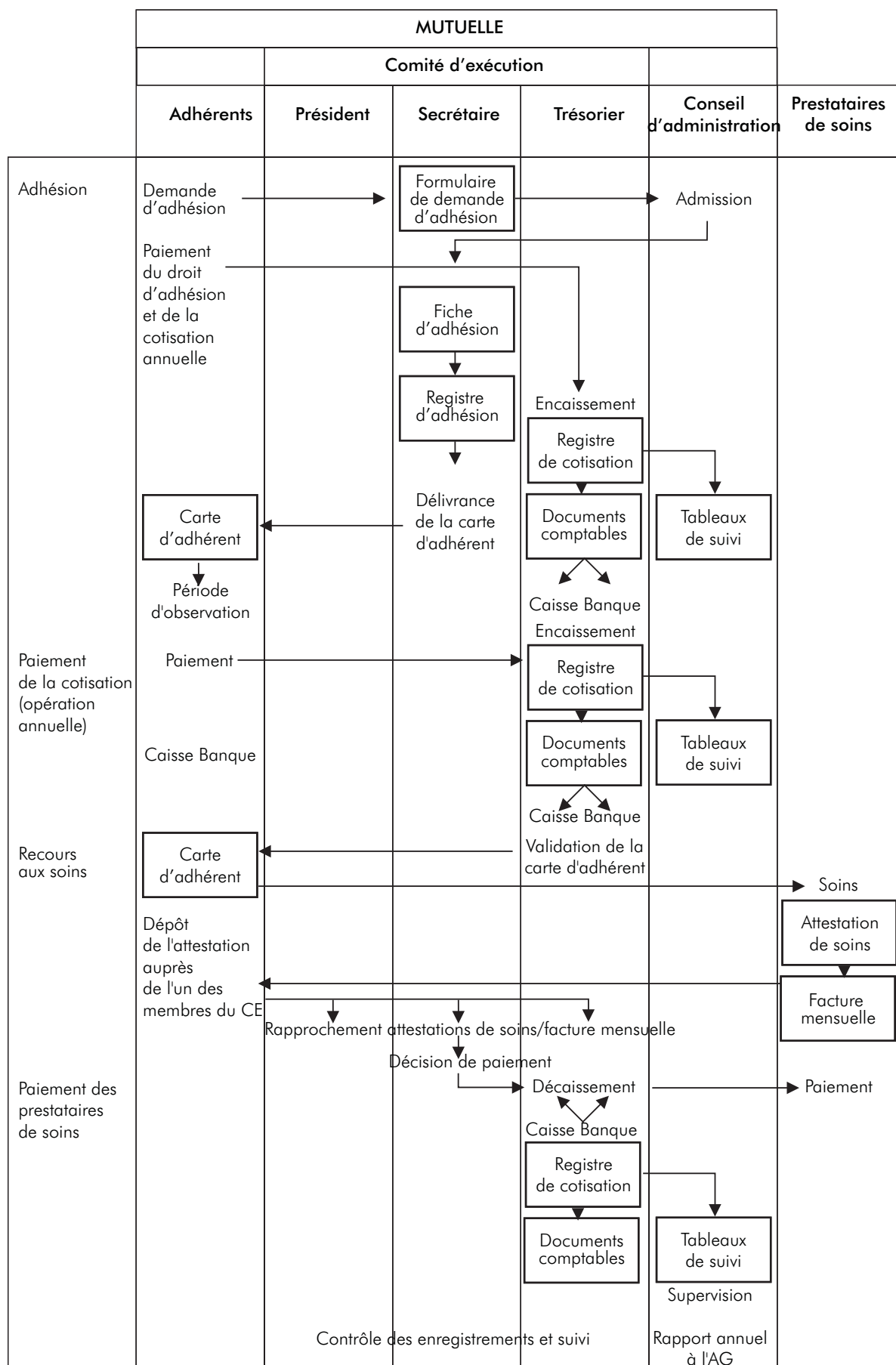
Pour simplifier cette présentation, les trois mutuelles prises en exemples pratiquent le système de tiers payant. La seconde pratique également le remboursement des soins aux adhérents pour les consultations ambulatoires. Ces trois mutuelles ont adopté un système d'attestation de soins.

Les trois schémas suivants illustrent les procédures de gestion des adhésions, des cotisations et des prestations au sein des trois mutuelles. Ils permettent de constater que pour l'accomplissement des mêmes tâches, chaque mutuelle a développé ses propres modalités et réparti différemment les fonctions entre les différents acteurs internes.

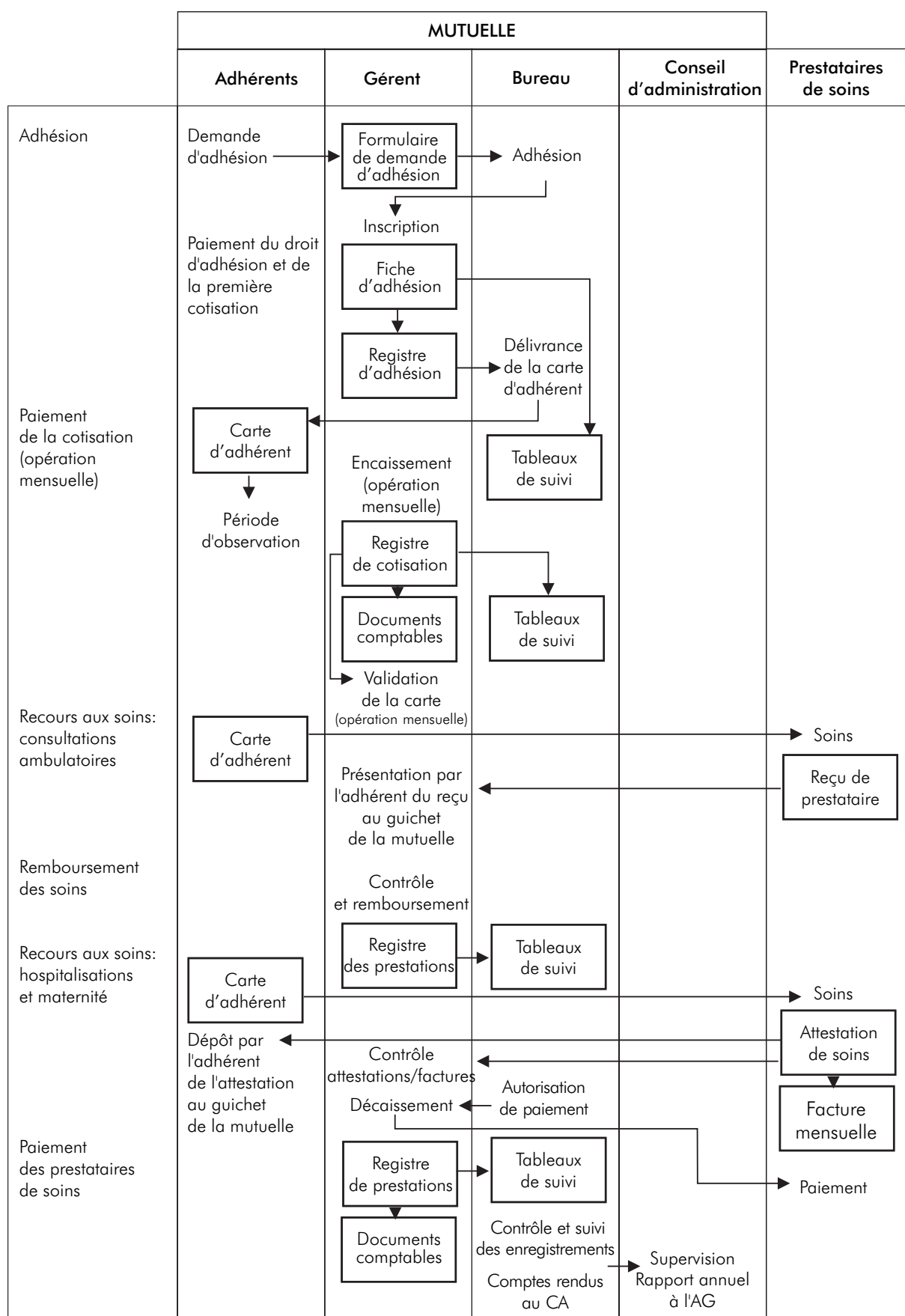
Il est important que certaines des activités entrant dans les procédures fassent l'objet d'une planification précise sur l'année et mois par mois. A titre d'exemple, les réunions du CA de la troisième mutuelle sont mensuelles et ont toujours lieu après que les prestataires aient envoyé leur facture du mois précédent. Il en est de même pour les réunions du CE et du bureau des deux autres mutuelles. Le fait que les délais de facturation des soins par les prestataires sont prévus dans les contrats facilite cette programmation.

Les schémas suivants sont une autre forme de présentation possible du tableau de rôle où les croix sont remplacées par un bref descriptif des tâches. Cette présentation permet également de faire apparaître, par des flèches, les relations entre les différentes tâches et les documents de gestion utilisés.

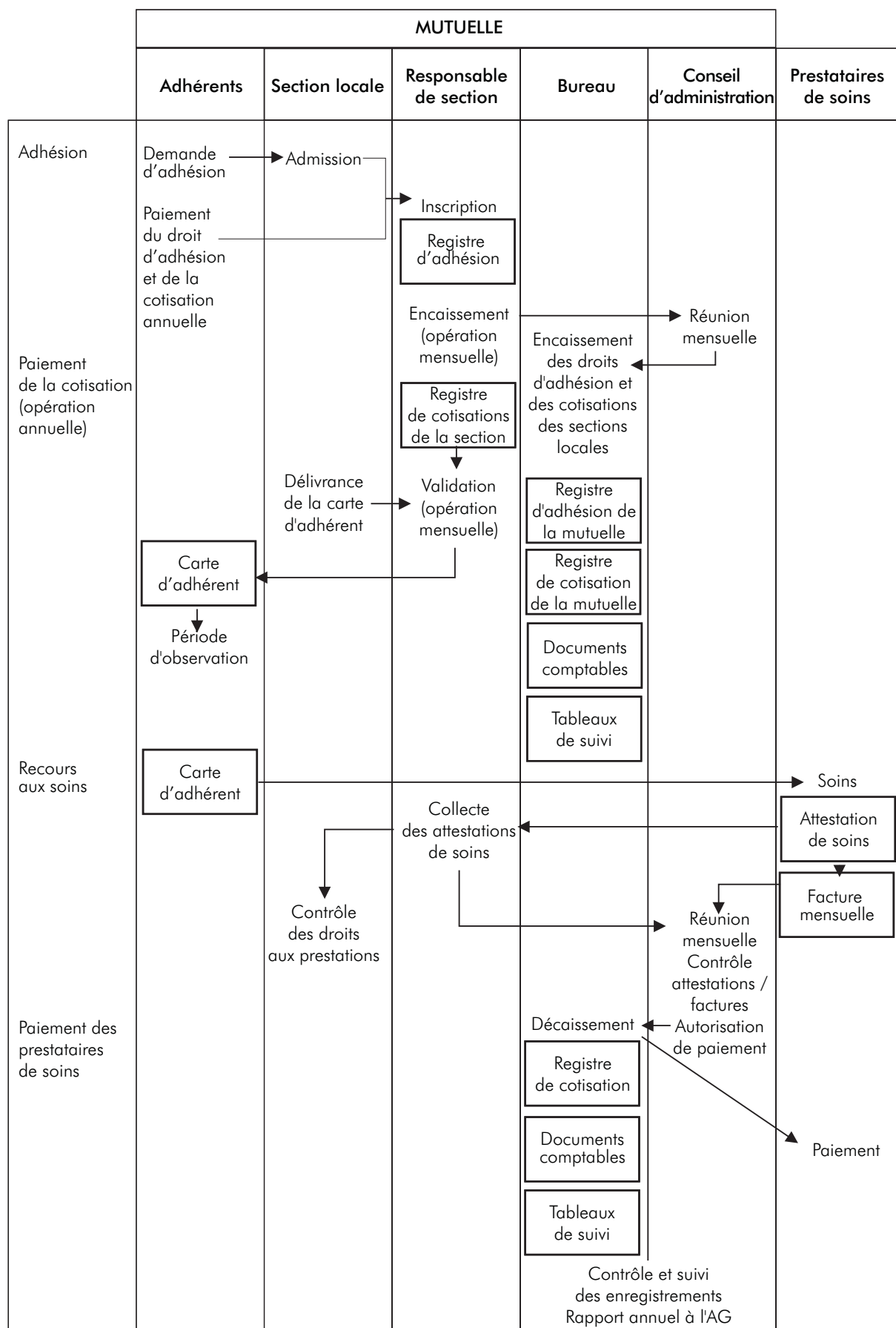
## Schéma 1: Exemple de procédures d'une mutuelle avec un comité exécutif



## Schéma 2: Exemple de procédures d'une mutuelle avec un gérant



**Schéma 3: Exemple de procédures d'une mutuelle avec des sections locales**



## 4.2 Le manuel de procédures

---

L'ensemble des procédures de gestion peut être rassemblé et décrit dans un manuel de procédures, en particulier pour une mutuelle dont les services sont importants et variés et où les tâches à accomplir sont multiples et complexes.

Ce manuel remplit deux fonctions:

- il fournit un cadre de référence qui permet d'éviter les oublis, la plupart des erreurs d'affectation d'écriture et facilite la compréhension par tous les acteurs concernés de leur rôle et de celui des autres dans l'ensemble des procédures;
- il constitue un document de base pour la formation des nouveaux élus et du personnel de la mutuelle.

Il est fait référence au manuel de procédures dans le cadre de la gestion des adhésions, des cotisations et des prestations, mais cet outil peut être appliqué dans les différents domaines de gestion de la mutuelle.

Le manuel de procédures est généralement rédigé à l'issue de l'étude de faisabilité de la mutuelle. Il ne s'agit pas d'un document figé; il devra souvent évoluer notamment en fonction des ajustements de fonctionnement au cours des premières années et du développement de la mutuelle.

Le plan de ce document s'organise le plus souvent autour des sections suivantes:

- introduction;
- rappel des objectifs de la mutuelle et, si nécessaire, des principaux articles des statuts et du règlement intérieur se rapportant aux procédures de gestion;
- pour chaque domaine de gestion, description précise:
  - ✓ des procédures;
  - ✓ des tâches des acteurs impliqués;
  - ✓ des documents et supports de gestion utilisés.





# Partie 4

## **La comptabilité d'une mutuelle de santé**



La vie d'une mutuelle de santé est ponctuée par un ensemble d'opérations économiques qui modifient constamment le volume et l'organisation de ses ressources. Ces opérations devront être enregistrées car la mutuelle doit être en mesure de suivre son patrimoine, sa situation financière ainsi que son résultat d'exploitation. C'est l'un des principaux objets de la comptabilité que d'organiser cet enregistrement, d'en effectuer la vérification et de produire régulièrement une synthèse des informations traitées.

La comptabilité ne doit pas être considérée comme une contrainte ni comme une finalité. Elle est avant tout un outil indispensable à une gestion efficace. De ce fait, elle ne doit pas être perçue comme un luxe réservé aux seules mutuelles qui disposent de comptables. S'il est vrai qu'elle repose sur des mécanismes qui sont parfois complexes, elle peut être adaptée et simplifiée pour les mutuelles qui ne disposent pas des compétences nécessaires.

Cette partie vise les objectifs suivants:

- présenter la méthode comptable basée sur le principe de la partie double. Il existe une autre méthode appelée comptabilité en partie simple qui est beaucoup moins complexe mais présente des insuffisances qui réduisent les possibilités d'un pilotage efficace de la mutuelle;
- proposer des variantes du système de comptabilité classique en partie double. Ces variantes permettent une adaptation et une simplification de la comptabilité destinée aux petites mutuelles ou à celles n'ayant pas de personnel qualifié en la matière. Le partage des travaux comptables entre la mutuelle et une structure externe est aussi abordé, car il constitue une solution aux carences en compétences comptables;
- initier les administrateurs des mutuelles aux mécanismes de la comptabilité en partie double afin de renforcer leur capacité à comprendre et valoriser cet important outil de gestion de leur mutuelle. Il ne s'agit pas de permettre à ces administrateurs de tenir la comptabilité mais de leur donner une explication des techniques et des documents sur lesquels elle repose, en mettant l'accent sur les spécificités des mutuelles de santé. Cette initiation permet aux administrateurs de comprendre l'intérêt et le rôle des documents comptables et d'en restituer le contenu aux tiers.

La partie comprend cinq chapitres.

### **Chapitre 1 Le processus comptable**

Ce premier chapitre définit ce qu'est la comptabilité. Il donne également une vue d'ensemble du processus comptable en mettant en relief sa fonction de mesure et de suivi du patrimoine de la mutuelle.

### **Chapitre 2 Le fonctionnement des comptes**

La comptabilité repose sur l'utilisation de comptes dont ce chapitre présente les mécanismes de fonctionnement. Le chapitre décrit aussi l'organisation des comptes au sein d'un plan comptable adapté.

### **Chapitre 3 Le déroulement des opérations comptables**

Ce chapitre présente les travaux comptables qui sont réalisés tout au long d'un exercice, à travers trois systèmes: la comptabilité classique, la comptabilité «américaine» et la comptabilité «de trésorerie».

## Chapitre 4 Les travaux de fin d'exercice

A l'issue d'un exercice annuel, la mutuelle doit dresser une nouvelle situation de son patrimoine. Ce chapitre présente les travaux comptables à réaliser avant de pouvoir clôturer les comptes et produire les états financiers.

## Chapitre 5 La clôture et la réouverture des exercices

Ce chapitre présente les modalités de clôture et de réouverture des comptes et l'établissement des comptes annuels qui permettent de calculer le résultat de chaque exercice.

# Le processus comptable

Le fonctionnement d'une mutuelle est marqué par de très nombreuses opérations; par exemple, de manière répétée, elle encaisse des cotisations et verse des prestations. Ces opérations entraînent des encaissements ou des décaissements, une réduction ou une augmentation des avoirs de l'organisation, une évolution de ses obligations envers les tiers, etc. En fait, les ressources dont la mutuelle dispose et la manière dont elle les emploie varient sans cesse. La connaissance de ces fluctuations et de la situation financière qui en découle est indispensable à une gestion efficace de la mutuelle. Par exemple, les gestionnaires doivent nécessairement savoir si les charges ne dépassent pas durablement les produits ou si les dettes pourront être payées à terme échu.

La comptabilité permet d'enregistrer les opérations et l'ensemble des mouvements qui modifient la situation financière de la mutuelle et d'établir clairement une situation patrimoniale à une date donnée.

Ce chapitre présente les principes et les mécanismes de base de la comptabilité qui doivent être nécessairement compris avant d'entrer plus en détail dans les techniques comptables.

## 1.1 La comptabilité

---

### Les fonctions de la comptabilité

La comptabilité remplit plusieurs fonctions importantes.

- ✓ Elle constitue pour les administrateurs un outil de gestion essentiel. Elle permet de disposer de toutes les informations sur la situation passée de la mutuelle et sur les mouvements qui déterminent son évolution. Disposant de ces informations, les administrateurs peuvent ainsi mieux analyser la situation actuelle de l'organisation et établir des prévisions.
- ✓ Elle favorise la transparence et la confiance des adhérents. L'enregistrement de toutes les informations permet de justifier l'utilisation des ressources et de vérifier que les activités réalisées sont conformes aux décisions de l'AG.
- ✓ Elle est aussi un facteur de confiance pour les tiers:
  - elle contribue notamment au respect des engagements vis-à-vis des prestataires de soins;

- elle est une condition nécessaire pour l'adhésion à un fonds de garantie ou à un système de réassurance;
  - elle facilite et souvent conditionne l'obtention de subventions et de prêts.
- ✓ Elle est le plus souvent obligatoire pour l'obtention d'une reconnaissance légale. La plupart des législations relatives aux associations ayant une activité économique imposent la tenue d'une comptabilité. De ce fait, une mutuelle qui n'a pas de comptabilité ne peut jouir d'une personnalité morale, ce qui limite considérablement son potentiel de développement. Lorsqu'un pays se dote d'une législation propre aux mutuelles, celle-ci fixe généralement des règles spécifiques pour la tenue de la comptabilité.
  - ✓ Elle est enfin un moyen de preuve en cas de contentieux et revêt donc une fonction juridique.

### Les principes de base de la comptabilité

La comptabilité repose sur plusieurs principes de base, dont les principaux sont:

- ✓ **la fidélité.** La comptabilité doit donner une image fidèle de la situation de la mutuelle;
- ✓ **la régularité.** La comptabilité doit se conformer aux règles et procédures en vigueur;
- ✓ **la sincérité.** Ces règles et procédures doivent être appliquées de bonne foi, en fonction de la connaissance qu'ont les gestionnaires de la mutuelle, des événements et des situations;
- ✓ **la prudence.** Les gestionnaires doivent avoir une appréciation raisonnable et prudente de ces événements et situations;
- ✓ **la transparence.** Les enregistrements comptables doivent être conformes à la réalité et justifiés. Aucune information ne doit être omise, cachée ou modifiée;
- ✓ **l'indépendance de l'exercice.** La vie de la mutuelle est découpée en exercices comptables qui correspondent chacun, généralement, à une année civile. Chaque exercice est autonome d'où la détermination d'un résultat en fin d'exercice;
- ✓ **la continuité.** Bien que le fonctionnement de la mutuelle soit découpé en exercices, la tenue de la comptabilité repose sur le principe de la continuité des activités;
- ✓ **la permanence des méthodes.** Elle repose également sur le principe de la permanence des méthodes comptables. Une utilisation des mêmes méthodes d'un exercice à l'autre est en effet souhaitable et toute modification doit faire l'objet d'une explication annexée à la présentation des comptes annuels en fin d'exercice.

## 1.2 Les ressources et les emplois d'une mutuelle de santé

---

### Les ressources d'une mutuelle

Les ressources d'une mutuelle de santé proviennent de plusieurs sources dont essentiellement les suivantes.

#### Les apports des adhérents

Les apports sont constitués par des biens que les adhérents mettent à la disposition de leur mutuelle avec un droit de reprise. Il peut s'agir de bâtiments (local pour un bureau, etc.), de matériel, etc. Ces apports sont comptabilisés comme des capitaux propres lorsque leur reprise n'est prévue qu'en cas de dissolution de la mutuelle. Ils sont comptabilisés comme des dettes lorsque leur date de reprise est fixée (à plus ou moins long terme).

#### Les dons et les legs

Une mutuelle peut également recevoir des libéralités (dons) de l'Etat, d'organisations ou de personnes physiques. Les dons peuvent être en espèces ou en nature. Dans ce dernier cas, la mutuelle doit les comptabiliser afin de ne pas fausser l'analyse économique de son fonctionnement.

#### Les subventions d'investissement publiques ou privées

Une subvention est une aide financière destinée à soutenir de façon générale les activités de la mutuelle ou un projet particulier. Les subventions attribuées peuvent être en espèces ou en nature (locaux, matériel, mise à disposition de personnel).

#### Les prêts obtenus auprès des banques, de l'Etat ou d'autres organismes et les dettes vis-à-vis d'autres tiers

Une mutuelle de santé a la possibilité de solliciter un prêt auprès de structures bancaires ou d'autres organismes, publics ou privés, avec ou sans intérêt. La tenue d'une comptabilité rigoureuse est dans ce cas nécessaire car elle conditionne généralement l'obtention du prêt. Une mutuelle peut également utiliser des ressources ou bénéficier de services dont elle n'a pas encore effectué le paiement. C'est le cas par exemple lorsque ses adhérents ont reçu des soins qui n'ont pas encore été payés par la mutuelle aux prestataires.

#### Les excédents

La mutuelle est une organisation à but non lucratif ce qui ne signifie pas qu'elle ne doit pas réaliser des excédents. Au contraire, ceux-ci sont nécessaires pour assurer la viabilité financière de la mutuelle.

### L'emploi des ressources

Les emplois de la mutuelle sont de différentes natures.

### **Les biens durables**

Il s'agit des biens utilisables par la mutuelle pendant longtemps. Il existe plusieurs catégories de biens durables, parmi lesquelles celle des immobilisations qui concerne le plus les mutuelles. Cette catégorie comprend les terrains, les locaux achetés ou construits (ou en construction), le mobilier, le matériel (de bureau, de transport...), etc. Ces immobilisations perdent de la valeur avec le temps. Cette dépréciation est enregistrée chaque année dans des comptes d'amortissement.

### **Les biens circulants**

Il s'agit de biens provisoires liés aux activités courantes de la mutuelle. Ils sont destinés à être transformés rapidement et sont renouvelés plusieurs fois au cours d'un exercice:

- ✓ les stocks;
- ✓ l'argent disponible en caisse et/ou en banque;
- ✓ les sommes dues (créances) à la mutuelle (il s'agit essentiellement des retards de cotisations);
- ✓ les placements.

## **Le bilan**

Le bilan est le document comptable qui permet de réaliser un inventaire. Il dresse une «photographie» du patrimoine de la mutuelle, à un moment précis. Il se présente sous la forme d'un tableau qui récapitule:

- ✓ d'une part, le passif, c'est-à-dire l'ensemble des capitaux propres et des dettes de la mutuelle;
- ✓ d'autre part, l'actif, c'est-à-dire l'ensemble des biens dont dispose la mutuelle.

### **Le passif**

Le passif comprend plusieurs rubriques qui sont classées en fonction de leur nature. Il distingue ainsi les capitaux propres et les capitaux étrangers.

#### **Les capitaux propres.**

Ce sont les capitaux qui appartiennent à la mutuelle et proviennent des adhérents, des subventions, des réserves, etc.

#### **Les capitaux étrangers.**

Il s'agit des dettes de la mutuelle qui regroupent tout ce que celle-ci doit à d'autres structures, tels que les factures à payer aux prestataires de soins, les prêts bancaires, etc. Les dettes sont divisées en deux catégories:

- ✓ les dettes à court terme. Elles sont remboursables dans l'année;
- ✓ les dettes à long terme. Leur remboursement s'étale sur plus d'une année.

Cette distinction entre les capitaux propres et les capitaux étrangers est importante notamment pour déterminer la stabilité et la solidité financière de la mutuelle. A la différence des capitaux propres, les capitaux étrangers seront à rembourser tôt ou tard. La prévision de ce remboursement détermine en partie le fonctionnement présent de la mutuelle.

### L'actif

L'actif se décompose également en deux grandes rubriques: l'actif immobilisé et l'actif circulant.

**L'actif immobilisé.** Il s'agit de tous les biens durables de la mutuelle qui peuvent être utilisés dans la durée: terrains, bâtiments, mobilier, matériel, véhicules.

**L'actif circulant.** Il s'agit des biens liés aux activités courantes de la mutuelle. Ils sont destinés à être transformés rapidement et peuvent être renouvelés plusieurs fois au cours d'un exercice: stocks, argent liquide en caisse, montants en banque, créances, etc.

Le bilan se présente donc schématiquement de la façon suivante:

ACTIF		PASSIF	
Actif immobilisé		Capitaux propres	
Actif circulant		Capitaux étrangers	
<b>Total actif</b>		<b>Total passif</b>	

Le total de la colonne actif doit toujours être égal à celui de la colonne passif.

## 1.3 Les mutations du bilan

L'ouverture de la comptabilité passe nécessairement par la description de la situation de départ de la mutuelle. Cette description servira ensuite de point de référence pour l'évaluation de l'évolution économique et financière de la mutuelle. L'établissement de la situation de départ s'applique aussi bien à une mutuelle qui débute ses activités qu'à une mutuelle qui fonctionne depuis un certain temps mais n'a jamais tenu de comptabilité.

Etablir la situation de départ consiste à réaliser un inventaire des biens, des capitaux propres et des dettes de la mutuelle et à construire un tableau en deux colonnes, appelé bilan d'ouverture ou bilan initial, reprenant d'une part l'actif et d'autre part le passif.

A partir du bilan initial et durant une période, appelée exercice, dont la durée est généralement d'une année, la mutuelle va réaliser un certain nombre d'opérations. Chaque nouvelle opération augmente, diminue ou modifie la répartition des actifs et des capitaux de la mutuelle et affecte par conséquent son bilan.

A l'issue de cet exercice et suite à la dernière opération réalisée, le bilan final présentera la situation de la mutuelle à la date de clôture. Il indiquera également le résultat de la mutuelle qui sera soit un excédent soit un déficit.



## Exemple

Une association de commerçants a constitué une mutuelle de santé en faveur de ses membres et de leurs familles. La mutuelle s'est dotée de ses propres organes, suite à son AG constitutive.

Pour favoriser le démarrage de la mutuelle, l'association met gratuitement à sa disposition un bureau avec tables, chaises et mobilier divers, pour une valeur de 150 000 UM. L'association donne également 50 000 UM (45 000 UM à la banque et 5 000 UM en espèces) à la mutuelle pour couvrir ses premiers frais.

Le bilan initial de la mutuelle des commerçants se présente schématiquement ainsi:

### Bilan d'ouverture de la mutuelle des commerçants

ACTIF		PASSIF	
<b>Actif immobilisé</b>		<b>Capitaux propres</b>	
Mobilier	150 000	Apport de l'association	150 000
<b>Actif circulant</b>		Subvention de l'association	50 000
Banque	45 000	<b>Capitaux étrangers</b>	
Caisse	5 000		
<b>Total actif</b>	<b>200 000</b>	<b>Total passif</b>	<b>200 000</b>

Après avoir ouvert sa comptabilité, la mutuelle des commerçants débute ses premières opérations.

- Les premiers adhérents s'inscrivent et paient leurs droits d'adhésion et leurs premières cotisations. 200 000 UM sont collectés par la mutuelle et déposés en banque.

Le bilan de la mutuelle évolue de la façon suivante:

ACTIF		PASSIF	
<b>Actif immobilisé</b>		<b>Capitaux propres</b>	
Mobilier	150 000	Apport de l'association	150 000
<b>Actif circulant</b>		Subvention de l'association	50 000
Banque	245 000	<b>Excédent</b>	200 000
Caisse	5 000	<b>Capitaux étrangers</b>	
<b>Total actif</b>	<b>400 000</b>	<b>Total passif</b>	<b>400 000</b>

Le total de l'actif a augmenté par rapport au passif. La mutuelle a acquis de nouvelles ressources produites par son activité. Ces ressources sont des produits qui affectent positivement le résultat de la mutuelle.

- La mutuelle paie des services d'entretien du bâtiment et des factures de consommation d'eau et d'électricité pour un montant total de 25 000 UM (dont 2 000 de la caisse et 23 000 de la banque).

Son bilan évolue de nouveau, de la façon suivante:

ACTIF		PASSIF	
<b>Actif immobilisé</b>		<b>Capitaux propres</b>	
Mobilier	150 000	Apport de l'association	150 000
<b>Actif circulant</b>		Subvention de l'association	50 000
Banque	222 000	<b>Excédent</b>	175 000
Caisse	3 000	<b>Capitaux étrangers</b>	
<b>Total actif</b>	<b>375 000</b>	<b>Total passif</b>	<b>375 000</b>

Les montants en caisse et en banque ont diminué de 25 000 UM, sans contrepartie dans le bilan. La mutuelle a utilisé une partie de ses ressources pour payer des services nécessaires à son fonctionnement. Ceux-ci constituent une charge pour la mutuelle qui s'est appauvrie.

Le bilan fournit des informations nécessaires mais insuffisantes. En effet, il ne donne aucune explication sur les opérations qui entraînent sa mutation. Après plusieurs mois, qui se souviendra des premiers achats de fournitures, des premières cotisations, etc.? Ces explications sont pourtant très utiles pour analyser les performances et la viabilité de la mutuelle.

Aussi, est-il nécessaire de mettre en place d'autres mécanismes comptables permettant d'affecter ces opérations dans divers comptes de charges et de produits qui serviront en fin d'exercice à établir un compte de résultat.

La mutuelle pourra ainsi non seulement savoir si elle s'est enrichie ou appauvrie, mais elle sera également en mesure d'en analyser les raisons.

## 1.4 Les notions de charges et de produits

### Les charges

Les opérations qui entraînent un appauvrissement de la mutuelle sont des charges. Une charge est la constatation de la consommation de biens et de services nécessaires à l'activité de la mutuelle durant l'exercice. Elle affecte le résultat de la mutuelle en négatif.

Les charges sont classées en trois grandes catégories parmi lesquelles sont ici citées celles intéressant le plus une mutuelle.

#### Les charges d'exploitation

Cette première catégorie regroupe les charges liées au fonctionnement normal et courant. Dans le cadre d'une mutuelle, il s'agit notamment:

- ✓ des prestations maladie: paiement des prestataires de soins ou remboursement des dépenses de soins aux adhérents;
- ✓ des frais de fonctionnement: achats de fournitures, frais de déplacement, salaires et indemnités, etc.;

- ✓ des frais d'animation et de formation: frais d'envoi en formation des responsables de la mutuelle, rémunération de formateurs, etc.

### **Les charges financières**

Cette catégorie regroupe les charges qui sont liées aux opérations financières, en particulier:

- ✓ les intérêts des emprunts;
- ✓ les frais financiers relatifs au fonctionnement normal du ou des comptes bancaires (agios, frais de tenue des comptes, etc.).

### **Les charges exceptionnelles**

Ces charges sont relatives à des opérations exceptionnelles. Figurent notamment dans cette catégorie:

- ✓ les pénalités et amendes fiscales;
- ✓ les créances irrécouvrables;
- ✓ éventuellement, des dons de la mutuelle à des adhérents dans le besoin, attribués au titre de la solidarité et en dehors de ses prestations normales.

## **Les produits**

Les opérations qui entraînent un enrichissement de la mutuelle sont des produits. Les produits affectent le résultat de la mutuelle en positif.

Les produits sont également classés en trois catégories.

### **Les produits d'exploitation**

Ces produits sont liés aux activités normales de la mutuelle. Cette catégorie comprend notamment:

- ✓ les droits d'adhésions;
- ✓ les cotisations;
- ✓ les produits issus d'autres activités de la mutuelle telles que:
  - les prestations de services auxiliaires: il s'agit d'un ensemble de prestations rémunérées offertes par la mutuelle à ses adhérents, voire également aux non-adhérents, en complément de la couverture des dépenses de soins (transports des malades, gardes-malades, etc.);
  - les activités promotionnelles (tombolas, fêtes, etc.);
  - la location de locaux, de matériel, etc.;
  - les subventions dont celles d'équilibre.

### **Les produits financiers**

Ces produits sont liés aux opérations financières et englobent notamment les intérêts produits par des placements ou des comptes d'épargne.

## Les produits exceptionnels

Il s'agit des produits qui ne résultent pas de l'activité normale de la mutuelle.

### 1.5 Le résultat net de l'exercice

---

Le résultat net de l'exercice est obtenu par deux moyens différents.

- Par le bilan qui présente la situation patrimoniale de la mutuelle. Le bilan mesure le résultat en comparant la situation patrimoniale au début et à la fin de l'exercice. Ce résultat est:
  - ✓ un excédent lorsque le total des actifs est supérieur au passif dont la mutuelle disposait, autrement dit, la mutuelle a fait fructifier son patrimoine;
  - ✓ un déficit dans le cas inverse qui traduit un appauvrissement de la mutuelle.
- Par la différence entre les produits et les charges. Ce regroupement des charges et des produits est réalisé dans un document appelé le compte de résultat.

Le résultat net de l'exercice obtenu par ces deux méthodes est le même. En effet, il est équivalent de comparer les valeurs du patrimoine en début et en fin d'exercice (ce que fait le bilan) ou de comparer les produits et les charges qui affectent ce patrimoine sur la même période (ce que fait le compte de résultat).

Le résultat net de l'exercice peut être décomposé en trois résultats distincts.

- Le résultat d'exploitation qui est la différence entre les charges et les produits d'exploitation. Ce résultat est un excédent (inscrit dans la colonne charge) lorsque le total des produits d'exploitation est supérieur aux charges d'exploitation, et inversement;
- Le résultat financier qui est la différence entre les charges et les produits financiers. Ce résultat est un excédent (inscrit dans la colonne charge) lorsque le total des produits financiers est supérieur aux charges financières, et inversement;
- Le résultat exceptionnel qui est la différence entre les charges et les produits exceptionnels. Ce résultat est un excédent (inscrit dans la colonne charge) lorsque le total des produits exceptionnels est supérieur aux charges exceptionnelles, et inversement.

### 1.6 Le compte de résultat

---

Le compte de résultat est un document important qui récapitule les charges et les produits d'un exercice et permet de déterminer le résultat ainsi que de comprendre comment celui-ci s'est formé.

Le compte de résultat se présente sous la forme d'un tableau synthétique en deux colonnes:

- celle de gauche présente les charges;
- celle de droite présente les produits.

Dans chaque colonne, les produits et les charges sont recensés par catégories, selon un classement standardisé.

Charges	Produits
Charges d'exploitation	Produits d'exploitation
Résultat d'exploitation	
Charges financières	Produits financiers
Résultat financier	
Charges exceptionnelles	Produits exceptionnels
Résultat exceptionnel	
Résultat net	
Total des charges	Total des produits

Dans la suite, seul le résultat net sera mentionné pour simplifier la présentation du compte de résultat.

## Le fonctionnement des comptes

Il a été vu dans le chapitre précédent que le bilan comptable subit des mutations du fait des opérations économiques que réalise la mutuelle. Pour éviter d'établir constamment un nouveau bilan et pour conserver des informations concernant ces mutations, celles-ci sont enregistrées dans des comptes. Ces comptes permettront d'établir le compte de résultat et le bilan de l'exercice.

Ce chapitre explique le rôle, l'organisation et le fonctionnement des comptes. Il ne peut suffire cependant à apporter une formation complète en la matière. L'objectif est ici de donner des explications accessibles aux administrateurs des mutuelles afin de renforcer leur capacité à dialoguer avec les comptables et à utiliser les documents produits par la comptabilité.

### 2.1 Le compte

Un compte est un tableau permettant d'enregistrer les opérations qui modifient une rubrique du bilan ou du compte de résultat.

L'utilisation des comptes permet de:

- conserver une trace des opérations enregistrées chronologiquement et de manière continue dans les différents comptes en fonction de leur nature;
- disposer à tout moment d'information sur l'état de la caisse, les dettes, les produits, les charges, etc.;
- faciliter l'établissement des comptes annuels (bilan et compte de résultat) de l'exercice, ainsi que de statistiques et d'indicateurs concernant le fonctionnement.

## Présentation

Un compte se présente sous la forme d'un tableau dont le tracé peut s'effectuer de deux façons différentes:

- débit et crédit séparés;
- débit et crédit réunis (cette présentation est surtout adaptée aux comptes de trésorerie: caisse, banque, etc.)

### Exemple

#### Débit et crédit séparés

En mars 2002, le compte de la Mutuelle de santé Espoir, destiné à enregistrer les prestations maladie remboursées à l'Hôpital Bonne Santé, se présente ainsi:

#### Compte: 6201 - Hôpital Bonne Santé

DEBIT			CREDIT		
Dates	Libellés	Montants	Dates	Libellés	Montants
10/02/02	Facture janvier 2002 (fact. n° 23)	28 300			
12/03/02	Facture février 2002 (fact. n° 48)	36 500			
	Solde	64 800		Solde	

#### Débit et crédit réunis

En mars 2002, le compte banque de la Mutuelle Espoir se présente ainsi:

#### Compte: 5211 - Caisse Populaire de Mogo

Dates	Libellés	Sommes		Solde
		Débit	Crédit	
06/03/02	Dépôt cotisations du mois de mars	59 000		105 000
12/03/02	Paiement facture février (n° 48) de l'Hôpital Bonne Santé		36 500	68 500

La présentation matérielle du compte doit obligatoirement indiquer:

- la date effective de l'opération;
- la nature de l'opération (libellé), par exemple: Facture février 2002 (fact. n° 48);
- les montants portés au débit du compte;
- les montants portés au crédit du compte;

- le solde inscrit dans une colonne spécifique (débit et crédit réunis) ou en bas de la colonne débit ou de la colonne crédit (débit et crédit séparés).

### Règles d'utilisation

- Chaque tableau de compte doit être dédié à un compte unique.
- Une mutuelle doit ouvrir progressivement et utiliser uniquement les comptes qui lui sont utiles (voir la section sur le plan comptable ci-dessous).
- Les comptes de charges et de produits sont ouverts au cours de l'exercice en fonction des besoins. Contrairement aux comptes de bilan, il n'y a pas de report de solde d'un exercice à l'autre.
- Les enregistrements des opérations dans ces différents comptes doivent se faire ligne après ligne. La saisie de l'information doit être faite en temps réel c'est-à-dire au moment où l'opération est réalisée.
- Les comptes sont arrêtés le dernier jour de l'exercice comptable. Pour procéder à la clôture de la comptabilité, on totalise le débit puis le crédit, la différence entre ces deux totaux correspondant au solde du compte qui sera inscrit dans la colonne dont le total est le plus faible (débit et crédit séparés).
- Les comptes de bilan sont rouverts dès le début d'un nouvel exercice. Pour rouvrir un compte de bilan, on inscrit le report du solde de l'exercice précédent au débit si ce solde était débiteur, ou au crédit, s'il était créditeur.

### Exemple

#### Clôture et réouverture du compte caisse

##### Compte: 57 - Caisse

Débit			Crédit		
Dates	Libellés	Montants	Dates	Libellés	Montants
25/11/02	Avoir en caisse	50 000	10/12/02	Facture novembre CS Malika (fact. n° 110)	25 000
05/12/02	Cotisations de décembre	10 000	31/12/02	Solde débiteur	35 000
	Total	60 000		Total	60 000
01/01/03	Report à nouveau du solde précédent	35 000			

### Le fonctionnement des comptes

Les comptes servent à enregistrer les opérations financières et les flux. Ceux-ci se caractérisent par:

- ✓ leur origine;
- ✓ leur destination;
- ✓ leur montant.

Ces caractéristiques des flux sont à la base de la comptabilité en partie double pour laquelle:

- ✓ l'origine d'un flux intéresse un compte;
- ✓ sa destination intéresse un autre compte.

Chaque opération intéresse donc au moins deux comptes. La question est de savoir de quel côté de chaque compte le montant de l'opération doit être inscrit. Pour ce faire, il faut au préalable distinguer les comptes de bilan et les comptes de gestion.

- ✓ Les comptes de bilan qui regroupent:

- à l'actif, les comptes qui représentent les biens durables et circulants de la mutuelle (l'emploi des ressources). Ces comptes sont des comptes débiteurs. Leur valeur augmente du fait des débits et diminue du fait des crédits;

Débit	Crédit
Augmentation	Diminution

- au passif, les comptes qui représentent l'origine des ressources. Ces comptes sont des comptes créditeurs. Leur valeur absolue diminue du fait des débits et augmente du fait des crédits.

Débit	Crédit
Diminution	Augmentation

- ✓ Les comptes de gestion qui comprennent:

- les comptes de charges dont l'augmentation est enregistrée au débit et la diminution au crédit;

Débit	Crédit
Augmentation	Diminution

- les comptes de produits qui, à l'inverse, augmentent par le crédit et diminuent par le débit.

Débit	Crédit
Diminution	Augmentation

## Le solde d'un compte

Le solde d'un compte mesure la différence entre les montants inscrits au débit et ceux inscrits au crédit. Lorsque le total des montants inscrits au débit d'un compte est supérieur au total de ceux inscrits au crédit, on dit que le solde est débiteur. A l'inverse, lorsque le total de la colonne crédit est supérieur à celui de la colonne débit, on dit que le solde est créditeur. Lorsque les totaux des deux colonnes sont égaux, on dit que le solde est nul.

## Le grand livre

Les comptes sont regroupés dans un document appelé le grand livre. Le grand livre constitue ainsi un outil essentiel de la comptabilité de la mutuelle. Il peut se présenter de différentes formes, dont la principale et la plus pratique, est de faire figurer chaque compte sur une fiche cartonnée, au recto et au verso. Les enregistrements se font en continu au recto puis au verso. Lorsqu'une fiche est complètement remplie, on en utilise une nouvelle, jointe à la première. Ces fiches



sont conservées soit dans un bac, soit dans un classeur (cette seconde solution étant la plus pratique).

## 2.2 Le plan comptable

---

### Définition

La tenue d'une comptabilité exige une organisation méthodique. Une des premières tâches à réaliser lors de l'ouverture de la comptabilité d'une mutuelle de santé est de déterminer la liste des comptes qui seront ouverts. Cette liste fait partie du plan comptable de la mutuelle qui présente les procédures et l'organisation comptables.

Chaque compte est identifié par un numéro de code de façon à :

- ✓ simplifier la classification;
- ✓ repérer rapidement chaque compte;
- ✓ préciser le type de comptes (classe) auquel appartient un compte donné.

Pour élaborer son plan comptable, une mutuelle doit d'abord tenir compte du Plan comptable général en vigueur dans le pays. Ce Plan comptable présente la liste des comptes, les principes et les règles ainsi que la terminologie préconisés ou imposés par l'Etat. Il peut cependant être adapté aux caractéristiques des mutuelles.

L'utilisation de ce Plan comptable général, moyennant éventuellement les adaptations nécessaires, présente plusieurs avantages. Il permet notamment de mettre en place un langage commun entre toutes les mutuelles qui adoptent les mêmes usages concernant la terminologie, l'enregistrement des opérations dans les comptes, la présentation des documents comptables, etc.

### La liste des comptes

Chaque Plan comptable général propose une liste de comptes subdivisée en classes et suit une codification qui permet la classification des opérations.

On trouvera, par exemple, au moins sept classes réparties en deux grandes catégories de comptes.

- ✓ Les comptes de bilan:
  - Classe 1: Comptes de capitaux;
  - Classe 2: Comptes d'immobilisation;
  - Classe 3: Comptes de stock;
  - Classe 4: Comptes de tiers;
  - Classe 5: Comptes financiers.

- ✓ Les comptes de gestion:
  - Classe 6: Comptes de charges;
  - Classe 7: Comptes de produits.

Chaque classe est divisée en comptes principaux numérotés de 0 à 9.

De même, ces comptes principaux sont subdivisés en comptes divisionnaires également numérotés qui peuvent encore être subdivisés en sous-comptes, en fonction des besoins d'analyse de la mutuelle.

Par exemple, concernant les prestations maladie:

Classe	Comptes principaux	Comptes divisionnaires	Sous-comptes
6. Charges	62. Services extérieurs	620. Prestations maladie	6201. Hôpital Bonne Santé 6202. CS Malika 6203. CS Saint Victor 6204. Maternité de la Paix

Une mutuelle de santé peut ainsi adapter la liste des comptes en fonction de ses propres besoins, en sachant que:

- ✓ elle ne doit ouvrir que les comptes qui lui sont nécessaires;
- ✓ il est souvent inutile de rentrer dans trop de détails;
- ✓ un trop grand nombre de comptes ouverts est une source de complications et de confusions.

### Exemple

Les pays de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) ont adopté un plan comptable commun appelé Système Comptable Ouest Africain (SYSCOA).

Le SYSCOA répartit les comptes en neuf classes. Sept classes sont décrites ici dans la mesure où elles intéressent directement les organisations mutualistes (la classe 8 reprend les comptes d'autres charges et produits et la classe 9 regroupe des comptes de comptabilité analytique destinés au calcul des coûts dans l'industrie).

Le cadre comptable décrit ici est directement inspiré du Plan comptable SYSCOA, avec quelques aménagements afin de l'adapter à la spécificité d'une mutuelle de santé.

Cette liste des comptes n'est pas exhaustive. L'objectif est ici de faire ressortir les comptes qui intéressent directement la mutuelle.

## Classe 1 - Ressources durables

### 10. Dons et apports

Ce compte est un premier aménagement du SYSCOA standard où il est repris sous la dénomination «10. Capital»

## BILAN

Actif	Passif
	Classe 1

102 Dons. Les dons sont des biens qui doivent être valorisés ou des sommes versées à la mutuelle par des acteurs privés ou publics, sans contrepartie directe ou indirecte.

103 Apports. Ici sont comptabilisés les apports des adhérents dont le droit de reprise n'est prévu qu'en cas de dissolution de la mutuelle.

### 11. Réserves

Les réserves sont des capitaux propres constitués par la mutuelle, notamment à partir des excédents, pour faire face aux situations imprévues.

### 12. Report à nouveau

Ce compte sert à reporter sur l'année suivante, tout ou une partie du résultat de l'année qui vient de s'achever. On rencontre deux cas de figure:

121 Report à nouveau créditeur. Dans le cas d'excédents importants et lorsque le plafond des réserves a été atteint, le reste des excédents peut être reporté à l'exercice suivant, en attendant de l'affecter.

129 Report à nouveau débiteur. La totalité d'un déficit d'un exercice est reporté sur l'exercice en cours, voire les exercices suivants, avec l'espoir que ceux-ci produiront des excédents qui combleront ce report négatif.

### 13. Résultat

Le résultat de l'exercice est enregistré dans ce compte. Différents comptes sont utilisés, notamment:

130 Résultat en instance d'affectation

131 Résultat net: Excédent

135 Résultat d'exploitation

136 Résultat financier

139 Résultat net: Déficit

### 14. Subvention d'investissement

141 Subventions d'équipement. Sont inscrites dans ce compte les subventions destinées à l'achat d'immobilisation. On y inscrit également la contre-valeur des immobilisations reçues en nature. Ce compte peut être subdivisé lorsqu'une mutuelle bénéficie de la contribution de plusieurs institutions. Par exemple:

1411 Etat

1414 Commune

1417 Organismes internationaux:

1417.1 ONG «Solidarité Mutualiste»

1417.2 «Organisation Mondiale de la Mutualité»

149 Subventions d'équipement amorties. La valeur d'origine des immobilisations diminue avec leur amortissement annuel. La valeur des subventions reçues doit refléter la même dépréciation. On inscrit donc dans ce compte la contre-valeur exacte des amortissements opérés en fin d'exercice sur les différents équipements subventionnés.

### 15. Provisions réglementées

Ce compte enregistre les provisions réglementées relatives notamment aux immobilisations, aux stocks et les provisions pour investissement. La constitution de provisions est réglementée, selon le type de charges à provisionner, car ce compte pourrait servir à masquer des pratiques illicites.

### 16. Emprunts et dettes à plus d'un an

Ce compte enregistre les dettes contractées par la mutuelle dont l'échéance de remboursement est supérieure à une année complète.

167 Avances assorties de conditions particulières. Lorsqu'une mutuelle adhère à un fonds de garantie, elle peut recevoir de ce dernier une avance de trésorerie en cas de crise financière. Cette avance est enregistrée dans ce type de compte. Les modalités et le délai de remboursement de l'avance font l'objet d'une entente entre la structure gestionnaire du fonds de garantie et la mutuelle.

168 Autres emprunts et dettes. Les apports des adhérents dont la date de reprise est fixée à plus ou moins long terme sont comptabilisés ici.

### 19. Provisions financières pour risques et charges

Ces provisions ont pour but de prévoir les pertes ou des charges considérées comme probables à la fin d'un exercice mais dont le montant n'est pas toujours connu. Pour chaque provision, il faut indiquer le pourcentage de provisionnement et en donner la justification.

## Classe 2 - Actif immobilisé

### 22. Terrains

Ce compte enregistre la valeur des terrains dont dispose éventuellement une mutuelle de santé.

### 23. Bâtiments, installations techniques et agencements

Ce compte enregistre notamment la valeur d'acquisition des bâtiments, les ouvrages d'infrastructures, les installations techniques et les aménagements de bureaux de la mutuelle de santé.

### 24. Matériel

On enregistre dans ce compte la valeur d'achat du matériel dont dispose la mutuelle, notamment:

#### BILAN

Actif	Passif
Classe 2	

- 244 Matériel et mobilier
  - 2441 Matériel de bureau
  - 2442 Matériel informatique
  - 2444 Matériel bureautique
- 245 Matériel de transport
  - 2451 Cyclomoteur
  - 2452 Vélo

## 27. Immobilisations financières

Ce compte enregistre les immobilisations financières de la mutuelle sous forme notamment de prêts ou créances non commerciales ou sur l'Etat, d'intérêts ou de cautions versées.

- 271 Prêts et créances non commerciales. Ce compte est utile pour une mutuelle qui adhère à un fonds de garantie. Les contributions annuelles de la mutuelle à ce fonds continuent de lui appartenir et constituent une immobilisation.
- 272 Prêts au personnel
- 275 Dépôts et cautionnements versés (loyers, eau, électricité)
- 276 Intérêts courus
- 278 Immobilisations financières diverses

## 28. Amortissements

On enregistre dans ces comptes la perte de valeur des immobilisations de la mutuelle qui sont amortissables:

- 282 Amortissement des terrains
- 283 Amortissement des bâtiments, installations techniques et agencements
- 284 Amortissement du matériel
 

Les montants des amortissements inscrits dans ces comptes viennent en diminution directe des immobilisations concernées, permettant ainsi de constater la valeur résiduelle de ces biens.

## 29. Provisions pour dépréciation

Ce compte enregistre les dépréciations de valeur des actifs tels que les terrains, les bâtiments, le matériel.

## Classe 3 - Stocks

L'utilisation des comptes de la classe 3 dans une mutuelle, dont l'activité se limite à l'assurance santé, est relativement rare. Néanmoins, si la mutuelle dispose de fournitures ou de consommables de valeur, on les enregistre dans un compte de stocks.

## 32. Fournitures

### BILAN

Actif	Passif
Classe 3	

### 33. Autres approvisionnements

#### Classe 4 - Comptes de tiers

Les comptes de la classe 4 enregistrent toutes les opérations de dettes à court terme et de créances. Les créances figurent à l'actif du bilan et les dettes au passif. On présentera ici les principaux comptes intéressant une mutuelle.

#### BILAN

Actif	Passif
Classe 4	Classe 4

#### 40. Fournisseurs, dettes en cours (passif)

Ce compte est surtout utilisé pour enregistrer les dettes de la mutuelle auprès des prestataires de soins (factures à payer). Pour mieux suivre les relations avec chaque prestataire, il est possible d'ouvrir plusieurs comptes de fournisseur, par exemple:

- 401 Hôpital Bonne Santé
- 402 Centre de santé Malika
- 403 Maternité de la Paix

#### 41. Adhérents et comptes rattachés (actif)

Ce compte est utilisé pour enregistrer notamment les cotisations à recevoir. Il s'agit d'un compte important dans la mesure où les retards de cotisations constituent un problème fréquemment rencontré par les mutuelles. Le détail des enregistrements de ce compte est fourni par le registre de cotisation (voir partie 2: La gestion des adhésions, des cotisations et des prestations).

#### 42. Personnel (actif)

- 421 Personnel, avances et acomptes. Il s'agit des avances sur salaire accordées aux membres du personnel, à distinguer des prêts.

D'autres comptes de cette classe servent à enregistrer les éventuelles dettes et créances comme les charges sociales, la TVA, les créances et dettes diverses notamment auprès de:

#### 43. Organismes sociaux

#### 44. Etat et collectivités

#### 45. Organismes internationaux

#### 47. Débiteurs et créditeurs divers

- 476 Charges constatées d'avance. Il s'agit d'un compte de régularisation utilisé en fin d'exercice pour certaines charges qui concernent à la fois l'exercice qui se termine et l'exercice suivant. Ce compte enregistre la part de la charge qui concerne l'exercice suivant. Il a ainsi pour effet de diminuer le compte de charge pour l'exercice qui se termine.

- 477 Produits constatés d'avance. Le principe de ce compte est le même que pour le précédent. Certains produits ont pu être perçus durant l'exercice qui s'achève mais concernent tout ou en partie l'exercice suivant. On enregistre donc dans ce compte les montants concernant l'exercice suivant qui sont ainsi retirés du calcul du résultat. Ce compte est surtout utilisé pour les cotisations perçues d'avance. On trouvera ainsi, par exemple:

- 4771 Cotisations perçues d'avance

## Classe 5 - Comptes de trésorerie

### 52. Banque

Ce compte doit être détaillé en fonction des différents établissements bancaires où la mutuelle a ouvert des comptes et du type de compte. La Mutuelle Espoir a, par exemple, ouvert les comptes suivants:

- 521 Banques locales
  - 5211 Caisse populaire de Mogo, compte courant
  - 5212 Caisse populaire de Mogo, compte d'épargne

### 57. Caisse

Sont enregistrées dans ce compte toutes les opérations réalisées sur la (ou les) caisse(s) de la mutuelle. Il s'agit par exemple:

- 571 Caisse siège social
  - 5711 En FCFA
  - 5712 En devises
- 572 Caisse succursale
  - 5721 En FCFA
  - 5722 En devises

## BILAN

Actif	Passif
Classe 5	

## Classe 6 - Comptes de charges des activités ordinaires

### 60. Achats et variations de stocks

Tous les achats de fournitures de bureau (papeterie, stylos, etc.), de carburant, de fournitures diverses, ainsi que les éventuelles factures d'électricité, d'eau, etc., entrent dans cette première catégorie de charges. En fonction de ces différents achats, la mutuelle peut ouvrir différents comptes tels que:

- 601 Cartes d'adhérent
  - 602 Documents de gestion (imprimerie)
  - 603 Documents de gestion (papeterie)
  - 604 Fournitures de bureau diverses
  - 605 Carburant (pétrole lampant)
  - 606 Téléphone
- etc.

### 61. Transports

Entrent dans cette catégorie tous les frais de déplacement. Une typologie peut éventuellement être faite en fonction de l'objet des déplacements: animation, formation, administration, etc.

## COMPTE DE RESULTAT

Charges	Produits
Classe 6	

## **62. Services extérieurs**

### 620 Prestations maladie

On enregistre ici tous les paiements de factures aux différents prestataires (ou remboursement aux adhérents). Des sous-comptes peuvent être créés afin de distinguer chaque prestataire. On peut créer un compte pour chaque service de santé couvert chez chaque prestataire. L'intérêt d'un tel détail reste à vérifier en fonction des prestations de la mutuelle. Il est surtout intéressant lorsque la gestion est informatisée. La Mutuelle Espoir, par exemple, a ouvert les comptes suivants:

#### 6201 Hôpital Bonne Santé

62011 Pédiatrie

62012 Médecine générale

etc.

#### 6202 Centre de santé Malika

62021 Petite hospitalisation

62022 Accouchements

#### 6203 Centre de santé Saint Victor

#### 6204 Maternité de la Paix

### 622 Locations et charges locatives

### 625 Primes d'assurance

La mutuelle enregistre dans ce compte les primes d'assurance notamment sur le matériel de transport, les risques d'exploitation, etc. Lorsqu'une mutuelle se réassure auprès d'un autre organisme (voir partie 6: La gestion des risques), elle enregistre ici les primes qu'elle verse. Ce compte ne doit pas être confondu avec d'éventuelles assurances souscrites pour le personnel salarié de la mutuelle (qui feraient l'objet d'un compte 66).

## **63. Autres services extérieurs**

On trouvera dans cette catégorie notamment:

631 Frais bancaires

633 Frais de formation du personnel

## **64. Impôts et taxes**

## **65. Autres charges**

## **66. Charges de personnel**

661 Rémunérations directes versées au personnel (6611 Salaires, 6612 Primes, etc.)

663 Indemnités (6631 Logement, 6632 Représentation, etc.)

664 Charges sociales

## **67. Frais financiers et charges assimilées**

671 Intérêts des emprunts

674 Autres intérêts



### 68. Dotations aux amortissements

Ce compte regroupe toutes les dotations aux amortissements d'exploitation et à caractère financier.

### 69. Dotations aux provisions

Ce compte regroupe les dotations aux provisions d'exploitation et financières.

## Classe 7 - Comptes de produits

### 70. Vente

Ce compte regroupe les prestations rémunérées des services auxiliaires offertes par la mutuelle à ses adhérents, voire également à des non-adhérents, tels que le transport des malades, les services de garde-malade, etc. Il inclut également les produits d'activités promotionnelles (tombolas, fêtes, etc.), la location des immeubles ou du matériel de la mutuelle à des tiers, etc.

### 71. Subventions d'exploitation

Une distinction est à faire suivant les institutions ayant fourni les subventions.

### 75. Cotisations et droits d'adhésion

751 Cotisations

752 Droits d'adhésion

### 77. Revenus financiers et produits assimilés

771 Intérêts de prêts

#### COMPTE DE RESULTAT

Charges	Produits
	Classe 7



## Le déroulement des opérations comptables

Le processus comptable, du bilan d'ouverture au bilan de clôture d'un exercice, repose sur le classement des opérations et leur enregistrement dans des comptes.

Les travaux d'enregistrement doivent suivre une procédure précise et nécessitent l'emploi de plusieurs documents comptables. Ces travaux sont quotidiens, mensuels et annuels. On s'intéressera ici aux travaux comptables quotidiens et mensuels; les travaux annuels qui concernent la clôture et l'ouverture d'un exercice seront abordés dans les deux chapitres suivants.

Dans le cadre d'un système de comptabilité en partie double classique, les travaux permanents (quotidiens et mensuels) d'enregistrement et de classement des opérations reposent sur deux documents principaux: le journal et le grand livre. En fonction de la taille, de la diversité des services offerts, du nombre d'opérations réalisées quotidiennement, etc., une mutuelle de santé peut opter pour des variantes de ce système d'enregistrement comptable. Ce choix dépend également des compétences disponibles au sein de la mutuelle.

Le manque de compétences est souvent considéré comme un frein à la mise en place d'une comptabilité, toutes les mutuelles n'ayant pas les moyens d'embaucher un comptable. Il existe cependant une alternative qui consiste à partager les travaux comptables entre la

mutuelle et une structure externe qualifiée (bureau comptable, union de mutuelles ou autre). Dans ce cas, les administrateurs de la mutuelle réalisent un enregistrement simplifié des opérations et confient à la structure externe les travaux qui demandent des compétences plus poussées en comptabilité.

### 3.1 La comptabilité classique

---

Le système classique repose sur les principes suivants:

- les enregistrements et les écritures comptables sont réalisés par une seule personne;
- chaque opération fait l'objet d'un double enregistrement:
  - ✓ dès qu'une opération survient ou est connue, elle est inscrite dans un document appelé journal, on dit qu'elle est «enregistrée» ou «journalisée»;
  - ✓ elle est ensuite reportée dans un grand livre réunissant l'ensemble des comptes suivant les mécanismes de la partie double (c'est-à-dire d'un enregistrement dans deux comptes) présentés dans le chapitre précédent.

#### Le journal

Le journal est le premier document utilisé dans le cadre du système classique. Il a pour fonction d'enregistrer toutes les opérations comptables, quelle que soit leur nature, dans l'ordre chronologique et au jour le jour.

#### Présentation

Le journal est un livre dont les pages sont numérotées et présentées toutes de la même façon. Les écritures passées pour une opération constituent un article du journal. Chaque page se présente comme un tableau comprenant:

- ✓ une colonne «Numéro de compte» dans laquelle sont inscrits les numéros des comptes affectés par l'opération, en fonction du plan comptable de la mutuelle;
- ✓ une colonne «Libellé» dans laquelle sont inscrits les noms du ou des comptes débités et du ou des comptes crédités (chaque opération concernant au moins deux comptes). Une brève description de l'opération est également donnée;
- ✓ une colonne «Débit» dans laquelle sont inscrits les montants à débiter;
- ✓ une colonne «Crédit» dans laquelle sont inscrits les montants à créditer.

La date de l'opération est mentionnée sur une ligne séparant chaque article.

#### Règles d'utilisation

- ✓ Chaque opération doit être enregistrée dans le journal dès qu'elle est réalisée ou connue.

- ✓ Pour chaque opération, on inscrit d'abord le compte débité puis, à la ligne suivante, le compte crédité.
- ✓ Les enregistrements se font sur la base de pièces justificatives qui seront soigneusement conservées. Un numéro de référence est attribué dans le journal à chaque pièce justificative et est reporté sur celle-ci.
- ✓ Aucune page ne peut être déchirée. On ne peut également laisser des blancs, mettre des inscriptions en marge, effacer ou raturer des écritures.
- ✓ Les écritures du journal doivent être reportées dans le grand livre. Pour ce faire, il faut régulièrement relever successivement les articles en les pointant (on met un point devant chaque somme reportée, ce qui évite de la reporter une nouvelle fois par erreur) dès que le report est effectué.

### Exemple

Les cotisations collectées chaque jour (durant les cinq premiers jours de chaque mois) par une mutuelle sont enregistrées dans le journal le soir. Le total des cotisations payées le 5 janvier s'élevait à 130 000 UM.

Le 6 janvier, la mutuelle reçoit la facture du mois de décembre de l'hôpital. Cette facture s'élève à 50 000 UM. Elle ne sera payée que dans plusieurs jours, aussi est-elle comptabilisée comme une dette à court terme.

Ces opérations ont été enregistrées de la façon suivante dans le journal.

### Journal

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	..... 5 janvier 2002 .....			
57	Caisse		130 000	
751		Cotisation — Cotisations encaissées durant la journée du 5 janvier		130 000
	..... 6 janvier 2002 .....			
6201	Prestations maladie - Hôpital Bonne Santé		50 000	
401		Facture à payer — Facture de décembre de l'Hôpital Bonne Santé		50 000

Le système comptable classique correspond parfaitement à l'esprit de la comptabilité en partie double. Il demande cependant le travail d'une personne suffisamment qualifiée en matière de comptabilité. Des adaptations de ce système sont toutefois possibles afin de le mettre à la portée notamment des petites mutuelles.

Une mutuelle peut notamment mettre en place une comptabilité «américaine» ou une comptabilité de trésorerie. Elle peut également confier une partie des travaux comptables à une structure extérieure.

## 3.2 La comptabilité «américaine»

---

Ce système est une variante du système classique, adapté aux petites organisations dont la gestion ne nécessite que l'ouverture d'un nombre très réduit de comptes.

La comptabilité «américaine» simplifie les enregistrements en réunissant le journal et le grand livre dans un seul document appelé journal-grand livre ou journal «américain». Ce type de comptabilité présente plusieurs avantages:

- elle ne demande pas une formation comptable aussi poussée que dans le cas de la comptabilité classique;
- le nombre de documents est réduit;
- l'ensemble de la comptabilité apparaît d'un seul coup d'œil; les recherches d'erreurs et les contrôles sont facilités.

Toutefois, le nombre de colonnes sur ce document est nécessairement limité. Pour compenser ce manque de place, certains utilisateurs ne font apparaître que les comptes les plus souvent utilisés et regroupent l'enregistrement des autres opérations dans une colonne «Divers à ventiler». Cette solution n'est valable que si ces opérations sont rares.

### Le journal-grand livre

Le journal-grand livre est le principal document utilisé dans le cadre de la comptabilité «américaine».

#### Présentation

Il existe plusieurs présentations possibles du journal-grand livre. Le modèle proposé ici est le plus courant. Il se présente sous la forme d'un livre dont chaque page comporte un tableau qui mentionne pour chaque opération:

- ✓ la date;
- ✓ le numéro d'ordre;
- ✓ le libellé.

Il comporte également deux grandes rubriques:

- ✓ le bilan;
- ✓ le compte de résultat.

Chaque rubrique comporte les comptes de la mutuelle qui augmentent ou diminuent en fonction des opérations enregistrées.

## Règles d'utilisation

Quel que soit le modèle adopté, les règles d'utilisation ci-dessous doivent être suivies:

- ✓ chaque opération doit être immédiatement enregistrée dans le journal-grand livre;
- ✓ les enregistrements se font sur la base de pièces justificatives qui seront soigneusement conservées. Un numéro de référence est attribué dans le journal-grand livre à chaque pièce justificative et sert de référence pour son classement;
- ✓ le tableau doit être soldé périodiquement, c'est-à-dire chaque fin de semaine, de mois ou autre, en fonction du nombre d'opérations. Cela permet de réaliser des contrôles de caisse ainsi que des rapprochements bancaires;
- ✓ le tableau de chaque nouvelle page débute obligatoirement par le report du solde de chaque compte du tableau de la page précédente;
- ✓ les colonnes «divers», lorsqu'elles sont prévues, ne doivent servir qu'occasionnellement. Dans le cas contraire, le journal-grand livre devient rapidement inadapté et la mutuelle doit mettre en place un autre système comptable.

### Exemple

Une mutuelle de santé a mis en place une organisation et des modalités de fonctionnement très simples. Le plan comptable de cette mutuelle est également très simple et comprend les comptes suivants:

#### Comptes de bilan

Réserves  
Produits constatés d'avance  
Factures à payer (dettes à court terme)  
Caisse  
Banque  
Cotisations à recevoir

#### Comptes de gestion

Cotisations  
Droits d'adhésion  
Autres produits  
Prestations maladie  
Fournitures  
Frais de déplacement  
Autres charges

Au mois de février, le trésorier de la mutuelle inscrit les opérations suivantes:

- cotisations émises du mois de février: 90 000 UM dont 85 000 effectivement versées par les adhérents;
- paiement de la facture de l'hôpital du mois de janvier: 50 000 UM;
- paiement de la facture du centre de santé: 15 000 UM;
- frais de déplacement du trésorier: 1 000 UM;
- virement de 25 000 UM de la caisse vers la banque.

Le journal-grand livre se présente de la manière suivante :

N° ordre	Date	Opération	BILAN												COMPTE DE RESULTAT																	
			Actif du bilan						Passif du bilan						Charges						Produits											
			Caisse		Banque		Cot. A recevoir		Réserves		Pds constatés d'avance		Factures à payer		Prestations médicale		Fournitures		Frais de déplacement		Autres charges		Cotisation		Droits d'adhésion		Autres produits					
			D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C		
...	05/02/00	Cotisations	85 000																													
...	10/02/00	Facture hôpital		50 000																												
...	12/02/00	Facture CS		15 000																												
...	12/02/00	Taxi		1 000																	1 000											
...	15/02/00	Virement interne		25 000		25 000																										
<b>TOTAUX</b>																																
<b>Calcul des soldes</b>			SD	334 064	SD	658 026	SD	32 290	SD	299 000	SC	407 600	SC	66 175	SC	841 500	SD	27 745	SD	22 400	SD	30 000	SD	1 168 150	SC	5 100	SC	5 100	SC	-	-	

La ligne du bas indique les soldes des comptes calculés en fin d'année (SD = solde débiteur, SC = solde créditeur). Il est ensuite facile de reconstituer le bilan et le compte de résultat sous leur forme normale.

### 3.3 La comptabilité de trésorerie

---

Une des particularités des mutuelles de santé est que la plus grande partie de leurs opérations économiques se traduit par une entrée ou une sortie d'argent. Cela permet l'emploi d'une autre variante de la comptabilité classique appelée comptabilité de trésorerie.

La comptabilité de trésorerie repose sur une subdivision du journal en trois journaux partiels:

- un journal de caisse qui enregistre les opérations à l'origine des entrées et des sorties d'argent de la caisse;
- un journal de banque (il peut y en avoir plusieurs si la mutuelle dispose de plusieurs comptes bancaires) qui enregistre les mouvements au niveau du compte bancaire;
- un journal des opérations diverses qui enregistre toutes les opérations qui n'entraînent ni une sortie ni une entrée d'argent.

Les opérations sont enregistrées au jour le jour et chronologiquement dans les journaux partiels puis sont reportées immédiatement ou périodiquement dans le grand livre. Ce système est le plus fréquemment rencontré dans les expériences mutualistes actuelles, quoique sa mise en œuvre soit incomplète dans la plupart des cas. On rencontre en effet souvent un journal (appelé également livre) de caisse et un journal de banque, mais très rarement un journal des opérations diverses et pratiquement jamais un grand livre. Le grand livre est cependant nécessaire afin de préparer les comptes annuels de la mutuelle (compte de résultat et bilan).

#### **Le journal de caisse et le journal de banque**

Ces deux journaux se présentent de la même façon et remplissent les mêmes fonctions consistant à:

- ✓ enregistrer au jour le jour et chronologiquement toutes les opérations qui se traduisent par une entrée ou une sortie d'argent de la caisse ou d'un compte bancaire, que ce soit en espèces, par chèque ou virement;
- ✓ conserver toutes les informations (dates, numéro de pièce justificative, nature de l'opération) relatives à chaque opération;
- ✓ faciliter les reports des opérations dans le grand livre;
- ✓ rendre disponible à tout moment une vue globale de la trésorerie de la mutuelle;
- ✓ réaliser un contrôle portant sur les encaissements, les décaissements et les soldes en caisse et en banque.

#### **Présentation**

Le journal de caisse et celui de banque se présentent chacun sous la forme d'un registre préimprimé dont les pages sont prénumérotées. Les pages peuvent être en double lorsque la mutuelle confie la mise en forme de sa comptabilité à une structure externe (cabinet comptable, union, etc.).

Chaque page comporte un tableau subdivisé en plusieurs colonnes:

- ✓ «Date»: date à laquelle l'opération est réalisée;

- ✓ «Numéro de pièce justificative»: numéro d'ordre de l'opération qui servira de référence pour le classement des pièces justificatives;
- ✓ «Libellé»: description de la nature de l'opération réalisée;
- ✓ «Entrées»: montant correspondant à une entrée d'argent;
- ✓ «Sorties»: montant correspondant à une sortie d'argent;
- ✓ «Solde»: périodiquement (fin de journée, de semaine, de mois) est inscrit le nouveau solde de la caisse ou du compte bancaire (entrées - sorties).

### **Règles d'utilisation**

- ✓ Toutes les opérations qui entraînent une entrée ou une sortie d'argent doivent être enregistrées dans le journal de caisse ou celui de banque, immédiatement après la réalisation de l'opération.
- ✓ Les enregistrements des opérations s'effectuent ligne après ligne, en ordre chronologique.
- ✓ Si les enregistrements du mois nécessitent plusieurs pages, il faut calculer les totaux des colonnes «Entrées» et «Sorties» et les inscrire sur la dernière ligne de la page avec le solde correspondant. On doit ensuite les reporter sur la première ligne de la page suivante avant de poursuivre l'enregistrement de nouvelles opérations.
- ✓ Chaque enregistrement doit se faire avec les précisions utiles: dates, numéro de pièces justificatives, description de l'opération, etc.
- ✓ Les «descriptions» d'opérations de même nature doivent toujours être exactement les mêmes.
- ✓ Périodiquement (par jour pour le journal de caisse et au moins par mois pour le journal de banque) le solde doit être calculé. On peut éventuellement le calculer après chaque opération.
- ✓ Chaque fin de mois, on doit procéder à une clôture du journal. Le solde du mois correspond à celui calculé avec le dernier enregistrement. Ce solde doit être vérifié:
  - en totalisant tous les montants de la colonne «Entrées»;
  - en totalisant tous les montants de la colonne «Sorties»;
  - en opérant la soustraction: Total des entrées – Total des sorties = Solde du mois.
- ✓ L'ouverture d'un nouveau mois débute par le report du solde du mois précédent sur la première ligne d'une nouvelle page (on ne reporte pas les totaux des colonnes entrées et sorties).



## Exemple

La Mutuelle de santé de l'association des petites commerçantes de Niogo a mis en place une comptabilité de trésorerie qui correspond le mieux à ses activités et à son mode de fonctionnement. Cette mutuelle ne couvre que les hospitalisations à l'hôpital de Niogo. Les adhésions ont débuté en janvier 2002; la mutuelle a opté pour une période d'observation d'un mois, les premières prises en charge débiteront donc en février.

Un CE tient à jour différents registres (adhésions, droits d'adhésion et cotisations, prestations). La mutuelle réunit tous les membres le premier dimanche de chaque mois, c'est à ce moment que sont versés les droits d'adhésion (1000 UM/adhérente) et les cotisations (100 UM/mois/bénéficiaire).

Durant le premier trimestre de l'année 2002, elle a enregistré les opérations suivantes:

- 09/01 Paiement des droits d'adhésion des premières adhérentes: 75 000 UM versés dans la caisse.
- 09/01 Paiement des cotisations du mois de janvier (450 bénéficiaires): 45 000 UM versés dans la caisse.
- 12/01 Déplacement de la trésorière de la mutuelle pour déposer les fonds à la caisse populaire, frais de taxi: 500 UM.
- 12/01 Virement de la caisse sur le compte courant à la caisse populaire: 110 000 UM.
- 12/01 Achat de fournitures de bureau: 5 000 UM.
- 06/02 Paiement des droits d'adhésion des nouvelles adhérentes de février: 30 000 UM versés dans la caisse.
- 06/02 Paiement des cotisations de février (630 bénéficiaires): 63 000 UM versés dans la caisse.
- 09/02 Déplacement de la trésorière de la mutuelle pour déposer les fonds à la caisse populaire, frais de taxi: 500 UM.
- 09/02 Virement de la caisse sur le compte courant à la caisse populaire: 93 000 UM.
- 05/03 Paiement des cotisations de mars (630 bénéficiaires): 63 000 UM versés dans la caisse.
- 07/03 Déplacement de la trésorière de la mutuelle pour déposer les fonds à la caisse populaire, frais de taxi: 500 UM.
- 07/03 Virement de la caisse sur le compte courant à la caisse populaire: 10 000 UM.
- 10/03 Déplacement de la trésorière de la mutuelle pour rembourser la facture de février de l'hôpital, frais de taxi: 200 UM.
- 10/03 Paiement de la facture de février de l'hôpital: 45 000 UM.

Les modèles de journaux de caisse et de banque suivants illustrent l'enregistrement comptable de ces différentes opérations.

## Journal de caisse

Date	N° PJ	Libellé	Entrées	Sorties	Solde
09/01		Droits d'adhésion	75 000		75 000
		(Registre de cotisation)			
09/01		Cotisations janvier	45 000		120 000
		(Registre de cotisation)			
12/01	01	Taxi		500	119 500
12/01	02	Virement interne		110 000	9 500
12/01	03	Achat fournitures		5 000	4 500
06/02		Droits d'adhésion	30 000		34 500
		(Registre de cotisation)			
06/02		Cotisations février	63 000		97 500
		(Registre de cotisation)			
09/02	04	Taxi		500	97 000
09/02	05	Virement interne		93 000	4 000
05/03		Cotisations mars	63 000		67 000
		(Registre de cotisation)			
07/03	06	Taxi		500	66 500
07/03	07	Virement interne		10 000	56 500
10/03	08	Taxi		200	56 300
10/03	09	Facture février Hôpital		45 000	11 300
<b>Totaux</b>			276 000	264 700	11 300
<b>A reporter</b>					11 300

### Journal de banque (caisse populaire)

Date	N° PJ	Libellé	Entrées	Sorties	Solde
12/01	02	Virement interne	110 000		110 000
09/03	05	Virement interne	93 000		203 000
07/03	07	Virement interne	10 000		213 000
<b>Totaux</b>			213 000		213 000
<b>A reporter</b>					213 000

## **Le journal des opérations diverses**

Le journal des opérations diverses se présente de la même façon que le journal du système comptable classique. Dans le cadre d'une comptabilité de trésorerie, ce journal n'enregistre, jour après jour, que les opérations qui n'impliquent ni entrée ni sortie d'argent. Il précise la date, l'origine, la nature de l'opération, les comptes affectés et la pièce justificative.

Comme il a été vu précédemment, la tenue de ce journal nécessite des connaissances en matière de comptabilité en partie double. De ce fait, la comptabilité de trésorerie ne simplifie la gestion des mutuelles que si celles-ci réalisent un nombre restreint d'opérations diverses. Ces dernières peuvent être notamment des opérations effectuées lors de la clôture puis de la réouverture des comptes. Ces enregistrements peuvent être confiés, si nécessaire, à une structure externe.

### **3.4 Le partage des travaux de comptabilité entre la mutuelle et une structure externe**

---

Quel que soit le système de comptabilité employé, il se pose toujours le problème des compétences en cette matière notamment du fait que l'inscription des opérations dans le journal nécessite de maîtriser, à des degrés divers, le principe de la partie double. Si la comptabilité américaine réduit cette exigence, elle n'est applicable que lorsque les opérations «diverses» sont peu nombreuses et peu variées. Il s'agit donc d'une solution n'intéressant qu'un nombre limité de mutuelles.

Pour les autres, une alternative intéressante, afin de contourner les problèmes de compétences, est de confier à une structure externe les travaux comptables qui exigent des connaissances en comptabilité. Cette structure peut être un cabinet comptable, une union de mutuelles, une organisation d'appui, etc. Cette solution n'est toutefois intéressante que sous certaines conditions:

- elle ne doit pas entraîner des coûts trop importants pour la mutuelle;
- la structure externe doit informer la mutuelle de l'évolution des comptes et la conseiller au cours de chaque exercice;
- les comptes annuels et le résultat de l'exercice doivent être rapidement mis à la disposition de la mutuelle.

L'intervention d'une structure externe ne doit pas conduire la mutuelle à se désintéresser de sa comptabilité. Ses administrateurs doivent être capables de comprendre les travaux de comptabilité exécutés par la structure externe (c'est-à-dire disposer des notions de base présentées dans ce guide).

L'intervention d'une structure externe dans la gestion d'une mutuelle peut se réaliser essentiellement à deux niveaux:

- pour la réalisation des travaux de fin d'exercice et l'établissement des comptes annuels. Dans ce cas de figure, la mutuelle enregistre elle-même ses opérations dans son ou ses journaux et son grand livre puis confie à la structure externe les travaux liés à la clôture de l'exercice (voir les deux chapitres suivants).
- lorsque la mutuelle ne dispose pas des compétences suffisantes pour réaliser les enregistrements comptables, elle confie ceux-ci à la structure externe. Dans le cadre d'une comptabilité classique, l'intervention de la structure externe se situe au niveau du

journal et du grand livre. Dans le cadre d'une comptabilité de trésorerie, la mutuelle réalise les enregistrements dans le journal de caisse et celui de banque, dont la manipulation est simple, mais confie la tenue du journal des opérations diverses à la structure externe. Quel que soit le système comptable, la structure externe doit disposer des informations nécessaires afin de réaliser les écritures dans les documents comptables qui lui sont confiés. Pour ce faire, la mutuelle utilise un document appelé brouillard qui lui permet de réaliser un premier niveau d'enregistrement de ses opérations.

## Le brouillard

Le brouillard, appelé aussi main-courante, est un document très simple d'utilisation qui sert à enregistrer dans un premier temps les opérations sous forme de brouillon.

Il peut être tenu sur un simple cahier par une personne n'ayant pas de formation comptable. Celle-ci inscrit les opérations au fur et à mesure de leur survenue. La forme du brouillard ainsi que le mode de présentation et de description des opérations sont au préalable convenus entre la mutuelle et l'opérateur externe afin que ce dernier puisse l'exploiter pour la tenue du journal et du grand livre.

Pour passer de cet enregistrement aux travaux comptables de la structure externe, on utilise un carbone pour établir un double de chaque page (on peut également utiliser un cahier à pages carbonées vendu dans le commerce). Le double des pages est remis périodiquement à la structure externe. La mutuelle conserve ainsi en permanence son brouillard pour continuer à enregistrer ses opérations.

Ce système de duplication est également utilisé pour les journaux de caisse et de banque lorsque la mutuelle pratique une comptabilité de trésorerie.

### Exemple

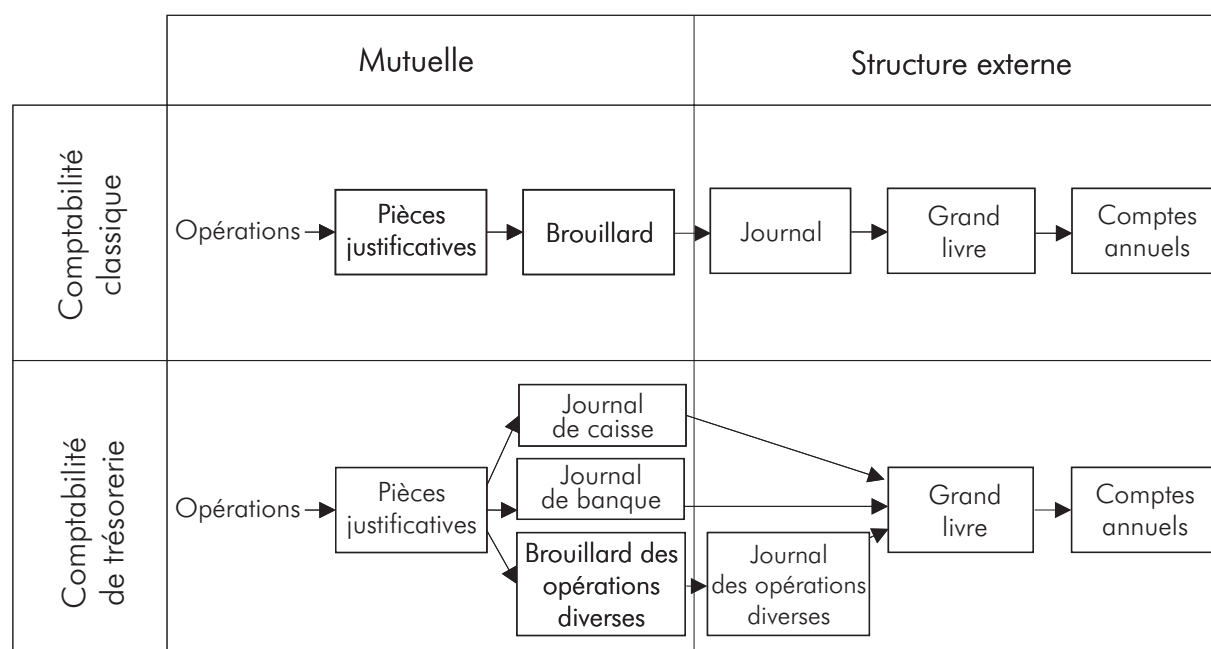
Plusieurs mutuelles d'une capitale ont constitué une union qui joue notamment le rôle de service commun de gestion. Chaque mutuelle peut ainsi confier à l'union une partie de ses travaux comptables, moyennant le paiement d'une cotisation annuelle calculée en fonction de ses dépenses en prestations maladie. Cette cotisation sert également à la constitution d'un fonds de garantie.

Une mutuelle d'artisans adhère à cette union et remet chaque fin de mois un double de son brouillard sur lequel sont enregistrées par le trésorier toutes les opérations du mois. L'exemple suivant est extrait de ce brouillard.

Le 05 mars 2002	Cotisations des adhérents encaissées pendant la réunion de la mutuelle : 115 000 UM. 5 adhérents n'ont pas payé et doivent en tout 5 000 UM
Le 12 mars 2002	Paiement de la facture de l'hôpital (n° 72) : 56 000 UM
Le 16 mars 2002	J'ai acheté trois stylos : 1 000 UM
Le 19 mars 2002	Un adhérent a payé la totalité de ses cotisations en retard : 2 000 UM
Le 26 mars 2002	Le président et le secrétaire ont pris le taxi (aller/retour) pour la réunion de l'union : 2 500 UM

Le schéma suivant illustre la répartition des travaux entre la mutuelle et la structure externe dans le cadre d'une comptabilité classique et d'une comptabilité de trésorerie quand la mutuelle ne dispose pas de compétences suffisantes.

### Travaux comptables internes et externes



## 3.5 Les autres documents comptables

### Le registre de cotisation

Le registre de cotisation utilisé dans le cadre de la gestion des cotisations peut également servir comme document comptable et jouer le rôle d'un journal auxiliaire.

Il sert en effet à enregistrer une par une les cotisations émises par la mutuelle et payées par les adhérents ainsi que les retards de cotisations. Il serait fastidieux d'enregistrer de nouveau ces informations dans le journal ou le brouillard. Aussi, est-il possible de n'inscrire dans ces documents que le total (mensuel, hebdomadaire ou autre, en fonction de la périodicité de cotisation) des cotisations émises, encaissées et des arriérés du registre de cotisation. Le nombre d'écritures est ainsi considérablement réduit et il est possible de se référer au registre de cotisation pour les détails.

Dans le cas où une structure externe intervient, un double du registre de cotisation doit être également transmis à celle-ci.

## Les pièces justificatives

Quel que soit le système comptable mis en place, tous les enregistrements sont réalisés sur la base de pièces justificatives. Une pièce justificative est un document qui atteste l'effectivité d'une opération. Elle décrit celle-ci en donnant son origine, sa destination et son montant.

Les pièces justificatives ont deux origines: externes et internes.

- ✓ Les pièces externes. Il s'agit essentiellement des factures des différents fournisseurs de biens et de services de la mutuelle, dont les principaux sont les prestataires de soins (voir partie 2: La gestion des adhésions, des cotisations et des prestations). Une autre catégorie de pièces externes concerne les relevés bancaires et les livrets d'épargne qui donnent une situation des comptes bancaires de la mutuelle et permettent de réaliser périodiquement des rapprochements bancaires.
- ✓ Les pièces internes. Il s'agit des reçus, des bons de caisse, des notes de frais, etc. Elles sont établies par la mutuelle afin de justifier des opérations internes ou des achats sans justificatif (déplacements en taxi, etc.). Ces pièces nécessitent un contrôle rigoureux notamment de la part du CS de la mutuelle. Elles peuvent être à l'origine de fraudes.

Les pièces justificatives se présentent sous diverses formes mais doivent toutes contenir au moins les informations suivantes:

- ✓ la nature de l'opération;
- ✓ le nom, les coordonnées et autres informations utiles concernant le bénéficiaire de l'opération;
- ✓ le motif de l'opération;
- ✓ le montant en chiffres et en lettres;
- ✓ la date;
- ✓ le cachet et/ou la signature du bénéficiaire de l'opération et/ou du responsable concerné de la mutuelle.

### Règles d'utilisation

- ✓ Chaque opération doit faire l'objet d'une pièce justificative.
- ✓ Les pièces justificatives doivent être soigneusement conservées. Lors de l'enregistrement d'une opération, la pièce justificative reçoit un numéro d'ordre puis est classée, par ordre chronologique.

## Exemples

### Carnet de reçus

Le reçu est un document sur lequel sont enregistrées les informations relatives à une entrée ou à une sortie d'argent. Il se présente généralement sous forme de carnet à souches qui se trouve facilement dans le commerce.

Reçu n°: .....	BPF: .....	N°: .....
Montant: .....	Reçu de: .....	
Motif: .....	La somme de: .....	
.....	.....	
.....	.....	
Date: .....	Pour: .....	
Signature et cachet:	Date:	Signature

### La note de frais

La note de frais est utile pour regrouper un ensemble de dépenses occasionnées par l'exécution d'une tâche. Par exemple, chaque mois, un membre du CE est chargé d'aller au chef-lieu de la région pour payer la facture de l'hôpital et réaliser, si besoin est, différentes courses pour la mutuelle. Une note de frais est établie à chaque déplacement comprenant: les frais de taxi, la nourriture, etc.

Mutuelle de santé de: .....

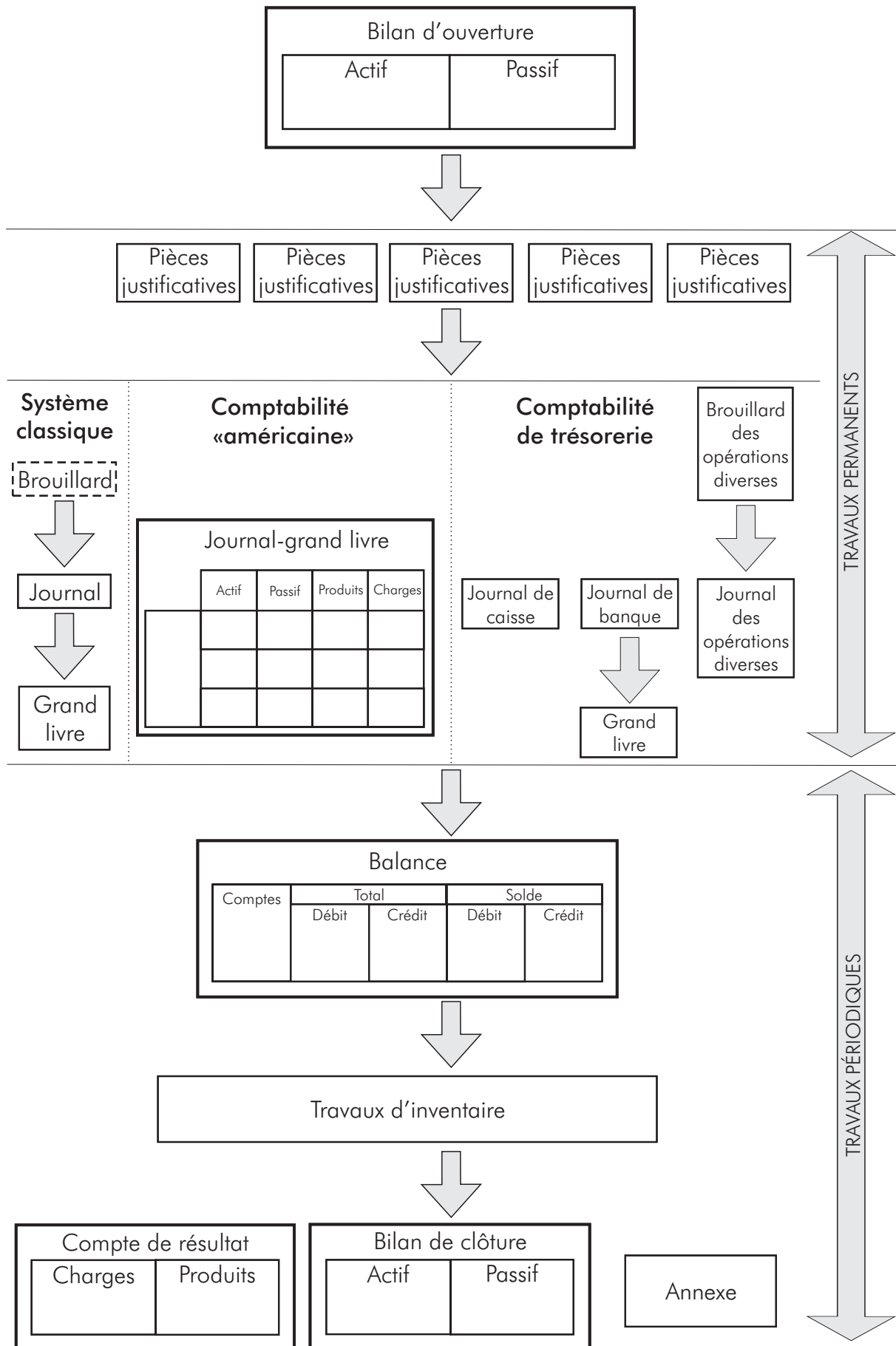
Nom du collaborateur: .....

Date	Commentaires	Type de frais	Montant <sup>1)</sup>
Total			
Avance: .....			
Solde: .....			
Signature du collaborateur		Visa du responsable	

<sup>1)</sup> Joindre à cette note l'ensemble des pièces justificatives

Le schéma ci-dessous illustre les systèmes comptables abordés précédemment en les situant par rapport à l'ensemble des travaux comptables. Les travaux qui suivent les écritures dans le grand livre (balance, inventaire et comptes annuels) sont présentés dans les deux chapitres suivants.

## Les systèmes comptables





# 4

## Les travaux de fin d'exercice

Au cours de l'exercice, les gestionnaires ont enregistré les opérations réalisées par la mutuelle afin d'établir un nouveau bilan en fin d'exercice. Il n'est cependant pas possible de dresser directement ce bilan de clôture. Il est auparavant nécessaire de réaliser un certain nombre de travaux comptables et extracomptables :

- la révision générale des comptes;
- la régularisation des comptes;
- la détermination des amortissements et des provisions.

Une mutuelle, dans le cadre spécifique de son activité d'assurance, ne dispose généralement pas de stocks. On ne s'intéressera donc pas ici à l'inventaire matériel qui constitue pour d'autres organisations économiques le premier travail de fin d'exercice à réaliser. Ce travail sera cependant nécessaire pour une mutuelle qui gère, par exemple, un dépôt de médicaments.

Les travaux de fin d'exercice nécessitent des connaissances approfondies en comptabilité et devront être confiés à un comptable qualifié. Ce chapitre se limite à apporter des connaissances de base concernant la nature et l'utilité de ces travaux.

Les numéros de comptes utilisés dans le chapitre sont issus du plan comptable proposé en exemple dans le chapitre 2 «Le fonctionnement des comptes». Ils peuvent différer en fonction des plans comptables en vigueur dans chaque pays. Une présentation simplifiée des comptes du grand livre est adoptée. Il s'agit de la présentation en «T» dans laquelle ne figure que les montants inscrits au débit et au crédit.

### 4.1 La révision générale des comptes

---

La révision générale des comptes consiste à passer en revue les comptes d'actif et de passif du bilan après un an de fonctionnement. Il s'agit principalement de :

- vérifier la concordance des comptes financiers;
- contrôler les comptes d'immobilisations;
- vérifier les comptes de tiers.

L'objectif de ce travail, pour une mutuelle qui dispose d'une comptabilité normalisée (avec un ou plusieurs journaux et un grand livre), est d'apporter des corrections et d'introduire des éléments additionnels (provisions par exemple) nécessaires pour rendre les comptes annuels (compte de résultat et du bilan) plus exacts et conformes aux pratiques comptables.

#### La révision des comptes financiers

La plupart des opérations de la mutuelle se traduisent par des encaissements ou des décaissements. De ce fait, les comptes financiers, c'est-à-dire ceux relatifs à la caisse et aux comptes bancaires, ont fait l'objet de nombreux enregistrements durant l'exercice. Il est par conséquent important de contrôler que les soldes de ces comptes concordent avec les espèces en caisse et les montants en banque.

Il est important de noter que ce contrôle ne s'effectue pas uniquement en fin d'exercice. Il doit être réalisé régulièrement en cours d'année par les gestionnaires de la mutuelle.


## Le contrôle de la caisse

Le contrôle de la caisse consiste à réaliser un décompte de l'argent liquide contenu dans celle-ci et de le comparer avec le solde débiteur du compte «Caisse». Le solde du compte «Caisse» doit correspondre exactement à l'argent disponible dans la caisse à la date considérée. En cas d'écart, une justification doit être apportée par le responsable concerné (trésorier ou gérant). La différence constatée devra être portée au débit ou au crédit d'un compte de la classe 6 ou 7, suivant les cas.

Le contrôle de la caisse s'effectue à l'aide d'un document appelé bordereau de caisse (ou fiche de contrôle de caisse).

### Exemple

Le CE d'une mutuelle réalise le jour de clôture d'un exercice un dernier contrôle de la caisse. Il en ressort que le montant en caisse est de 9 000 UM supérieur à celui du compte «Caisse», comme l'indique le bordereau ci-dessous. Puisque la mutuelle réalise ce contrôle chaque fin de mois, cette différence ne peut résulter que d'une opération effectuée le dernier mois de l'exercice. Le CE vérifie toutes les opérations inscrites dans le journal de caisse et constate l'erreur d'écriture suivante: une cotisation de 9 000 UM a été encaissée par le trésorier qui l'a enregistrée dans le registre de cotisation mais a oublié de l'inscrire dans le journal de caisse.

BORDERAU DE CAISSE		
Date : 31/12/02		
Nombre de pièces ou de billet	Montant de la pièce ou du billet	Somme totale
3 Pièces	5	15
5 Pièces	10	50
- Pièces	25	-
1 Pièces	50	50
6 Pièces	100	600
10 Pièces	500	5 000
7 Pièces	1 000	7 000
3 Pièces	5 000	15 000
1 Pièces	10 000	10 000
<b>Total des espèces disponibles en caisse</b>		<b>37 715 (A)</b>
Solde comptable, le : 31/12/02 : 28 715 (B)		
En cas d'écart entre A et B, motifs :		
<i>Une cotisation de 9 000 UM (adhérent n° 25/10/01) a été encaissée mais non inscrite dans le journal de caisse.</i>		
Signatures		
Le trésorier 		Le président Marcel ROKIA

Cette omission étant détectée, la cotisation est inscrite dans le journal de caisse et ensuite enregistrée dans le journal et le grand livre.

## Le rapprochement bancaire

Entre le compte «Banque» tenue par la mutuelle et le relevé bancaire envoyé par la banque, il est fréquent de constater des différences qui proviennent:

- ✓ d'erreurs ou d'omissions des gestionnaires de la mutuelle ou de la banque;
- ✓ de certains frais bancaires (commissions, etc.) non connus précisément de la mutuelle avant la réception du relevé bancaire;
- ✓ de chèques émis par la mutuelle mais non encore encaissés par leurs bénéficiaires;

Il est donc important de mettre à jour le compte «Banque» de la mutuelle et d'effectuer un contrôle. Pour ce faire, il faut réaliser un rapprochement bancaire.

### Exemple

Le trésorier d'une mutuelle a inscrit les opérations suivantes dans le journal de banque:

Date	N° PJ	Libellé	Entrées	Sorties	Solde
01/12		Report solde novembre	558 560		
05/12	47	Virement de la caisse	110 000		668 560
09/03	48	Retrait		52 000	616 560
		<b>Totaux</b>	668 560	52 000	616 560
		<b>A reporter</b>			616 560

Le relevé de compte fourni par la banque fait apparaître les opérations suivantes pour ce mois de décembre:

	Débit	Crédit
Solde 30/11/02		558 560
05/12 Dépôt		110 000
09/12 Retrait	52 000	
30/12 Prélèvement frais de gestion	540	
<b>Solde créditeur</b>		<b>616 020</b>

L'écart entre les deux soldes semble provenir du prélèvement automatique des frais annuels de gestion du compte. Pour le vérifier, le trésorier établit un rapprochement sous la forme suivante:

<b>Solde comptabilisé</b>	<b>616 560</b>
<b>Opérations comptabilisées, non passées en banque</b>	–
<b>Opérations passées à la banque, non comptabilisées</b> Prélèvement frais de gestion	– 540
<b>Solde bancaire</b>	<b>616 020</b>

### La révision des comptes d'immobilisation

Il s'agit notamment de contrôler que du mobilier ou du matériel n'a pas disparu et que toutes les acquisitions et les cessions ont été enregistrées durant l'exercice. Si les comptes ont été correctement tenus durant l'exercice, ce travail ne devrait pas poser de difficultés.

### La révision des comptes de tiers

La vérification des comptes de tiers concerne, dans le cadre d'une mutuelle de santé, essentiellement le compte «Créances», autrement dit les arriérés de cotisation et le compte «Prestataires» (ou remboursement adhérents). En fin d'exercice, les administrateurs de la mutuelle doivent examiner les arriérés de cotisations et peuvent décider de supprimer les créances qui apparaissent irrécouvrables.

### Exemple

En fin d'exercice, le CA prépare la clôture des comptes avec le CE. Un examen du registre de cotisation montre qu'au cours de l'année, trois adhérents ont été exclus pour avoir accumulé des retards dépassant les limites fixées dans les statuts. Les arriérés de ces adhérents constituent des créances irrécouvrables que le CA décide de supprimer. Cette décision donnera lieu à l'article suivant dans le journal (ou journal des opérations diverses):

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	31 décembre 2002			
651	Pertes sur créances irrécouvrables		9 300	
41		Adhérents - Cotisations à recevoir		9 300

## 4.2 La régularisation des comptes

A l'issue d'un exercice, certains comptes doivent être régularisés. Pour ce faire, la mutuelle utilise des comptes transitoires appelés «Comptes de régularisation» qui lui permettent d'assurer l'exactitude du bilan et du compte de résultat. Ces comptes disparaîtront avec la réouverture de l'exercice suivant.

Le travail de régularisation résulte du fait que:

- certaines charges et produits ont été comptabilisés durant l'exercice alors qu'ils concernent, au moins en partie, un exercice ultérieur;
- à l'inverse, certains produits et charges n'ont pas été comptabilisés alors qu'ils concernent l'exercice.

En l'absence de régularisation, il résultera de ces deux situations des erreurs dans la détermination du résultat de l'exercice.

### ● Les charges constatées d'avance

Les charges constatées d'avance sont des charges qui ont été enregistrées au cours de l'exercice mais qui correspondent à des biens ou des services qui seront consommés dans le ou les exercices suivants.

#### Exemple

Une mutuelle a fait imprimer 5 000 cartes d'adhérent (valeur = 250 000 UM) en début d'année 2002 sur la base de ses prévisions en matière d'adhésion. Ces cartes sont délivrées gratuitement aux adhérents et la mutuelle les considère comme des consommables non stockés. En fin d'exercice il reste 3 000 cartes (d'une valeur totale de 150 000 UM) non utilisées et disponibles pour les adhésions de 2003.

Ces 3 000 cartes correspondent à une charge de l'année 2003 et sont comptabilisées de la façon suivante dans le journal et le grand livre.

#### Journal

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	..... 31 décembre 2002 .....			
4761	Charges constatées d'avance - cartes d'adhérent		150 000	
601		Fournitures - cartes d'adhérent Report à l'année 2003 des cartes non utilisées et payées en 2002		150 000

#### Grand livre

4761 Charges constatées d'avance - cartes d'adhérent		601 Fournitures - cartes d'adhérent	
Débit	Crédit	Débit	Crédit
150 000		250 000	150 000

## ● Les charges à payer

En fin d'exercice, la mutuelle doit dresser un relevé des dettes envers ses fournisseurs, son personnel, etc. Il se peut en effet que des charges concernant l'exercice qui s'achève restent à payer car les factures ne sont pas encore parvenues à la mutuelle. Il peut s'agir de dépenses de téléphone, d'électricité, etc.

Cette régularisation intéresse surtout les factures des prestataires de soins. Cela est notamment le cas de mutuelles qui paient mensuellement les prestataires de soins et dont la facture pour le mois écoulé arrive au début du mois suivant. Lors de la clôture d'un exercice, la mutuelle doit prendre en compte les prestations maladie du dernier mois qui constituent des charges de l'exercice bien qu'elle n'ait pas encore reçu la facture.

### Exemple

Le CE d'une mutuelle estime, sur la base des attestations de soins reçues, le montant des prestations maladie à payer à 150 000 UM pour le dernier mois de l'exercice. Pour intégrer cette charge à l'exercice qui s'achève, elle passe les écritures suivantes.

#### Journal

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	.....31 décembre 2002.....			
620	Prestations maladie		150 000	
40		Prestataires de soins - charges à payer Factures des prestataires non encore reçues		150 000

#### Grand livre

620 Prestations maladie		40 Prestataires de soins - charges à payer	
Débit	Crédit	Débit	Crédit
150 000			150 000

## ● Les produits constatés d'avance

Les produits constatés d'avance sont des produits qui ont été perçus durant un exercice mais qui sont imputables à un exercice ultérieur. Dans une mutuelle, c'est notamment le cas lorsque des cotisations sont encaissées durant un exercice alors qu'elles vont couvrir, au moins en partie, les prestations de l'exercice suivant.

### Exemple

Une mutuelle de santé à période ouverte d'adhésion a fixé la cotisation annuelle par bénéficiaire à 600 UM payables en une fois (soit l'équivalent de 50 UM/mois). Le tableau suivant

représente schématiquement la période couverte par les cotisations émises au cours de l'exercice 2001 et 2002. A partir de février, les cotisations émises couvrent en partie l'exercice 2002. Les dernières lignes du tableau donnent le montant des cotisations émises, acquises et perçues d'avance.

Nombre des cotisations émises	EXERCICE 2001												EXERCICE 2002												
	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	
30	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500													
15		750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750												
12			600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600											
5				250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250										
0					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
10						500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500								
15							750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750						
20								1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000					
25									1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250				
10										500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500				
5											250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250		
11												550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	
TOTAL	1 500	2 250	2 850	3 100	3 100	3 600	4 350	5 350	6 600	7 100	7 350	7 900	6 400	5 650	5 050	4 800	4 800	4 300	3 550	2 550	1 300	800	550	0	
<b>Cotisations acquises pour l'exercice 2001 = 55 050</b>												<b>Produits constatés d'avance = 39 750</b>													
<b>Cotisations émises de l'exercice 2001 = 94 800</b>																									

Dans les outils comptables de la mutuelle est enregistré, dans le cadre de l'exercice 2001, le total des cotisations émises, c'est-à-dire 94 800 UM. Toutefois, la mutuelle ne doit prendre en compte dans le calcul du résultat de cet exercice que les cotisations acquises, soit 55 050 UM. Elle doit donc neutraliser les 39 750 UM destinés à l'exercice suivant. Pour ce faire, elle utilise le compte «477: Cotisations perçues d'avance» et passe les écritures suivantes dans le journal (ou journal des opérations diverses) et le grand livre:

### Journal

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	31 décembre 2002			
751	Cotisations		39 750	
477		Cotisations perçues d'avance Cotisations de l'exercice 2002 perçues d'avance		39 750

### Grand livre

751 Cotisations		477 Cotisations perçues d'avance	
Débit	Crédit	Débit	Crédit
39 750	94 800		
SC = 55 050			39 750
<u>94 800</u>	<u>94 800</u>	<u>SC = 39 750</u>	

### ● Les produits à recevoir

A l'inverse du cas de figure précédent, il se peut que des produits correspondant à l'exercice qui s'achève n'aient pas encore été perçus par la mutuelle. Ces produits doivent être intégrés dans le calcul du résultat de l'exercice ce qui nécessite l'utilisation d'un compte de régularisation «Produits à recevoir».

### Exemple

Une convention passée entre une mutuelle et le Ministère des affaires sociales (MAS) stipule que celle-ci prend en charge des indigents (identifiés par le Bureau des affaires sociales local) qui ne paient que 10 % de leur cotisation, le ministère finançant les 90 % restants sous la forme d'une subvention.

Au moment de la clôture de l'exercice, le ministère n'a toujours pas versé la part de cette subvention pour le dernier trimestre de l'année (110 000 UM). La mutuelle passe donc les écritures suivantes dans le journal et le grand livre.



## Journal

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	31 décembre 2002			
4487	MAS - Produits à recevoir		110 000	
751		Cotisations Subvention du MAS pour le dernier trimestre 2002 non encore reçue		110 000

## Grand livre

751 Cotisations		4487 MAS - Subvention à recevoir	
Débit	Crédit	Débit	Crédit
	110 000	110 000	

## 4.3 Les amortissements

Les biens durables d'une mutuelle se déprécient d'année en année soit par usure (bâtiments, mobilier) soit parce qu'ils sont technologiquement déclassés (matériel informatique). Cette dépréciation doit être prise en compte dans l'établissement du bilan comptable afin de donner une vision satisfaisante de la situation patrimoniale de la mutuelle à la fin de l'exercice. Au compte de résultat, cette dépréciation doit être comptabilisée sous forme d'une charge (dotation aux amortissements).

### Rôle de l'amortissement

L'amortissement a plusieurs rôles:

- ✓ il répartit sur plusieurs exercices le coût d'une immobilisation. Il ne serait en effet pas cohérent d'imputer à un seul exercice le coût d'une immobilisation qui sera utilisée durant plusieurs années.
- ✓ il permet, à travers les dotations aux amortissements, de mobiliser progressivement les ressources nécessaires au renouvellement des immobilisations qui se déprécient au cours du temps.
- ✓ il permet une meilleure évaluation des actifs de la mutuelle et donc de sa situation financière et du résultat de l'exercice.

### Le calcul de l'amortissement

Le compte de dotation aux amortissements qui est un compte de charges va directement influencer le résultat. 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 d'autant.

Par définition, l'amortissement répartit sur un certain nombre d'exercices le coût 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.

Il existe différentes méthodes de calcul des amortissements. La méthode proposée ici, celle de l'amortissement constant ou linéaire, repose sur la formule suivante:

$$\frac{\text{Valeur d'acquisition}}{\text{Durée de vie (en années)}}$$

On obtient alors le montant annuel de l'amortissement, appelé annuité.

### Exemple

Une mutuelle a acheté du matériel pour 300 000 UM. 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 UM.

$$\text{Soit: } \frac{300\,000}{5}$$

A la fin de la cinquième année, la mutuelle aura amorti les 300 000 UM.

Les taux d'amortissements linéaires utilisés les plus couramment sont:

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

**La comptabilisation des amortissements** Dans la comptabilisation de l'amortissement, il est utilisé un compte de charges (compte de résultat) et un compte d'actif soustractif (compte de bilan). Le compte de charges représente l'amortissement de l'exercice: c'est la dotation aux amortissements. Ainsi, à la fin de chaque exercice, on effectuera la comptabilisation suivante:

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	.....jj / mm / aa.....			
68	Dotations aux amortissements		XXXXXX	
28		Amortissements		XXXXXX

Le compte d'actif «Amortissements cumulés» reçoit les crédits successifs représentant l'évaluation de l'amortissement jusqu'à ce que l'on cesse d'amortir, soit parce que le bien est vendu, soit parce qu'il est «réformé», soit enfin parce que le total des amortissements cumulés a atteint la valeur du bien à amortir. Enfin, la valeur nette comptable d'un actif, à un moment déterminé, est donnée par la différence entre le compte d'actif et le compte d'amortissements cumulés correspondant.

### Exemple

Une mutuelle a acheté, il y a quatre ans, un cyclomoteur pour 200 000 UM et l'a déjà amortie pour 160 000 UM. Au bilan, la valeur comptable cyclomoteur est la suivante:

Actif (débit): cyclomoteur	200 000
Actif (crédit): amortissements cumulés cyclomoteur (4 ans)	<u>-160 000</u>
Valeur nette comptable	40 000

## 4.4 Les provisions

Il existe deux grandes catégories de provisions.

### ● Les provisions pour dépréciation.

Elles sont distinctes des amortissements, bien qu'il s'agisse aussi d'une constatation de la dépréciation comptable d'un actif. Cette dépréciation est attribuée à des causes qui ne sont pas jugées irréversibles et qui ne peuvent être affectés à des postes du bilan.

Ces provisions sont notamment prévues pour couvrir la dépréciation de stocks et de titres de placements. Dans le cadre d'une mutuelle de santé, elles pourront être utilisées pour couvrir la dépréciation des créances difficiles à recouvrer.

La comptabilisation de ces provisions est analogue à celle des amortissements. Un compte d'actif est crédité puisque la valeur d'un actif diminue; cette diminution entraînant une charge, un compte de charge est débité. Cette opération se traduit par le modèle suivant d'écriture dans le journal.

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	..... jj / mm / aa .....			
69	Dotations aux provisions		XXXXXX	
41		Adhérents - Cotisations à recevoir Provisions pour dépréciation du compte Cotisations à recevoir		XXXXXX

● **Les provisions pour risques et charges.**

Elles ont pour objet de prévoir des pertes ou des charges qui sont probables à la clôture de l'exercice. La nature de ces charges est précisément connue, mais leur réalisation et leur montant sont incertains. Elles sont par exemple dotées en prévision de grosses réparations à effectuer sur des immeubles.

Les provisions pour risques et charges sont des comptes de passif. La technique de comptabilisation est la suivante: on débite un compte de dotation aux provisions (69) et on crédite un compte de provisions pour risques (15).

Les provisions font généralement l'objet d'une réglementation particulière et doivent être utilisées avec la plus grande prudence.

## 4.5 Les particularités de l'enregistrement des cotisations en fonction des systèmes comptables utilisés

La comptabilisation des cotisations doit faire l'objet d'une attention particulière. Elle ne s'effectue pas de la même façon en fonction du système comptable mis en place et nécessite des travaux de fin d'exercice différents.

On s'intéresse ici à la comptabilité classique et à celle de trésorerie. La technique utilisée en comptabilité américaine peut être l'une ou l'autre des deux méthodes présentées ci-dessous, suivant les comptes prévus dans le journal-grand livre. On notera que l'exemple du journal-grand livre proposé dans le chapitre précédent permet d'utiliser la technique d'enregistrement des cotisations employée dans le cadre de la comptabilité classique.

### La comptabilité classique

Dans le cadre d'une comptabilité classique, les cotisations sont comptabilisées lors de leur émission et non lors de leur encaissement. Ce principe oblige la mutuelle à utiliser le compte «Adhérents - Cotisations à recevoir» au cours de l'exercice et non uniquement lors des travaux de fin d'exercice. La cotisation est calculée pour une année et son émission s'effectue le jour de l'adhésion. Elle pourra être payée immédiatement par l'adhérent lorsqu'elle est annuelle ou en plusieurs tranches lorsqu'elle est hebdomadaire, mensuelle ou autre. Le montant ainsi dû par chaque adhérent est inscrit dans le compte «Adhérents - Cotisations à recevoir» lequel diminue lors de chaque paiement.

## Exemple

Une mutuelle tient une comptabilité classique et a recours à des cotisations mensuelles. Les adhésions n'ont lieu que durant les deux premières semaines de janvier (période fermée d'adhésion). En début d'année, elle compte 5 000 adhérents ce qui représente un total de cotisations émises de 1 250 000 UM. Au cours de l'année, elle passe les écritures suivantes dans le journal et le grand livre.

### Journal

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	..... 15 janvier 2002 .....			
41	Adhérents - Cotisations à recevoir		1 250 000	
751		Cotisations Emission des cotisations pour l'exercice 2002		1 250 000
..... 15 janvier 2002 .....				
57	Caisse		104 170	
41		Adhérents - Cotisations à recevoir Cotisations du mois de janvier 2002		104 170
..... 15 février 2002 .....				
57	Caisse		95 750	
41		Adhérents - Cotisations à recevoir Cotisations du mois de février 2002		95 750

### Grand livre

#### 41 Adhérents - Cotisations à recevoir

DEBIT			CREDIT		
Dates	Libellés	Montants	Dates	Libellés	Montants
15/01	Cotisations janvier	104 170	15/01	Emission des cotisations - exercice 2002	1 250 000
15/02	Cotisations février	95 750			
.....					
15/12	Cotisations décembre	103 250			
	<b>Total</b>	<b>1 065 500</b>		<b>Total</b>	<b>1 250 000</b>
	Solde créditeur	187 500			

Lors des travaux de fin d'exercice, le compte «Adhérents - Cotisations à recevoir» existe déjà et a un solde débiteur de 187 500 UM. La mutuelle n'a recouvré que 85 % de ses cotisations émises durant l'exercice et devra récupérer les arriérés au cours de l'exercice suivant.

### La comptabilité de trésorerie

La comptabilité de trésorerie étant organisée autour des encaissements et des décaissements et ayant pour objectif de simplifier les travaux comptables, on constate dans la pratique mutualiste que la comptabilisation des cotisations se fait au moment de leur encaissement. Dans ce cas de figure, les cotisations émises seront suivies à partir du registre de cotisation (ou autres documents ayant des fonctions similaires). La régularisation du compte «Cotisations» aura lieu en fin d'exercice de la même façon que pour les autres produits à recevoir.

#### Exemple

Si la mutuelle de l'exemple précédent avait tenu une comptabilité de trésorerie, les écritures suivantes auraient été passées dans le journal de caisse au cours de l'exercice.

#### Journal de caisse

Date	N° PJ	Libellés	Entrées	Sorties	Solde
15/01		Cotisations janvier	104 170		520 230
15/02		Cotisations février	95 750		655 710
15/12		Cotisations décembre	103 250		586 220
<b>Totaux</b>			1 438 230	935 540	502 690
<b>A reporter</b>					502 690

En fin d'exercice, les écritures suivantes auraient été passées dans le journal des opérations diverses et le grand livre.

### Journal des opérations diverses

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	31 décembre 2002			
41	Adhérents - Cotisations à recevoir		187 500	
751		Cotisations Solde des arriérés du registre de cotisation au 31/12/02		187 500

### Grand livre

751 Cotisations		41 Adhérents - Cotisations à recevoir	
	104 170	187 500	
	95 750		
	103 250	187 500	0
	187 500		SD = 187 500
0	1 205 000		
SC = 1 250 000			

## **5** La clôture et la réouverture des exercices

Les travaux de fin d'exercice étant effectués, les comptes de résultat et de bilan vont pouvoir être établis. Dans le compte de résultat, seront repris les soldes des comptes de produits et de charges, et dans le bilan, les soldes des comptes d'actif et de passif. Auparavant, un dernier contrôle sera réalisé grâce à une balance après inventaire qui permet de signaler des erreurs d'écriture.

Le résultat de l'exercice sera déterminé aussi bien par le compte de résultat que par le bilan. Ce résultat, lorsqu'il est un excédent, constitue une nouvelle ressource disponible pour la mutuelle. L'AG devra décider de son affectation.

L'affectation du résultat donnera lieu à l'établissement d'un nouveau bilan. Ce dernier constituera le bilan d'ouverture du nouvel exercice. Un nouveau cycle comptable sera alors engagé.

## 5.1 La balance

La balance est un tableau établi à partir de tous les comptes du grand livre. Elle permet de déceler des erreurs d'écriture ou de calcul pouvant survenir lors de l'enregistrement des opérations dans les comptes. La balance permet également de vérifier l'exactitude des reports du journal vers le grand livre.

La balance repose sur le fait que tout enregistrement donne lieu à un débit et un crédit. En vérifiant l'égalité entre tous les débits et tous les crédits, elle permet d'identifier d'éventuelles erreurs.

La balance est présentée ici dans le cadre de la clôture de l'exercice, il s'agit de la balance après inventaire. Il faut cependant noter qu'une balance doit être établie périodiquement (tous les mois ou tous les trimestres) au cours d'un exercice, afin d'éviter une accumulation d'erreurs d'écriture qui pourrait entraîner un travail de correction important en fin d'exercice.

Avant d'établir la balance, il est nécessaire de procéder à la clôture de tous les comptes ainsi que du journal.

### ● La clôture des comptes

La méthode est la même pour tous les comptes:

1. On calcule la différence entre les deux colonnes et on inscrit le solde dans la colonne dont le total est le plus faible afin de les balancer.
2. On totalise le débit et le crédit en soulignant ces totaux qui doivent être égaux.

### ● La clôture des journaux

Cette clôture s'effectue simplement en totalisant les deux colonnes des journaux.

Il existe différents types de balance. La balance illustrée ici se présente sous la forme d'un tableau à six colonnes qui inventorie le numéro et le nom des comptes et, pour chaque compte, le total des débits, le total des crédits et les montants des soldes débiteurs ou créditeurs. Ce tableau est généralement structuré sous la forme suivante.

Numéro des comptes	Noms des comptes	Débits	Crédits	Soldes débiteurs	Soldes créditeurs
	1. Comptes de bilan <i>Totaux des comptes de bilan</i>	$\Sigma$	$\Sigma$	$\Sigma$	$\Sigma$
	2. Comptes de gestion <i>Totaux des comptes de gestion</i>	$\Sigma$	$\Sigma$	$\Sigma$	$\Sigma$
	Totaux généraux				
		Totaux égaux		Totaux égaux	



## 5.2 La clôture de l'exercice

---

La clôture de l'exercice se concrétise avec l'établissement des comptes annuels. Ceux-ci sont constitués par les documents de synthèse suivants:

- le compte de résultat;
- le bilan;
- l'annexe.

La présentation de ces documents est normalisée. Elle doit suivre les règles et recommandations du Plan comptable général. Entre autres, il est nécessaire de respecter un certain classement des comptes au bilan et au compte de résultat.

Les documents de synthèse ne peuvent être établis qu'après la clôture de tous les comptes, une fois les travaux comptables et extracomptables achevés. Comme il a été vu précédemment, ces documents peuvent être élaborés par une structure externe de gestion car ils demandent des compétences approfondies en matière de comptabilité. Il est cependant important que les responsables d'une mutuelle de santé comprennent l'intérêt et le rôle de ces documents et soient capables d'en restituer le contenu aux adhérents et aux tiers.

### **Le compte de résultat**

Le compte de résultat détermine le résultat par différence entre les charges et les produits de l'exercice. Ce compte permet également de comprendre comment le résultat a été obtenu.

Le compte de résultat présente les charges et les produits classés en trois grandes rubriques:

- ✓ exploitation;
- ✓ financier;
- ✓ exceptionnel.

Ce classement permet de distinguer ce qui relève du fonctionnement courant de la mutuelle (exploitation) de ce qui est financier ou exceptionnel.

Le modèle ci-dessous présente les principaux postes du compte de résultat suivant le plan comptable adapté à une mutuelle de santé.

### Compte de résultat (présentation sous forme de compte)

Charges		Produits	
<b>Charges d'exploitation (I)</b>		<b>Produits d'exploitation (I)</b>	
Achats		Prestations de services auxiliaires	
Transports		Subventions d'exploitation	
Prestations maladie		Cotisations	
Réassurance		Droits d'adhésion	
Autres services			
Charges de personnel			
Dotations aux amortissements			
<b>Charges financières (II)</b>		<b>Produits financiers (II)</b>	
<b>Charges exceptionnelles (III)</b>		<b>Produits exceptionnels (III)</b>	
<b>Total des charges (I+II+III)</b>		<b>Total des produits (I+II+III)</b>	
<b>Résultat: excédent</b>		<b>Résultat: déficit</b>	
<b>Total</b>		<b>Total</b>	

### Le bilan

Le bilan inventorie à l'actif tous les biens de la mutuelle et au passif, l'origine des ressources ayant financé ces biens.

Les comptes du bilan sont regroupés en quatre grandes catégories:

- ✓ à l'actif: l'actif immobilisé et l'actif circulant;
- ✓ au passif: les capitaux propres et les dettes.

Le résultat de l'exercice apparaît également dans le bilan. Il est le même que celui calculé par le compte de résultat. Au bilan, le résultat correspond à la différence entre l'actif et le passif, c'est-à-dire entre le montant des biens et celui des ressources dont a disposé la mutuelle pour les acquérir. Lorsque l'actif est supérieur au passif, cela signifie que la mutuelle a réussi à acquérir avec un volume de ressources donné un ensemble de biens d'une valeur totale supérieure. Elle s'est donc enrichie et le résultat est un excédent. Dans le cas contraire, la mutuelle s'est appauvrie et le résultat est un déficit.

Le modèle de bilan présenté ci-dessous est «classique». L'actif comporte trois colonnes:

- ✓ «Brut». Le montant brut représente la valeur initiale d'un bien (valeur d'achat);
- ✓ «Amortissements et provisions». Cette colonne totalise les dotations aux amortissements depuis l'achat d'un bien et les dotations aux provisions sur des éléments de l'actif (notamment sur les créances);
- ✓ «Net». Cette colonne est égale à la différence entre les deux précédentes.

### Bilan (avant répartition)

Actif			Net	Passif	Net
	Brut	Amort. et provisions			
<b>Actif immobilisé (I)</b> Terrains Bâtiments Matériel Immobilisations financières <b>Actif circulant (II)</b> Stocks Créances (adhérents) Placements financiers Disponibilités: – Banque – Caisse <b>Charges constatées d'avance (III)</b>				<b>Capitaux propres (I)</b> Réserves Report à nouveau Résultat de l'exercice (bénéfice ou perte) Subventions d'investissement <b>Provisions pour risques et charges (II)</b> <b>Dettes (III)</b> Emprunts et dettes à plus d'un an Dettes à moins d'un an: – Fournisseurs – Banque <b>Produits constatés d'avance (IV)</b>	
<b>Total (I+II+III)</b>				<b>Total (I+II+III+IV)</b>	

### L'annexe

L'annexe complète le bilan et le compte de résultat en apportant les explications nécessaires à une meilleure compréhension de ces deux documents. Elle apporte ainsi les informations suivantes:

- ✓ des données chiffrées qui complètent et détaillent certains postes du bilan et du compte de résultat;
- ✓ des données non chiffrées qui précisent les méthodes d'évaluation, les calculs et l'origine des données chiffrées.

L'annexe fournit des informations utiles pour compléter la restitution du bilan et du compte de résultat aux adhérents de la mutuelle et aux tiers. Elle facilite également les contrôles interne et externe.

Les différents éléments de l'annexe portent notamment sur:

- ✓ les investissements: acquisitions et cessions;
- ✓ les modalités de calcul des amortissements;
- ✓ les créances: cotisations en retard;
- ✓ les emprunts: échéances, remboursements effectués, etc.;
- ✓ les événements significatifs de l'année;
- ✓ des remarques sur certains comptes.

## 5.3 L'ouverture d'un nouvel exercice

---

### L'affectation du résultat

Le bilan de clôture d'un exercice est également appelé bilan avant répartition car il présente le résultat de l'exercice avant que son utilisation ne soit déterminée. Lors d'une AG, et en fonction des recommandations du CA (ou du CE), les adhérents devront déterminer l'affectation du résultat, avec deux cas de figure possibles.

- ✓ si le résultat est un excédent: il sera utilisé pour compléter les réserves et/ou pour réaliser des œuvres sociales en faveur des adhérents. Il peut également faire l'objet, totalement ou partiellement, d'un report à nouveau;
- ✓ si le résultat est un déficit: celui-ci sera reporté à nouveau, en espérant que l'exercice suivant sera excédentaire.

Suite à ces décisions, la mutuelle produira un nouveau bilan appelé bilan après répartition, dans lequel la ligne «Résultat de l'exercice» aura disparu, ce dernier étant ventilé dans d'autres comptes. Ce bilan après répartition correspond au bilan d'ouverture de l'exercice suivant.

Le fait que la mutuelle soit à but non lucratif ne veut pas dire qu'elle ne doit pas faire d'excédents. Au contraire, ces derniers sont nécessaires pour assurer la viabilité de la mutuelle et améliorer les services offerts aux adhérents. Mais une mutuelle n'a pas non plus pour vocation d'accumuler ces excédents, ce qui signifie:

- ✓ d'une part, que ces excédents doivent être d'un montant raisonnable car ils proviennent, en fonctionnement normal de la mutuelle, d'une marge sur les cotisations. En d'autres termes, des cotisations élevées permettent d'obtenir des excédents importants, ce qui peut apparaître comme positif, mais en même temps elles limitent l'accès à la mutuelle de familles dont la capacité contributive est restreinte;
- ✓ d'autre part, que la mutuelle doit éviter de thésauriser. Elle doit consacrer ses excédents notamment:
  - au renforcement de sa sécurité financière;
  - à la réalisation d'actions en faveur des bénéficiaires.

L'utilisation des excédents doit être prévue dans les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle. Elle peut être réglementée par la loi. La répartition des excédents est effectuée en AG, suite au rapport financier présenté par les gestionnaires de la mutuelle et sur la base de leurs propositions.

Selon les principes de la mutualité, les excédents ne peuvent être redistribués aux adhérents. En revanche, ils sont destinés à:

- ✓ la constitution de réserves (celles-ci sont présentées plus loin);
- ✓ la réalisation de nouvelles actions en faveur de tous les adhérents: les actions sociales.

Egalement appelées œuvres sociales, les actions sociales sont réalisées par la mutuelle en faveur des bénéficiaires, voire en faveur de toute la collectivité. Elles visent à répondre à des besoins autres que ceux couverts par l'assurance santé. Les exemples sont multiples:

- ✓ caisse de secours: fonds disponibles pour l'attribution de prêts, voire de dons aux familles dans le besoin;
- ✓ cadeaux aux nourrissons: produits de première nécessité donnés aux mères et à leur nourrisson après l'accouchement: savon, layettes, etc.;
- ✓ création de nouveaux services: campagnes de prévention, éducation à la santé, service de gardes-malades, etc.;
- ✓ construction ou contribution à la construction d'infrastructures communautaires (puits, écoles, etc.);
- ✓ actions de solidarité en faveur des indigents;
- ✓ actions en faveur des handicapés, personnes âgées, etc.

### Exemple

Une mutuelle vient de clôturer son quatrième exercice annuel. Elle couvre 65% du public cible. Son bilan avant répartition et son compte de résultat indiquent notamment que:

- le montant des prestations maladie s'élève à 1 689 000 UM;
- le montant des réserves est de 753 000 UM;
- le résultat de l'exercice s'élève à 258 000 UM.

Le fonctionnement de la mutuelle est stable, les relations avec les prestataires de soins sont excellentes et la mutuelle ne rencontre aucune difficulté majeure. Aussi décide-t-elle en AG de fixer le montant de ses réserves pour son cinquième exercice à l'équivalent de six mois de prestations maladie (de son quatrième exercice), c'est-à-dire à un montant de 844 500 UM.

Lors de l'établissement du bilan après répartition, un montant de 91 500 UM est retiré du compte résultat pour être affecté au compte réserves qui atteint ainsi le plafond fixé en AG. Le solde du résultat, 1 66 500 UM, est consacré à la réfection d'un centre de santé communautaire utilisé par tous les habitants du village.

### La réouverture du journal

La réouverture du journal s'effectue en début d'exercice, sur la base de la balance après inventaire établie lors de la clôture de l'exercice précédent. Cette réouverture s'effectue grâce à un article d'ouverture dans lequel:

- ✓ on débite tous les comptes des classes 1 à 5 dont le solde est débiteur dans la balance après inventaire;
- ✓ on crédite tous les comptes des classes 1 à 5 dont le solde est créditeur dans la balance après inventaire.

Ce travail ne concerne donc pas les comptes de charge et de produits (classes 6 et 7).

## **La réouverture des comptes**

Suite à l'article d'ouverture du journal, les comptes des classes 1 à 5 sont rouverts par le report des soldes en début d'exercice. Les comptes de charges et de produits seront ouverts au fur et à mesure de l'exercice, en fonction des besoins (sans report donc des soldes de l'exercice antérieur). La contre-passation des charges et des produits constatés d'avance entraîne cependant des exceptions. En effet, les charges et les produits constatés d'avance de l'exercice précédent sont transférés dans les comptes de charges et de produits concernés du nouvel exercice.

# Partie 4

## **La comptabilité d'une mutuelle de santé**





La vie d'une mutuelle de santé est ponctuée par un ensemble d'opérations économiques qui modifient constamment le volume et l'organisation de ses ressources. Ces opérations devront être enregistrées car la mutuelle doit être en mesure de suivre son patrimoine, sa situation financière ainsi que son résultat d'exploitation. C'est l'un des principaux objets de la comptabilité que d'organiser cet enregistrement, d'en effectuer la vérification et de produire régulièrement une synthèse des informations traitées.

La comptabilité ne doit pas être considérée comme une contrainte ni comme une finalité. Elle est avant tout un outil indispensable à une gestion efficace. De ce fait, elle ne doit pas être perçue comme un luxe réservé aux seules mutuelles qui disposent de comptables. S'il est vrai qu'elle repose sur des mécanismes qui sont parfois complexes, elle peut être adaptée et simplifiée pour les mutuelles qui ne disposent pas des compétences nécessaires.

Cette partie vise les objectifs suivants:

- présenter la méthode comptable basée sur le principe de la partie double. Il existe une autre méthode appelée comptabilité en partie simple qui est beaucoup moins complexe mais présente des insuffisances qui réduisent les possibilités d'un pilotage efficace de la mutuelle;
- proposer des variantes du système de comptabilité classique en partie double. Ces variantes permettent une adaptation et une simplification de la comptabilité destinée aux petites mutuelles ou à celles n'ayant pas de personnel qualifié en la matière. Le partage des travaux comptables entre la mutuelle et une structure externe est aussi abordé, car il constitue une solution aux carences en compétences comptables;
- initier les administrateurs des mutuelles aux mécanismes de la comptabilité en partie double afin de renforcer leur capacité à comprendre et valoriser cet important outil de gestion de leur mutuelle. Il ne s'agit pas de permettre à ces administrateurs de tenir la comptabilité mais de leur donner une explication des techniques et des documents sur lesquels elle repose, en mettant l'accent sur les spécificités des mutuelles de santé. Cette initiation permet aux administrateurs de comprendre l'intérêt et le rôle des documents comptables et d'en restituer le contenu aux tiers.

La partie comprend cinq chapitres.

### **Chapitre 1 Le processus comptable**

Ce premier chapitre définit ce qu'est la comptabilité. Il donne également une vue d'ensemble du processus comptable en mettant en relief sa fonction de mesure et de suivi du patrimoine de la mutuelle.

### **Chapitre 2 Le fonctionnement des comptes**

La comptabilité repose sur l'utilisation de comptes dont ce chapitre présente les mécanismes de fonctionnement. Le chapitre décrit aussi l'organisation des comptes au sein d'un plan comptable adapté.

### **Chapitre 3 Le déroulement des opérations comptables**

Ce chapitre présente les travaux comptables qui sont réalisés tout au long d'un exercice, à travers trois systèmes: la comptabilité classique, la comptabilité «américaine» et la comptabilité «de trésorerie».

## Chapitre 4 Les travaux de fin d'exercice

A l'issue d'un exercice annuel, la mutuelle doit dresser une nouvelle situation de son patrimoine. Ce chapitre présente les travaux comptables à réaliser avant de pouvoir clôturer les comptes et produire les états financiers.

## Chapitre 5 La clôture et la réouverture des exercices

Ce chapitre présente les modalités de clôture et de réouverture des comptes et l'établissement des comptes annuels qui permettent de calculer le résultat de chaque exercice.

# Le processus comptable

Le fonctionnement d'une mutuelle est marqué par de très nombreuses opérations; par exemple, de manière répétée, elle encaisse des cotisations et verse des prestations. Ces opérations entraînent des encaissements ou des décaissements, une réduction ou une augmentation des avoirs de l'organisation, une évolution de ses obligations envers les tiers, etc. En fait, les ressources dont la mutuelle dispose et la manière dont elle les emploie varient sans cesse. La connaissance de ces fluctuations et de la situation financière qui en découle est indispensable à une gestion efficace de la mutuelle. Par exemple, les gestionnaires doivent nécessairement savoir si les charges ne dépassent pas durablement les produits ou si les dettes pourront être payées à terme échu.

La comptabilité permet d'enregistrer les opérations et l'ensemble des mouvements qui modifient la situation financière de la mutuelle et d'établir clairement une situation patrimoniale à une date donnée.

Ce chapitre présente les principes et les mécanismes de base de la comptabilité qui doivent être nécessairement compris avant d'entrer plus en détail dans les techniques comptables.

## 1.1 La comptabilité

---

### Les fonctions de la comptabilité

La comptabilité remplit plusieurs fonctions importantes.

- ✓ Elle constitue pour les administrateurs un outil de gestion essentiel. Elle permet de disposer de toutes les informations sur la situation passée de la mutuelle et sur les mouvements qui déterminent son évolution. Disposant de ces informations, les administrateurs peuvent ainsi mieux analyser la situation actuelle de l'organisation et établir des prévisions.
- ✓ Elle favorise la transparence et la confiance des adhérents. L'enregistrement de toutes les informations permet de justifier l'utilisation des ressources et de vérifier que les activités réalisées sont conformes aux décisions de l'AG.
- ✓ Elle est aussi un facteur de confiance pour les tiers:
  - elle contribue notamment au respect des engagements vis-à-vis des prestataires de soins;

- elle est une condition nécessaire pour l'adhésion à un fonds de garantie ou à un système de réassurance;
  - elle facilite et souvent conditionne l'obtention de subventions et de prêts.
- ✓ Elle est le plus souvent obligatoire pour l'obtention d'une reconnaissance légale. La plupart des législations relatives aux associations ayant une activité économique imposent la tenue d'une comptabilité. De ce fait, une mutuelle qui n'a pas de comptabilité ne peut jouir d'une personnalité morale, ce qui limite considérablement son potentiel de développement. Lorsqu'un pays se dote d'une législation propre aux mutuelles, celle-ci fixe généralement des règles spécifiques pour la tenue de la comptabilité.
  - ✓ Elle est enfin un moyen de preuve en cas de contentieux et revêt donc une fonction juridique.

### Les principes de base de la comptabilité

La comptabilité repose sur plusieurs principes de base, dont les principaux sont:

- ✓ **la fidélité.** La comptabilité doit donner une image fidèle de la situation de la mutuelle;
- ✓ **la régularité.** La comptabilité doit se conformer aux règles et procédures en vigueur;
- ✓ **la sincérité.** Ces règles et procédures doivent être appliquées de bonne foi, en fonction de la connaissance qu'ont les gestionnaires de la mutuelle, des événements et des situations;
- ✓ **la prudence.** Les gestionnaires doivent avoir une appréciation raisonnable et prudente de ces événements et situations;
- ✓ **la transparence.** Les enregistrements comptables doivent être conformes à la réalité et justifiés. Aucune information ne doit être omise, cachée ou modifiée;
- ✓ **l'indépendance de l'exercice.** La vie de la mutuelle est découpée en exercices comptables qui correspondent chacun, généralement, à une année civile. Chaque exercice est autonome d'où la détermination d'un résultat en fin d'exercice;
- ✓ **la continuité.** Bien que le fonctionnement de la mutuelle soit découpé en exercices, la tenue de la comptabilité repose sur le principe de la continuité des activités;
- ✓ **la permanence des méthodes.** Elle repose également sur le principe de la permanence des méthodes comptables. Une utilisation des mêmes méthodes d'un exercice à l'autre est en effet souhaitable et toute modification doit faire l'objet d'une explication annexée à la présentation des comptes annuels en fin d'exercice.

## 1.2 Les ressources et les emplois d'une mutuelle de santé

---

### Les ressources d'une mutuelle

Les ressources d'une mutuelle de santé proviennent de plusieurs sources dont essentiellement les suivantes.

#### Les apports des adhérents

Les apports sont constitués par des biens que les adhérents mettent à la disposition de leur mutuelle avec un droit de reprise. Il peut s'agir de bâtiments (local pour un bureau, etc.), de matériel, etc. Ces apports sont comptabilisés comme des capitaux propres lorsque leur reprise n'est prévue qu'en cas de dissolution de la mutuelle. Ils sont comptabilisés comme des dettes lorsque leur date de reprise est fixée (à plus ou moins long terme).

#### Les dons et les legs

Une mutuelle peut également recevoir des libéralités (dons) de l'Etat, d'organisations ou de personnes physiques. Les dons peuvent être en espèces ou en nature. Dans ce dernier cas, la mutuelle doit les comptabiliser afin de ne pas fausser l'analyse économique de son fonctionnement.

#### Les subventions d'investissement publiques ou privées

Une subvention est une aide financière destinée à soutenir de façon générale les activités de la mutuelle ou un projet particulier. Les subventions attribuées peuvent être en espèces ou en nature (locaux, matériel, mise à disposition de personnel).

#### Les prêts obtenus auprès des banques, de l'Etat ou d'autres organismes et les dettes vis-à-vis d'autres tiers

Une mutuelle de santé a la possibilité de solliciter un prêt auprès de structures bancaires ou d'autres organismes, publics ou privés, avec ou sans intérêt. La tenue d'une comptabilité rigoureuse est dans ce cas nécessaire car elle conditionne généralement l'obtention du prêt. Une mutuelle peut également utiliser des ressources ou bénéficier de services dont elle n'a pas encore effectué le paiement. C'est le cas par exemple lorsque ses adhérents ont reçu des soins qui n'ont pas encore été payés par la mutuelle aux prestataires.

#### Les excédents

La mutuelle est une organisation à but non lucratif ce qui ne signifie pas qu'elle ne doit pas réaliser des excédents. Au contraire, ceux-ci sont nécessaires pour assurer la viabilité financière de la mutuelle.

### L'emploi des ressources

Les emplois de la mutuelle sont de différentes natures.

### **Les biens durables**

Il s'agit des biens utilisables par la mutuelle pendant longtemps. Il existe plusieurs catégories de biens durables, parmi lesquelles celle des immobilisations qui concerne le plus les mutuelles. Cette catégorie comprend les terrains, les locaux achetés ou construits (ou en construction), le mobilier, le matériel (de bureau, de transport...), etc. Ces immobilisations perdent de la valeur avec le temps. Cette dépréciation est enregistrée chaque année dans des comptes d'amortissement.

### **Les biens circulants**

Il s'agit de biens provisoires liés aux activités courantes de la mutuelle. Ils sont destinés à être transformés rapidement et sont renouvelés plusieurs fois au cours d'un exercice:

- ✓ les stocks;
- ✓ l'argent disponible en caisse et/ou en banque;
- ✓ les sommes dues (créances) à la mutuelle (il s'agit essentiellement des retards de cotisations);
- ✓ les placements.

## **Le bilan**

Le bilan est le document comptable qui permet de réaliser un inventaire. Il dresse une «photographie» du patrimoine de la mutuelle, à un moment précis. Il se présente sous la forme d'un tableau qui récapitule:

- ✓ d'une part, le passif, c'est-à-dire l'ensemble des capitaux propres et des dettes de la mutuelle;
- ✓ d'autre part, l'actif, c'est-à-dire l'ensemble des biens dont dispose la mutuelle.

### **Le passif**

Le passif comprend plusieurs rubriques qui sont classées en fonction de leur nature. Il distingue ainsi les capitaux propres et les capitaux étrangers.

#### **Les capitaux propres.**

Ce sont les capitaux qui appartiennent à la mutuelle et proviennent des adhérents, des subventions, des réserves, etc.

#### **Les capitaux étrangers.**

Il s'agit des dettes de la mutuelle qui regroupent tout ce que celle-ci doit à d'autres structures, tels que les factures à payer aux prestataires de soins, les prêts bancaires, etc. Les dettes sont divisées en deux catégories:

- ✓ les dettes à court terme. Elles sont remboursables dans l'année;
- ✓ les dettes à long terme. Leur remboursement s'étale sur plus d'une année.

Cette distinction entre les capitaux propres et les capitaux étrangers est importante notamment pour déterminer la stabilité et la solidité financière de la mutuelle. A la différence des capitaux propres, les capitaux étrangers seront à rembourser tôt ou tard. La prévision de ce remboursement détermine en partie le fonctionnement présent de la mutuelle.

### L'actif

L'actif se décompose également en deux grandes rubriques: l'actif immobilisé et l'actif circulant.

**L'actif immobilisé.** Il s'agit de tous les biens durables de la mutuelle qui peuvent être utilisés dans la durée: terrains, bâtiments, mobilier, matériel, véhicules.

**L'actif circulant.** Il s'agit des biens liés aux activités courantes de la mutuelle. Ils sont destinés à être transformés rapidement et peuvent être renouvelés plusieurs fois au cours d'un exercice: stocks, argent liquide en caisse, montants en banque, créances, etc.

Le bilan se présente donc schématiquement de la façon suivante:

ACTIF		PASSIF	
Actif immobilisé		Capitaux propres	
Actif circulant		Capitaux étrangers	
<b>Total actif</b>		<b>Total passif</b>	

Le total de la colonne actif doit toujours être égal à celui de la colonne passif.

## 1.3 Les mutations du bilan

L'ouverture de la comptabilité passe nécessairement par la description de la situation de départ de la mutuelle. Cette description servira ensuite de point de référence pour l'évaluation de l'évolution économique et financière de la mutuelle. L'établissement de la situation de départ s'applique aussi bien à une mutuelle qui débute ses activités qu'à une mutuelle qui fonctionne depuis un certain temps mais n'a jamais tenu de comptabilité.

Etablir la situation de départ consiste à réaliser un inventaire des biens, des capitaux propres et des dettes de la mutuelle et à construire un tableau en deux colonnes, appelé bilan d'ouverture ou bilan initial, reprenant d'une part l'actif et d'autre part le passif.

A partir du bilan initial et durant une période, appelée exercice, dont la durée est généralement d'une année, la mutuelle va réaliser un certain nombre d'opérations. Chaque nouvelle opération augmente, diminue ou modifie la répartition des actifs et des capitaux de la mutuelle et affecte par conséquent son bilan.

A l'issue de cet exercice et suite à la dernière opération réalisée, le bilan final présentera la situation de la mutuelle à la date de clôture. Il indiquera également le résultat de la mutuelle qui sera soit un excédent soit un déficit.

## Exemple

Une association de commerçants a constitué une mutuelle de santé en faveur de ses membres et de leurs familles. La mutuelle s'est dotée de ses propres organes, suite à son AG constitutive.

Pour favoriser le démarrage de la mutuelle, l'association met gratuitement à sa disposition un bureau avec tables, chaises et mobilier divers, pour une valeur de 150 000 UM. L'association donne également 50 000 UM (45 000 UM à la banque et 5 000 UM en espèces) à la mutuelle pour couvrir ses premiers frais.

Le bilan initial de la mutuelle des commerçants se présente schématiquement ainsi:

Bilan d'ouverture de la mutuelle des commerçants

ACTIF		PASSIF	
<b>Actif immobilisé</b>		<b>Capitaux propres</b>	
Mobilier	150 000	Apport de l'association	150 000
<b>Actif circulant</b>		Subvention de l'association	50 000
Banque	45 000	<b>Capitaux étrangers</b>	
Caisse	5 000		
<b>Total actif</b>	<b>200 000</b>	<b>Total passif</b>	<b>200 000</b>

Après avoir ouvert sa comptabilité, la mutuelle des commerçants débute ses premières opérations.

- Les premiers adhérents s'inscrivent et paient leurs droits d'adhésion et leurs premières cotisations. 200 000 UM sont collectés par la mutuelle et déposés en banque.

Le bilan de la mutuelle évolue de la façon suivante:

ACTIF		PASSIF	
<b>Actif immobilisé</b>		<b>Capitaux propres</b>	
Mobilier	150 000	Apport de l'association	150 000
<b>Actif circulant</b>		Subvention de l'association	50 000
Banque	245 000	<b>Excédent</b>	200 000
Caisse	5 000	<b>Capitaux étrangers</b>	
<b>Total actif</b>	<b>400 000</b>	<b>Total passif</b>	<b>400 000</b>

Le total de l'actif a augmenté par rapport au passif. La mutuelle a acquis de nouvelles ressources produites par son activité. Ces ressources sont des produits qui affectent positivement le résultat de la mutuelle.

- La mutuelle paie des services d'entretien du bâtiment et des factures de consommation d'eau et d'électricité pour un montant total de 25 000 UM (dont 2 000 de la caisse et 23 000 de la banque).

Son bilan évolue de nouveau, de la façon suivante:

ACTIF		PASSIF	
<b>Actif immobilisé</b>		<b>Capitaux propres</b>	
Mobilier	150 000	Apport de l'association	150 000
<b>Actif circulant</b>		Subvention de l'association	50 000
Banque	222 000	<b>Excédent</b>	175 000
Caisse	3 000	<b>Capitaux étrangers</b>	
<b>Total actif</b>	375 000	<b>Total passif</b>	375 000

Les montants en caisse et en banque ont diminué de 25 000 UM, sans contrepartie dans le bilan. La mutuelle a utilisé une partie de ses ressources pour payer des services nécessaires à son fonctionnement. Ceux-ci constituent une charge pour la mutuelle qui s'est appauvrie.

Le bilan fournit des informations nécessaires mais insuffisantes. En effet, il ne donne aucune explication sur les opérations qui entraînent sa mutation. Après plusieurs mois, qui se souviendra des premiers achats de fournitures, des premières cotisations, etc.? Ces explications sont pourtant très utiles pour analyser les performances et la viabilité de la mutuelle.

Aussi, est-il nécessaire de mettre en place d'autres mécanismes comptables permettant d'affecter ces opérations dans divers comptes de charges et de produits qui serviront en fin d'exercice à établir un compte de résultat.

La mutuelle pourra ainsi non seulement savoir si elle s'est enrichie ou appauvrie, mais elle sera également en mesure d'en analyser les raisons.

## 1.4 Les notions de charges et de produits

### Les charges

Les opérations qui entraînent un appauvrissement de la mutuelle sont des charges. Une charge est la constatation de la consommation de biens et de services nécessaires à l'activité de la mutuelle durant l'exercice. Elle affecte le résultat de la mutuelle en négatif.

Les charges sont classées en trois grandes catégories parmi lesquelles sont ici citées celles intéressant le plus une mutuelle.

#### Les charges d'exploitation

Cette première catégorie regroupe les charges liées au fonctionnement normal et courant. Dans le cadre d'une mutuelle, il s'agit notamment:

- ✓ des prestations maladie: paiement des prestataires de soins ou remboursement des dépenses de soins aux adhérents;
- ✓ des frais de fonctionnement: achats de fournitures, frais de déplacement, salaires et indemnités, etc.;



- ✓ des frais d'animation et de formation: frais d'envoi en formation des responsables de la mutuelle, rémunération de formateurs, etc.

### **Les charges financières**

Cette catégorie regroupe les charges qui sont liées aux opérations financières, en particulier:

- ✓ les intérêts des emprunts;
- ✓ les frais financiers relatifs au fonctionnement normal du ou des comptes bancaires (agios, frais de tenue des comptes, etc.).

### **Les charges exceptionnelles**

Ces charges sont relatives à des opérations exceptionnelles. Figurent notamment dans cette catégorie:

- ✓ les pénalités et amendes fiscales;
- ✓ les créances irrécouvrables;
- ✓ éventuellement, des dons de la mutuelle à des adhérents dans le besoin, attribués au titre de la solidarité et en dehors de ses prestations normales.

## **Les produits**

Les opérations qui entraînent un enrichissement de la mutuelle sont des produits. Les produits affectent le résultat de la mutuelle en positif.

Les produits sont également classés en trois catégories.

### **Les produits d'exploitation**

Ces produits sont liés aux activités normales de la mutuelle. Cette catégorie comprend notamment:

- ✓ les droits d'adhésions;
- ✓ les cotisations;
- ✓ les produits issus d'autres activités de la mutuelle telles que:
  - les prestations de services auxiliaires: il s'agit d'un ensemble de prestations rémunérées offertes par la mutuelle à ses adhérents, voire également aux non-adhérents, en complément de la couverture des dépenses de soins (transports des malades, gardes-malades, etc.);
  - les activités promotionnelles (tombolas, fêtes, etc.);
  - la location de locaux, de matériel, etc.;
  - les subventions dont celles d'équilibre.

### **Les produits financiers**

Ces produits sont liés aux opérations financières et englobent notamment les intérêts produits par des placements ou des comptes d'épargne.

## Les produits exceptionnels

Il s'agit des produits qui ne résultent pas de l'activité normale de la mutuelle.

### 1.5 Le résultat net de l'exercice

---

Le résultat net de l'exercice est obtenu par deux moyens différents.

- Par le bilan qui présente la situation patrimoniale de la mutuelle. Le bilan mesure le résultat en comparant la situation patrimoniale au début et à la fin de l'exercice. Ce résultat est:
  - ✓ un excédent lorsque le total des actifs est supérieur au passif dont la mutuelle disposait, autrement dit, la mutuelle a fait fructifier son patrimoine;
  - ✓ un déficit dans le cas inverse qui traduit un appauvrissement de la mutuelle.
- Par la différence entre les produits et les charges. Ce regroupement des charges et des produits est réalisé dans un document appelé le compte de résultat.

Le résultat net de l'exercice obtenu par ces deux méthodes est le même. En effet, il est équivalent de comparer les valeurs du patrimoine en début et en fin d'exercice (ce que fait le bilan) ou de comparer les produits et les charges qui affectent ce patrimoine sur la même période (ce que fait le compte de résultat).

Le résultat net de l'exercice peut être décomposé en trois résultats distincts.

- Le résultat d'exploitation qui est la différence entre les charges et les produits d'exploitation. Ce résultat est un excédent (inscrit dans la colonne charge) lorsque le total des produits d'exploitation est supérieur aux charges d'exploitation, et inversement;
- Le résultat financier qui est la différence entre les charges et les produits financiers. Ce résultat est un excédent (inscrit dans la colonne charge) lorsque le total des produits financiers est supérieur aux charges financières, et inversement;
- Le résultat exceptionnel qui est la différence entre les charges et les produits exceptionnels. Ce résultat est un excédent (inscrit dans la colonne charge) lorsque le total des produits exceptionnels est supérieur aux charges exceptionnelles, et inversement.

### 1.6 Le compte de résultat

---

Le compte de résultat est un document important qui récapitule les charges et les produits d'un exercice et permet de déterminer le résultat ainsi que de comprendre comment celui-ci s'est formé.

Le compte de résultat se présente sous la forme d'un tableau synthétique en deux colonnes:

- celle de gauche présente les charges;
- celle de droite présente les produits.

Dans chaque colonne, les produits et les charges sont recensés par catégories, selon un classement standardisé.

Charges	Produits
Charges d'exploitation	Produits d'exploitation
Résultat d'exploitation	
Charges financières	Produits financiers
Résultat financier	
Charges exceptionnelles	Produits exceptionnels
Résultat exceptionnel	
Résultat net	
Total des charges	Total des produits

Dans la suite, seul le résultat net sera mentionné pour simplifier la présentation du compte de résultat.

## Le fonctionnement des comptes

Il a été vu dans le chapitre précédent que le bilan comptable subit des mutations du fait des opérations économiques que réalise la mutuelle. Pour éviter d'établir constamment un nouveau bilan et pour conserver des informations concernant ces mutations, celles-ci sont enregistrées dans des comptes. Ces comptes permettront d'établir le compte de résultat et le bilan de l'exercice.

Ce chapitre explique le rôle, l'organisation et le fonctionnement des comptes. Il ne peut suffire cependant à apporter une formation complète en la matière. L'objectif est ici de donner des explications accessibles aux administrateurs des mutuelles afin de renforcer leur capacité à dialoguer avec les comptables et à utiliser les documents produits par la comptabilité.

### 2.1 Le compte

Un compte est un tableau permettant d'enregistrer les opérations qui modifient une rubrique du bilan ou du compte de résultat.

L'utilisation des comptes permet de:

- conserver une trace des opérations enregistrées chronologiquement et de manière continue dans les différents comptes en fonction de leur nature;
- disposer à tout moment d'information sur l'état de la caisse, les dettes, les produits, les charges, etc.;
- faciliter l'établissement des comptes annuels (bilan et compte de résultat) de l'exercice, ainsi que de statistiques et d'indicateurs concernant le fonctionnement.

## Présentation

Un compte se présente sous la forme d'un tableau dont le tracé peut s'effectuer de deux façons différentes:

- débit et crédit séparés;
- débit et crédit réunis (cette présentation est surtout adaptée aux comptes de trésorerie: caisse, banque, etc.)

### Exemple

#### Débit et crédit séparés

En mars 2002, le compte de la Mutuelle de santé Espoir, destiné à enregistrer les prestations maladie remboursées à l'Hôpital Bonne Santé, se présente ainsi:

#### Compte: 6201 - Hôpital Bonne Santé

DEBIT			CREDIT		
Dates	Libellés	Montants	Dates	Libellés	Montants
10/02/02	Facture janvier 2002 (fact. n° 23)	28 300			
12/03/02	Facture février 2002 (fact. n° 48)	36 500			
	Solde	64 800		Solde	

#### Débit et crédit réunis

En mars 2002, le compte banque de la Mutuelle Espoir se présente ainsi:

#### Compte: 5211 - Caisse Populaire de Mogo

Dates	Libellés	Sommes		Solde
		Débit	Crédit	
06/03/02	Dépôt cotisations du mois de mars	59 000		105 000
12/03/02	Paiement facture février (n° 48) de l'Hôpital Bonne Santé		36 500	68 500

La présentation matérielle du compte doit obligatoirement indiquer:

- la date effective de l'opération;
- la nature de l'opération (libellé), par exemple: Facture février 2002 (fact. n° 48);
- les montants portés au débit du compte;
- les montants portés au crédit du compte;

- le solde inscrit dans une colonne spécifique (débit et crédit réunis) ou en bas de la colonne débit ou de la colonne crédit (débit et crédit séparés).

### Règles d'utilisation

- Chaque tableau de compte doit être dédié à un compte unique.
- Une mutuelle doit ouvrir progressivement et utiliser uniquement les comptes qui lui sont utiles (voir la section sur le plan comptable ci-dessous).
- Les comptes de charges et de produits sont ouverts au cours de l'exercice en fonction des besoins. Contrairement aux comptes de bilan, il n'y a pas de report de solde d'un exercice à l'autre.
- Les enregistrements des opérations dans ces différents comptes doivent se faire ligne après ligne. La saisie de l'information doit être faite en temps réel c'est-à-dire au moment où l'opération est réalisée.
- Les comptes sont arrêtés le dernier jour de l'exercice comptable. Pour procéder à la clôture de la comptabilité, on totalise le débit puis le crédit, la différence entre ces deux totaux correspondant au solde du compte qui sera inscrit dans la colonne dont le total est le plus faible (débit et crédit séparés).
- Les comptes de bilan sont rouverts dès le début d'un nouvel exercice. Pour rouvrir un compte de bilan, on inscrit le report du solde de l'exercice précédent au débit si ce solde était débiteur, ou au crédit, s'il était créditeur.

### Exemple

#### Clôture et réouverture du compte caisse

##### Compte: 57 - Caisse

Débit			Crédit		
Dates	Libellés	Montants	Dates	Libellés	Montants
25/11/02	Avoir en caisse	50 000	10/12/02	Facture novembre CS Malika (fact. n° 110)	25 000
05/12/02	Cotisations de décembre	10 000	31/12/02	Solde débiteur	35 000
	Total	60 000		Total	60 000
01/01/03	Report à nouveau du solde précédent	35 000			

### Le fonctionnement des comptes

Les comptes servent à enregistrer les opérations financières et les flux. Ceux-ci se caractérisent par:

- ✓ leur origine;
- ✓ leur destination;
- ✓ leur montant.

Ces caractéristiques des flux sont à la base de la comptabilité en partie double pour laquelle:

- ✓ l'origine d'un flux intéresse un compte;
- ✓ sa destination intéresse un autre compte.

Chaque opération intéresse donc au moins deux comptes. La question est de savoir de quel côté de chaque compte le montant de l'opération doit être inscrit. Pour ce faire, il faut au préalable distinguer les comptes de bilan et les comptes de gestion.

- ✓ Les comptes de bilan qui regroupent:

- à l'actif, les comptes qui représentent les biens durables et circulants de la mutuelle (l'emploi des ressources). Ces comptes sont des comptes débiteurs. Leur valeur augmente du fait des débits et diminue du fait des crédits;

Débit	Crédit
Augmentation	Diminution

- au passif, les comptes qui représentent l'origine des ressources. Ces comptes sont des comptes créditeurs. Leur valeur absolue diminue du fait des débits et augmente du fait des crédits.

Débit	Crédit
Diminution	Augmentation

- ✓ Les comptes de gestion qui comprennent:

- les comptes de charges dont l'augmentation est enregistrée au débit et la diminution au crédit;

Débit	Crédit
Augmentation	Diminution

- les comptes de produits qui, à l'inverse, augmentent par le crédit et diminuent par le débit.

Débit	Crédit
Diminution	Augmentation

## Le solde d'un compte

Le solde d'un compte mesure la différence entre les montants inscrits au débit et ceux inscrits au crédit. Lorsque le total des montants inscrits au débit d'un compte est supérieur au total de ceux inscrits au crédit, on dit que le solde est débiteur. A l'inverse, lorsque le total de la colonne crédit est supérieur à celui de la colonne débit, on dit que le solde est créditeur. Lorsque les totaux des deux colonnes sont égaux, on dit que le solde est nul.

## Le grand livre

Les comptes sont regroupés dans un document appelé le grand livre. Le grand livre constitue ainsi un outil essentiel de la comptabilité de la mutuelle. Il peut se présenter de différentes formes, dont la principale et la plus pratique, est de faire figurer chaque compte sur une fiche cartonnée, au recto et au verso. Les enregistrements se font en continu au recto puis au verso. Lorsqu'une fiche est complètement remplie, on en utilise une nouvelle, jointe à la première. Ces fiches

sont conservées soit dans un bac, soit dans un classeur (cette seconde solution étant la plus pratique).

## 2.2 Le plan comptable

---

### Définition

La tenue d'une comptabilité exige une organisation méthodique. Une des premières tâches à réaliser lors de l'ouverture de la comptabilité d'une mutuelle de santé est de déterminer la liste des comptes qui seront ouverts. Cette liste fait partie du plan comptable de la mutuelle qui présente les procédures et l'organisation comptables.

Chaque compte est identifié par un numéro de code de façon à :

- ✓ simplifier la classification;
- ✓ repérer rapidement chaque compte;
- ✓ préciser le type de comptes (classe) auquel appartient un compte donné.

Pour élaborer son plan comptable, une mutuelle doit d'abord tenir compte du Plan comptable général en vigueur dans le pays. Ce Plan comptable présente la liste des comptes, les principes et les règles ainsi que la terminologie préconisés ou imposés par l'Etat. Il peut cependant être adapté aux caractéristiques des mutuelles.

L'utilisation de ce Plan comptable général, moyennant éventuellement les adaptations nécessaires, présente plusieurs avantages. Il permet notamment de mettre en place un langage commun entre toutes les mutuelles qui adoptent les mêmes usages concernant la terminologie, l'enregistrement des opérations dans les comptes, la présentation des documents comptables, etc.

### La liste des comptes

Chaque Plan comptable général propose une liste de comptes subdivisée en classes et suit une codification qui permet la classification des opérations.

On trouvera, par exemple, au moins sept classes réparties en deux grandes catégories de comptes.

- ✓ Les comptes de bilan:
  - Classe 1: Comptes de capitaux;
  - Classe 2: Comptes d'immobilisation;
  - Classe 3: Comptes de stock;
  - Classe 4: Comptes de tiers;
  - Classe 5: Comptes financiers.

- ✓ Les comptes de gestion:
  - Classe 6: Comptes de charges;
  - Classe 7: Comptes de produits.

Chaque classe est divisée en comptes principaux numérotés de 0 à 9.

De même, ces comptes principaux sont subdivisés en comptes divisionnaires également numérotés qui peuvent encore être subdivisés en sous-comptes, en fonction des besoins d'analyse de la mutuelle.

Par exemple, concernant les prestations maladie:

Classe	Comptes principaux	Comptes divisionnaires	Sous-comptes
6. Charges	62. Services extérieurs	620. Prestations maladie	6201. Hôpital Bonne Santé 6202. CS Malika 6203. CS Saint Victor 6204. Maternité de la Paix

Une mutuelle de santé peut ainsi adapter la liste des comptes en fonction de ses propres besoins, en sachant que:

- ✓ elle ne doit ouvrir que les comptes qui lui sont nécessaires;
- ✓ il est souvent inutile de rentrer dans trop de détails;
- ✓ un trop grand nombre de comptes ouverts est une source de complications et de confusions.

### Exemple

Les pays de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA) ont adopté un plan comptable commun appelé Système Comptable Ouest Africain (SYSCOA).

Le SYSCOA répartit les comptes en neuf classes. Sept classes sont décrites ici dans la mesure où elles intéressent directement les organisations mutualistes (la classe 8 reprend les comptes d'autres charges et produits et la classe 9 regroupe des comptes de comptabilité analytique destinés au calcul des coûts dans l'industrie).

Le cadre comptable décrit ici est directement inspiré du Plan comptable SYSCOA, avec quelques aménagements afin de l'adapter à la spécificité d'une mutuelle de santé.

Cette liste des comptes n'est pas exhaustive. L'objectif est ici de faire ressortir les comptes qui intéressent directement la mutuelle.



## Classe 1 - Ressources durables

### 10. Dons et apports

Ce compte est un premier aménagement du SYSCOA standard où il est repris sous la dénomination «10. Capital»

## BILAN

Actif	Passif
	Classe 1

102 Dons. Les dons sont des biens qui doivent être valorisés ou des sommes versées à la mutuelle par des acteurs privés ou publics, sans contrepartie directe ou indirecte.

103 Apports. Ici sont comptabilisés les apports des adhérents dont le droit de reprise n'est prévu qu'en cas de dissolution de la mutuelle.

### 11. Réserves

Les réserves sont des capitaux propres constitués par la mutuelle, notamment à partir des excédents, pour faire face aux situations imprévues.

### 12. Report à nouveau

Ce compte sert à reporter sur l'année suivante, tout ou une partie du résultat de l'année qui vient de s'achever. On rencontre deux cas de figure:

121 Report à nouveau créditeur. Dans le cas d'excédents importants et lorsque le plafond des réserves a été atteint, le reste des excédents peut être reporté à l'exercice suivant, en attendant de l'affecter.

129 Report à nouveau débiteur. La totalité d'un déficit d'un exercice est reporté sur l'exercice en cours, voire les exercices suivants, avec l'espoir que ceux-ci produiront des excédents qui combleront ce report négatif.

### 13. Résultat

Le résultat de l'exercice est enregistré dans ce compte. Différents comptes sont utilisés, notamment:

130 Résultat en instance d'affectation

131 Résultat net: Excédent

135 Résultat d'exploitation

136 Résultat financier

139 Résultat net: Déficit

### 14. Subvention d'investissement

141 Subventions d'équipement. Sont inscrites dans ce compte les subventions destinées à l'achat d'immobilisation. On y inscrit également la contre-valeur des immobilisations reçues en nature. Ce compte peut être subdivisé lorsqu'une mutuelle bénéficie de la contribution de plusieurs institutions. Par exemple:

1411 Etat

1414 Commune

1417 Organismes internationaux:

1417.1 ONG «Solidarité Mutualiste»

1417.2 «Organisation Mondiale de la Mutualité»

149 Subventions d'équipement amorties. La valeur d'origine des immobilisations diminue avec leur amortissement annuel. La valeur des subventions reçues doit refléter la même dépréciation. On inscrit donc dans ce compte la contre-valeur exacte des amortissements opérés en fin d'exercice sur les différents équipements subventionnés.

## 15. Provisions réglementées

Ce compte enregistre les provisions réglementées relatives notamment aux immobilisations, aux stocks et les provisions pour investissement. La constitution de provisions est réglementée, selon le type de charges à provisionner, car ce compte pourrait servir à masquer des pratiques illicites.

## 16. Emprunts et dettes à plus d'un an

Ce compte enregistre les dettes contractées par la mutuelle dont l'échéance de remboursement est supérieure à une année complète.

167 Avances assorties de conditions particulières. Lorsqu'une mutuelle adhère à un fonds de garantie, elle peut recevoir de ce dernier une avance de trésorerie en cas de crise financière. Cette avance est enregistrée dans ce type de compte. Les modalités et le délai de remboursement de l'avance font l'objet d'une entente entre la structure gestionnaire du fonds de garantie et la mutuelle.

168 Autres emprunts et dettes. Les apports des adhérents dont la date de reprise est fixée à plus ou moins long terme sont comptabilisés ici.

## 19. Provisions financières pour risques et charges

Ces provisions ont pour but de prévoir les pertes ou des charges considérées comme probables à la fin d'un exercice mais dont le montant n'est pas toujours connu. Pour chaque provision, il faut indiquer le pourcentage de provisionnement et en donner la justification.

## Classe 2 - Actif immobilisé

### 22. Terrains

Ce compte enregistre la valeur des terrains dont dispose éventuellement une mutuelle de santé.

### 23. Bâtiments, installations techniques et agencements

Ce compte enregistre notamment la valeur d'acquisition des bâtiments, les ouvrages d'infrastructures, les installations techniques et les aménagements de bureaux de la mutuelle de santé.

### 24. Matériel

On enregistre dans ce compte la valeur d'achat du matériel dont dispose la mutuelle, notamment:

#### BILAN

Actif	Passif
Classe 2	

- 244 Matériel et mobilier
  - 2441 Matériel de bureau
  - 2442 Matériel informatique
  - 2444 Matériel bureautique
- 245 Matériel de transport
  - 2451 Cyclomoteur
  - 2452 Vélo

## 27. Immobilisations financières

Ce compte enregistre les immobilisations financières de la mutuelle sous forme notamment de prêts ou créances non commerciales ou sur l'Etat, d'intérêts ou de cautions versées.

- 271 Prêts et créances non commerciales. Ce compte est utile pour une mutuelle qui adhère à un fonds de garantie. Les contributions annuelles de la mutuelle à ce fonds continuent de lui appartenir et constituent une immobilisation.
- 272 Prêts au personnel
- 275 Dépôts et cautionnements versés (loyers, eau, électricité)
- 276 Intérêts courus
- 278 Immobilisations financières diverses

## 28. Amortissements

On enregistre dans ces comptes la perte de valeur des immobilisations de la mutuelle qui sont amortissables:

- 282 Amortissement des terrains
- 283 Amortissement des bâtiments, installations techniques et agencements
- 284 Amortissement du matériel  
Les montants des amortissements inscrits dans ces comptes viennent en diminution directe des immobilisations concernées, permettant ainsi de constater la valeur résiduelle de ces biens.

## 29. Provisions pour dépréciation

Ce compte enregistre les dépréciations de valeur des actifs tels que les terrains, les bâtiments, le matériel.

## Classe 3 - Stocks

L'utilisation des comptes de la classe 3 dans une mutuelle, dont l'activité se limite à l'assurance santé, est relativement rare. Néanmoins, si la mutuelle dispose de fournitures ou de consommables de valeur, on les enregistre dans un compte de stocks.

## 32. Fournitures

### BILAN

Actif	Passif
Classe 3	

### 33. Autres approvisionnements

#### Classe 4 - Comptes de tiers

Les comptes de la classe 4 enregistrent toutes les opérations de dettes à court terme et de créances. Les créances figurent à l'actif du bilan et les dettes au passif. On présentera ici les principaux comptes intéressant une mutuelle.

#### BILAN

Actif	Passif
Classe 4	Classe 4

#### 40. Fournisseurs, dettes en cours (passif)

Ce compte est surtout utilisé pour enregistrer les dettes de la mutuelle auprès des prestataires de soins (factures à payer). Pour mieux suivre les relations avec chaque prestataire, il est possible d'ouvrir plusieurs comptes de fournisseur, par exemple:

- 401 Hôpital Bonne Santé
- 402 Centre de santé Malika
- 403 Maternité de la Paix

#### 41. Adhérents et comptes rattachés (actif)

Ce compte est utilisé pour enregistrer notamment les cotisations à recevoir. Il s'agit d'un compte important dans la mesure où les retards de cotisations constituent un problème fréquemment rencontré par les mutuelles. Le détail des enregistrements de ce compte est fourni par le registre de cotisation (voir partie 2: La gestion des adhésions, des cotisations et des prestations).

#### 42. Personnel (actif)

- 421 Personnel, avances et acomptes. Il s'agit des avances sur salaire accordées aux membres du personnel, à distinguer des prêts.

D'autres comptes de cette classe servent à enregistrer les éventuelles dettes et créances comme les charges sociales, la TVA, les créances et dettes diverses notamment auprès de:

#### 43. Organismes sociaux

#### 44. Etat et collectivités

#### 45. Organismes internationaux

#### 47. Débiteurs et créditeurs divers

- 476 Charges constatées d'avance. Il s'agit d'un compte de régularisation utilisé en fin d'exercice pour certaines charges qui concernent à la fois l'exercice qui se termine et l'exercice suivant. Ce compte enregistre la part de la charge qui concerne l'exercice suivant. Il a ainsi pour effet de diminuer le compte de charge pour l'exercice qui se termine.

- 477 Produits constatés d'avance. Le principe de ce compte est le même que pour le précédent. Certains produits ont pu être perçus durant l'exercice qui s'achève mais concernent tout ou en partie l'exercice suivant. On enregistre donc dans ce compte les montants concernant l'exercice suivant qui sont ainsi retirés du calcul du résultat. Ce compte est surtout utilisé pour les cotisations perçues d'avance. On trouvera ainsi, par exemple:

- 4771 Cotisations perçues d'avance

## Classe 5 - Comptes de trésorerie

### 52. Banque

Ce compte doit être détaillé en fonction des différents établissements bancaires où la mutuelle a ouvert des comptes et du type de compte. La Mutuelle Espoir a, par exemple, ouvert les comptes suivants:

- 521 Banques locales
  - 5211 Caisse populaire de Mogo, compte courant
  - 5212 Caisse populaire de Mogo, compte d'épargne

### 57. Caisse

Sont enregistrées dans ce compte toutes les opérations réalisées sur la (ou les) caisse(s) de la mutuelle. Il s'agit par exemple:

- 571 Caisse siège social
  - 5711 En FCFA
  - 5712 En devises
- 572 Caisse succursale
  - 5721 En FCFA
  - 5722 En devises

## BILAN

Actif	Passif
Classe 5	

## Classe 6 - Comptes de charges des activités ordinaires

### 60. Achats et variations de stocks

Tous les achats de fournitures de bureau (papeterie, stylos, etc.), de carburant, de fournitures diverses, ainsi que les éventuelles factures d'électricité, d'eau, etc., entrent dans cette première catégorie de charges. En fonction de ces différents achats, la mutuelle peut ouvrir différents comptes tels que:

- 601 Cartes d'adhérent
  - 602 Documents de gestion (imprimerie)
  - 603 Documents de gestion (papeterie)
  - 604 Fournitures de bureau diverses
  - 605 Carburant (pétrole lampant)
  - 606 Téléphone
- etc.

### 61. Transports

Entrent dans cette catégorie tous les frais de déplacement. Une typologie peut éventuellement être faite en fonction de l'objet des déplacements: animation, formation, administration, etc.

## COMPTE DE RESULTAT

Charges	Produits
Classe 6	

## **62. Services extérieurs**

### 620 Prestations maladie

On enregistre ici tous les paiements de factures aux différents prestataires (ou remboursement aux adhérents). Des sous-comptes peuvent être créés afin de distinguer chaque prestataire. On peut créer un compte pour chaque service de santé couvert chez chaque prestataire. L'intérêt d'un tel détail reste à vérifier en fonction des prestations de la mutuelle. Il est surtout intéressant lorsque la gestion est informatisée. La Mutuelle Espoir, par exemple, a ouvert les comptes suivants:

#### 6201 Hôpital Bonne Santé

62011 Pédiatrie

62012 Médecine générale

etc.

#### 6202 Centre de santé Malika

62021 Petite hospitalisation

62022 Accouchements

#### 6203 Centre de santé Saint Victor

#### 6204 Maternité de la Paix

### 622 Locations et charges locatives

### 625 Primes d'assurance

La mutuelle enregistre dans ce compte les primes d'assurance notamment sur le matériel de transport, les risques d'exploitation, etc. Lorsqu'une mutuelle se réassure auprès d'un autre organisme (voir partie 6: La gestion des risques), elle enregistre ici les primes qu'elle verse. Ce compte ne doit pas être confondu avec d'éventuelles assurances souscrites pour le personnel salarié de la mutuelle (qui feraient l'objet d'un compte 66).

## **63. Autres services extérieurs**

On trouvera dans cette catégorie notamment:

631 Frais bancaires

633 Frais de formation du personnel

## **64. Impôts et taxes**

## **65. Autres charges**

## **66. Charges de personnel**

661 Rémunérations directes versées au personnel (6611 Salaires, 6612 Primes, etc.)

663 Indemnités (6631 Logement, 6632 Représentation, etc.)

664 Charges sociales

## **67. Frais financiers et charges assimilées**

671 Intérêts des emprunts

674 Autres intérêts

### 68. Dotations aux amortissements

Ce compte regroupe toutes les dotations aux amortissements d'exploitation et à caractère financier.

### 69. Dotations aux provisions

Ce compte regroupe les dotations aux provisions d'exploitation et financières.

## Classe 7 - Comptes de produits

### 70. Vente

Ce compte regroupe les prestations rémunérées des services auxiliaires offertes par la mutuelle à ses adhérents, voire également à des non-adhérents, tels que le transport des malades, les services de garde-malade, etc. Il inclut également les produits d'activités promotionnelles (tombolas, fêtes, etc.), la location des immeubles ou du matériel de la mutuelle à des tiers, etc.

### 71. Subventions d'exploitation

Une distinction est à faire suivant les institutions ayant fourni les subventions.

### 75. Cotisations et droits d'adhésion

751 Cotisations

752 Droits d'adhésion

### 77. Revenus financiers et produits assimilés

771 Intérêts de prêts

#### COMPTE DE RESULTAT

Charges	Produits
	Classe 7



## Le déroulement des opérations comptables

Le processus comptable, du bilan d'ouverture au bilan de clôture d'un exercice, repose sur le classement des opérations et leur enregistrement dans des comptes.

Les travaux d'enregistrement doivent suivre une procédure précise et nécessitent l'emploi de plusieurs documents comptables. Ces travaux sont quotidiens, mensuels et annuels. On s'intéressera ici aux travaux comptables quotidiens et mensuels; les travaux annuels qui concernent la clôture et l'ouverture d'un exercice seront abordés dans les deux chapitres suivants.

Dans le cadre d'un système de comptabilité en partie double classique, les travaux permanents (quotidiens et mensuels) d'enregistrement et de classement des opérations reposent sur deux documents principaux: le journal et le grand livre. En fonction de la taille, de la diversité des services offerts, du nombre d'opérations réalisées quotidiennement, etc., une mutuelle de santé peut opter pour des variantes de ce système d'enregistrement comptable. Ce choix dépend également des compétences disponibles au sein de la mutuelle.

Le manque de compétences est souvent considéré comme un frein à la mise en place d'une comptabilité, toutes les mutuelles n'ayant pas les moyens d'embaucher un comptable. Il existe cependant une alternative qui consiste à partager les travaux comptables entre la

mutuelle et une structure externe qualifiée (bureau comptable, union de mutuelles ou autre). Dans ce cas, les administrateurs de la mutuelle réalisent un enregistrement simplifié des opérations et confient à la structure externe les travaux qui demandent des compétences plus poussées en comptabilité.

### 3.1 La comptabilité classique

---

Le système classique repose sur les principes suivants:

- les enregistrements et les écritures comptables sont réalisés par une seule personne;
- chaque opération fait l'objet d'un double enregistrement:
  - ✓ dès qu'une opération survient ou est connue, elle est inscrite dans un document appelé journal, on dit qu'elle est «enregistrée» ou «journalisée»;
  - ✓ elle est ensuite reportée dans un grand livre réunissant l'ensemble des comptes suivant les mécanismes de la partie double (c'est-à-dire d'un enregistrement dans deux comptes) présentés dans le chapitre précédent.

#### Le journal

Le journal est le premier document utilisé dans le cadre du système classique. Il a pour fonction d'enregistrer toutes les opérations comptables, quelle que soit leur nature, dans l'ordre chronologique et au jour le jour.

#### Présentation

Le journal est un livre dont les pages sont numérotées et présentées toutes de la même façon. Les écritures passées pour une opération constituent un article du journal. Chaque page se présente comme un tableau comprenant:

- ✓ une colonne «Numéro de compte» dans laquelle sont inscrits les numéros des comptes affectés par l'opération, en fonction du plan comptable de la mutuelle;
- ✓ une colonne «Libellé» dans laquelle sont inscrits les noms du ou des comptes débités et du ou des comptes crédités (chaque opération concernant au moins deux comptes). Une brève description de l'opération est également donnée;
- ✓ une colonne «Débit» dans laquelle sont inscrits les montants à débiter;
- ✓ une colonne «Crédit» dans laquelle sont inscrits les montants à créditer.

La date de l'opération est mentionnée sur une ligne séparant chaque article.

#### Règles d'utilisation

- ✓ Chaque opération doit être enregistrée dans le journal dès qu'elle est réalisée ou connue.



- ✓ Pour chaque opération, on inscrit d'abord le compte débité puis, à la ligne suivante, le compte crédité.
- ✓ Les enregistrements se font sur la base de pièces justificatives qui seront soigneusement conservées. Un numéro de référence est attribué dans le journal à chaque pièce justificative et est reporté sur celle-ci.
- ✓ Aucune page ne peut être déchirée. On ne peut également laisser des blancs, mettre des inscriptions en marge, effacer ou raturer des écritures.
- ✓ Les écritures du journal doivent être reportées dans le grand livre. Pour ce faire, il faut régulièrement relever successivement les articles en les pointant (on met un point devant chaque somme reportée, ce qui évite de la reporter une nouvelle fois par erreur) dès que le report est effectué.

### Exemple

Les cotisations collectées chaque jour (durant les cinq premiers jours de chaque mois) par une mutuelle sont enregistrées dans le journal le soir. Le total des cotisations payées le 5 janvier s'élevait à 130 000 UM.

Le 6 janvier, la mutuelle reçoit la facture du mois de décembre de l'hôpital. Cette facture s'élève à 50 000 UM. Elle ne sera payée que dans plusieurs jours, aussi est-elle comptabilisée comme une dette à court terme.

Ces opérations ont été enregistrées de la façon suivante dans le journal.

### Journal

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	..... 5 janvier 2002 .....			
57	Caisse		130 000	
751		Cotisation — Cotisations encaissées durant la journée du 5 janvier		130 000
	..... 6 janvier 2002 .....			
6201	Prestations maladie - Hôpital Bonne Santé		50 000	
401		Facture à payer — Facture de décembre de l'Hôpital Bonne Santé		50 000

Le système comptable classique correspond parfaitement à l'esprit de la comptabilité en partie double. Il demande cependant le travail d'une personne suffisamment qualifiée en matière de comptabilité. Des adaptations de ce système sont toutefois possibles afin de le mettre à la portée notamment des petites mutuelles.

Une mutuelle peut notamment mettre en place une comptabilité «américaine» ou une comptabilité de trésorerie. Elle peut également confier une partie des travaux comptables à une structure extérieure.

## 3.2 La comptabilité «américaine»

---

Ce système est une variante du système classique, adapté aux petites organisations dont la gestion ne nécessite que l'ouverture d'un nombre très réduit de comptes.

La comptabilité «américaine» simplifie les enregistrements en réunissant le journal et le grand livre dans un seul document appelé journal-grand livre ou journal «américain». Ce type de comptabilité présente plusieurs avantages:

- elle ne demande pas une formation comptable aussi poussée que dans le cas de la comptabilité classique;
- le nombre de documents est réduit;
- l'ensemble de la comptabilité apparaît d'un seul coup d'œil; les recherches d'erreurs et les contrôles sont facilités.

Toutefois, le nombre de colonnes sur ce document est nécessairement limité. Pour compenser ce manque de place, certains utilisateurs ne font apparaître que les comptes les plus souvent utilisés et regroupent l'enregistrement des autres opérations dans une colonne «Divers à ventiler». Cette solution n'est valable que si ces opérations sont rares.

### Le journal-grand livre

Le journal-grand livre est le principal document utilisé dans le cadre de la comptabilité «américaine».

#### Présentation

Il existe plusieurs présentations possibles du journal-grand livre. Le modèle proposé ici est le plus courant. Il se présente sous la forme d'un livre dont chaque page comporte un tableau qui mentionne pour chaque opération:

- ✓ la date;
- ✓ le numéro d'ordre;
- ✓ le libellé.

Il comporte également deux grandes rubriques:

- ✓ le bilan;
- ✓ le compte de résultat.

Chaque rubrique comporte les comptes de la mutuelle qui augmentent ou diminuent en fonction des opérations enregistrées.

## Règles d'utilisation

Quel que soit le modèle adopté, les règles d'utilisation ci-dessous doivent être suivies:

- ✓ chaque opération doit être immédiatement enregistrée dans le journal-grand livre;
- ✓ les enregistrements se font sur la base de pièces justificatives qui seront soigneusement conservées. Un numéro de référence est attribué dans le journal-grand livre à chaque pièce justificative et sert de référence pour son classement;
- ✓ le tableau doit être soldé périodiquement, c'est-à-dire chaque fin de semaine, de mois ou autre, en fonction du nombre d'opérations. Cela permet de réaliser des contrôles de caisse ainsi que des rapprochements bancaires;
- ✓ le tableau de chaque nouvelle page débute obligatoirement par le report du solde de chaque compte du tableau de la page précédente;
- ✓ les colonnes «divers», lorsqu'elles sont prévues, ne doivent servir qu'occasionnellement. Dans le cas contraire, le journal-grand livre devient rapidement inadapté et la mutuelle doit mettre en place un autre système comptable.

### Exemple

Une mutuelle de santé a mis en place une organisation et des modalités de fonctionnement très simples. Le plan comptable de cette mutuelle est également très simple et comprend les comptes suivants:

#### Comptes de bilan

Réserves  
Produits constatés d'avance  
Factures à payer (dettes à court terme)  
Caisse  
Banque  
Cotisations à recevoir

#### Comptes de gestion

Cotisations  
Droits d'adhésion  
Autres produits  
Prestations maladie  
Fournitures  
Frais de déplacement  
Autres charges

Au mois de février, le trésorier de la mutuelle inscrit les opérations suivantes:

- cotisations émises du mois de février: 90 000 UM dont 85 000 effectivement versées par les adhérents;
- paiement de la facture de l'hôpital du mois de janvier: 50 000 UM;
- paiement de la facture du centre de santé: 15 000 UM;
- frais de déplacement du trésorier: 1 000 UM;
- virement de 25 000 UM de la caisse vers la banque.



### 3.3 La comptabilité de trésorerie

---

Une des particularités des mutuelles de santé est que la plus grande partie de leurs opérations économiques se traduit par une entrée ou une sortie d'argent. Cela permet l'emploi d'une autre variante de la comptabilité classique appelée comptabilité de trésorerie.

La comptabilité de trésorerie repose sur une subdivision du journal en trois journaux partiels:

- un journal de caisse qui enregistre les opérations à l'origine des entrées et des sorties d'argent de la caisse;
- un journal de banque (il peut y en avoir plusieurs si la mutuelle dispose de plusieurs comptes bancaires) qui enregistre les mouvements au niveau du compte bancaire;
- un journal des opérations diverses qui enregistre toutes les opérations qui n'entraînent ni une sortie ni une entrée d'argent.

Les opérations sont enregistrées au jour le jour et chronologiquement dans les journaux partiels puis sont reportées immédiatement ou périodiquement dans le grand livre. Ce système est le plus fréquemment rencontré dans les expériences mutualistes actuelles, quoique sa mise en œuvre soit incomplète dans la plupart des cas. On rencontre en effet souvent un journal (appelé également livre) de caisse et un journal de banque, mais très rarement un journal des opérations diverses et pratiquement jamais un grand livre. Le grand livre est cependant nécessaire afin de préparer les comptes annuels de la mutuelle (compte de résultat et bilan).

#### **Le journal de caisse et le journal de banque**

Ces deux journaux se présentent de la même façon et remplissent les mêmes fonctions consistant à:

- ✓ enregistrer au jour le jour et chronologiquement toutes les opérations qui se traduisent par une entrée ou une sortie d'argent de la caisse ou d'un compte bancaire, que ce soit en espèces, par chèque ou virement;
- ✓ conserver toutes les informations (dates, numéro de pièce justificative, nature de l'opération) relatives à chaque opération;
- ✓ faciliter les reports des opérations dans le grand livre;
- ✓ rendre disponible à tout moment une vue globale de la trésorerie de la mutuelle;
- ✓ réaliser un contrôle portant sur les encaissements, les décaissements et les soldes en caisse et en banque.

#### **Présentation**

Le journal de caisse et celui de banque se présentent chacun sous la forme d'un registre préimprimé dont les pages sont prénumérotées. Les pages peuvent être en double lorsque la mutuelle confie la mise en forme de sa comptabilité à une structure externe (cabinet comptable, union, etc.).

Chaque page comporte un tableau subdivisé en plusieurs colonnes:

- ✓ «Date»: date à laquelle l'opération est réalisée;

- ✓ «Numéro de pièce justificative»: numéro d'ordre de l'opération qui servira de référence pour le classement des pièces justificatives;
- ✓ «Libellé»: description de la nature de l'opération réalisée;
- ✓ «Entrées»: montant correspondant à une entrée d'argent;
- ✓ «Sorties»: montant correspondant à une sortie d'argent;
- ✓ «Solde»: périodiquement (fin de journée, de semaine, de mois) est inscrit le nouveau solde de la caisse ou du compte bancaire (entrées - sorties).

### **Règles d'utilisation**

- ✓ Toutes les opérations qui entraînent une entrée ou une sortie d'argent doivent être enregistrées dans le journal de caisse ou celui de banque, immédiatement après la réalisation de l'opération.
- ✓ Les enregistrements des opérations s'effectuent ligne après ligne, en ordre chronologique.
- ✓ Si les enregistrements du mois nécessitent plusieurs pages, il faut calculer les totaux des colonnes «Entrées» et «Sorties» et les inscrire sur la dernière ligne de la page avec le solde correspondant. On doit ensuite les reporter sur la première ligne de la page suivante avant de poursuivre l'enregistrement de nouvelles opérations.
- ✓ Chaque enregistrement doit se faire avec les précisions utiles: dates, numéro de pièces justificatives, description de l'opération, etc.
- ✓ Les «descriptions» d'opérations de même nature doivent toujours être exactement les mêmes.
- ✓ Périodiquement (par jour pour le journal de caisse et au moins par mois pour le journal de banque) le solde doit être calculé. On peut éventuellement le calculer après chaque opération.
- ✓ Chaque fin de mois, on doit procéder à une clôture du journal. Le solde du mois correspond à celui calculé avec le dernier enregistrement. Ce solde doit être vérifié:
  - en totalisant tous les montants de la colonne «Entrées»;
  - en totalisant tous les montants de la colonne «Sorties»;
  - en opérant la soustraction: Total des entrées – Total des sorties = Solde du mois.
- ✓ L'ouverture d'un nouveau mois débute par le report du solde du mois précédent sur la première ligne d'une nouvelle page (on ne reporte pas les totaux des colonnes entrées et sorties).

## Exemple

La Mutuelle de santé de l'association des petites commerçantes de Niogo a mis en place une comptabilité de trésorerie qui correspond le mieux à ses activités et à son mode de fonctionnement. Cette mutuelle ne couvre que les hospitalisations à l'hôpital de Niogo. Les adhésions ont débuté en janvier 2002; la mutuelle a opté pour une période d'observation d'un mois, les premières prises en charge débiteront donc en février.

Un CE tient à jour différents registres (adhésions, droits d'adhésion et cotisations, prestations). La mutuelle réunit tous les membres le premier dimanche de chaque mois, c'est à ce moment que sont versés les droits d'adhésion (1000 UM/adhérente) et les cotisations (100 UM/mois/bénéficiaire).

Durant le premier trimestre de l'année 2002, elle a enregistré les opérations suivantes:

- 09/01 Paiement des droits d'adhésion des premières adhérentes: 75 000 UM versés dans la caisse.
- 09/01 Paiement des cotisations du mois de janvier (450 bénéficiaires): 45 000 UM versés dans la caisse.
- 12/01 Déplacement de la trésorière de la mutuelle pour déposer les fonds à la caisse populaire, frais de taxi: 500 UM.
- 12/01 Virement de la caisse sur le compte courant à la caisse populaire: 110 000 UM.
- 12/01 Achat de fournitures de bureau: 5 000 UM.
- 06/02 Paiement des droits d'adhésion des nouvelles adhérentes de février: 30 000 UM versés dans la caisse.
- 06/02 Paiement des cotisations de février (630 bénéficiaires): 63 000 UM versés dans la caisse.
- 09/02 Déplacement de la trésorière de la mutuelle pour déposer les fonds à la caisse populaire, frais de taxi: 500 UM.
- 09/02 Virement de la caisse sur le compte courant à la caisse populaire: 93 000 UM.
- 05/03 Paiement des cotisations de mars (630 bénéficiaires): 63 000 UM versés dans la caisse.
- 07/03 Déplacement de la trésorière de la mutuelle pour déposer les fonds à la caisse populaire, frais de taxi: 500 UM.
- 07/03 Virement de la caisse sur le compte courant à la caisse populaire: 10 000 UM.
- 10/03 Déplacement de la trésorière de la mutuelle pour rembourser la facture de février de l'hôpital, frais de taxi: 200 UM.
- 10/03 Paiement de la facture de février de l'hôpital: 45 000 UM.

Les modèles de journaux de caisse et de banque suivants illustrent l'enregistrement comptable de ces différentes opérations.

## Journal de caisse

Date	N° PJ	Libellé	Entrées	Sorties	Solde
09/01		Droits d'adhésion	75 000		75 000
		(Registre de cotisation)			
09/01		Cotisations janvier	45 000		120 000
		(Registre de cotisation)			
12/01	01	Taxi		500	119 500
12/01	02	Virement interne		110 000	9 500
12/01	03	Achat fournitures		5 000	4 500
06/02		Droits d'adhésion	30 000		34 500
		(Registre de cotisation)			
06/02		Cotisations février	63 000		97 500
		(Registre de cotisation)			
09/02	04	Taxi		500	97 000
09/02	05	Virement interne		93 000	4 000
05/03		Cotisations mars	63 000		67 000
		(Registre de cotisation)			
07/03	06	Taxi		500	66 500
07/03	07	Virement interne		10 000	56 500
10/03	08	Taxi		200	56 300
10/03	09	Facture février Hôpital		45 000	11 300
<b>Totaux</b>			276 000	264 700	11 300
<b>A reporter</b>					11 300

### Journal de banque (caisse populaire)

Date	N° PJ	Libellé	Entrées	Sorties	Solde
12/01	02	Virement interne	110 000		110 000
09/03	05	Virement interne	93 000		203 000
07/03	07	Virement interne	10 000		213 000
<b>Totaux</b>			213 000		213 000
<b>A reporter</b>					213 000



## **Le journal des opérations diverses**

Le journal des opérations diverses se présente de la même façon que le journal du système comptable classique. Dans le cadre d'une comptabilité de trésorerie, ce journal n'enregistre, jour après jour, que les opérations qui n'impliquent ni entrée ni sortie d'argent. Il précise la date, l'origine, la nature de l'opération, les comptes affectés et la pièce justificative.

Comme il a été vu précédemment, la tenue de ce journal nécessite des connaissances en matière de comptabilité en partie double. De ce fait, la comptabilité de trésorerie ne simplifie la gestion des mutuelles que si celles-ci réalisent un nombre restreint d'opérations diverses. Ces dernières peuvent être notamment des opérations effectuées lors de la clôture puis de la réouverture des comptes. Ces enregistrements peuvent être confiés, si nécessaire, à une structure externe.

### **3.4 Le partage des travaux de comptabilité entre la mutuelle et une structure externe**

---

Quel que soit le système de comptabilité employé, il se pose toujours le problème des compétences en cette matière notamment du fait que l'inscription des opérations dans le journal nécessite de maîtriser, à des degrés divers, le principe de la partie double. Si la comptabilité américaine réduit cette exigence, elle n'est applicable que lorsque les opérations «diverses» sont peu nombreuses et peu variées. Il s'agit donc d'une solution n'intéressant qu'un nombre limité de mutuelles.

Pour les autres, une alternative intéressante, afin de contourner les problèmes de compétences, est de confier à une structure externe les travaux comptables qui exigent des connaissances en comptabilité. Cette structure peut être un cabinet comptable, une union de mutuelles, une organisation d'appui, etc. Cette solution n'est toutefois intéressante que sous certaines conditions:

- elle ne doit pas entraîner des coûts trop importants pour la mutuelle;
- la structure externe doit informer la mutuelle de l'évolution des comptes et la conseiller au cours de chaque exercice;
- les comptes annuels et le résultat de l'exercice doivent être rapidement mis à la disposition de la mutuelle.

L'intervention d'une structure externe ne doit pas conduire la mutuelle à se désintéresser de sa comptabilité. Ses administrateurs doivent être capables de comprendre les travaux de comptabilité exécutés par la structure externe (c'est-à-dire disposer des notions de base présentées dans ce guide).

L'intervention d'une structure externe dans la gestion d'une mutuelle peut se réaliser essentiellement à deux niveaux:

- pour la réalisation des travaux de fin d'exercice et l'établissement des comptes annuels. Dans ce cas de figure, la mutuelle enregistre elle-même ses opérations dans son ou ses journaux et son grand livre puis confie à la structure externe les travaux liés à la clôture de l'exercice (voir les deux chapitres suivants).
- lorsque la mutuelle ne dispose pas des compétences suffisantes pour réaliser les enregistrements comptables, elle confie ceux-ci à la structure externe. Dans le cadre d'une comptabilité classique, l'intervention de la structure externe se situe au niveau du

journal et du grand livre. Dans le cadre d'une comptabilité de trésorerie, la mutuelle réalise les enregistrements dans le journal de caisse et celui de banque, dont la manipulation est simple, mais confie la tenue du journal des opérations diverses à la structure externe. Quel que soit le système comptable, la structure externe doit disposer des informations nécessaires afin de réaliser les écritures dans les documents comptables qui lui sont confiés. Pour ce faire, la mutuelle utilise un document appelé brouillard qui lui permet de réaliser un premier niveau d'enregistrement de ses opérations.

## Le brouillard

Le brouillard, appelé aussi main-courante, est un document très simple d'utilisation qui sert à enregistrer dans un premier temps les opérations sous forme de brouillon.

Il peut être tenu sur un simple cahier par une personne n'ayant pas de formation comptable. Celle-ci inscrit les opérations au fur et à mesure de leur survenue. La forme du brouillard ainsi que le mode de présentation et de description des opérations sont au préalable convenus entre la mutuelle et l'opérateur externe afin que ce dernier puisse l'exploiter pour la tenue du journal et du grand livre.

Pour passer de cet enregistrement aux travaux comptables de la structure externe, on utilise un carbone pour établir un double de chaque page (on peut également utiliser un cahier à pages carbonées vendu dans le commerce). Le double des pages est remis périodiquement à la structure externe. La mutuelle conserve ainsi en permanence son brouillard pour continuer à enregistrer ses opérations.

Ce système de duplication est également utilisé pour les journaux de caisse et de banque lorsque la mutuelle pratique une comptabilité de trésorerie.

### Exemple

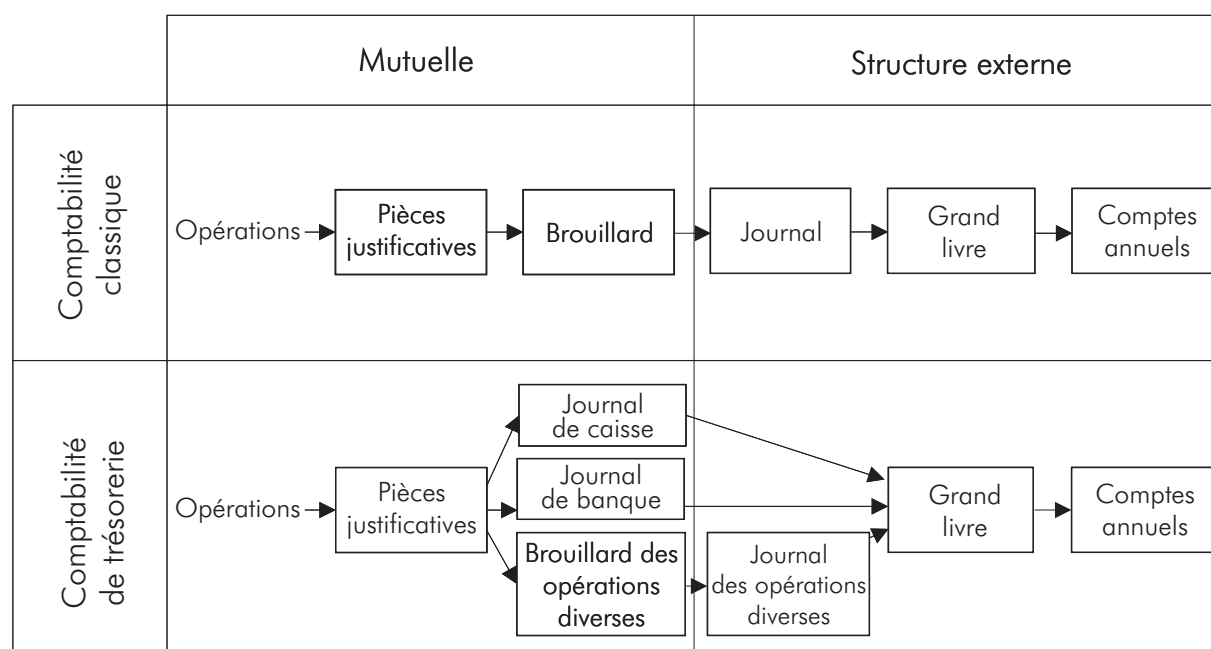
Plusieurs mutuelles d'une capitale ont constitué une union qui joue notamment le rôle de service commun de gestion. Chaque mutuelle peut ainsi confier à l'union une partie de ses travaux comptables, moyennant le paiement d'une cotisation annuelle calculée en fonction de ses dépenses en prestations maladie. Cette cotisation sert également à la constitution d'un fonds de garantie.

Une mutuelle d'artisans adhère à cette union et remet chaque fin de mois un double de son brouillard sur lequel sont enregistrées par le trésorier toutes les opérations du mois. L'exemple suivant est extrait de ce brouillard.

Le 05 mars 2002	Cotisations des adhérents encaissées pendant la réunion de la mutuelle : 115 000 UM. 5 adhérents n'ont pas payé et doivent en tout 5 000 UM
Le 12 mars 2002	Paiement de la facture de l'hôpital (n° 72) : 56 000 UM
Le 16 mars 2002	J'ai acheté trois stylos : 1 000 UM
Le 19 mars 2002	Un adhérent a payé la totalité de ses cotisations en retard : 2 000 UM
Le 26 mars 2002	Le président et le secrétaire ont pris le taxi (aller/retour) pour la réunion de l'union : 2 500 UM

Le schéma suivant illustre la répartition des travaux entre la mutuelle et la structure externe dans le cadre d'une comptabilité classique et d'une comptabilité de trésorerie quand la mutuelle ne dispose pas de compétences suffisantes.

### Travaux comptables internes et externes



## 3.5 Les autres documents comptables

### Le registre de cotisation

Le registre de cotisation utilisé dans le cadre de la gestion des cotisations peut également servir comme document comptable et jouer le rôle d'un journal auxiliaire.

Il sert en effet à enregistrer une par une les cotisations émises par la mutuelle et payées par les adhérents ainsi que les retards de cotisations. Il serait fastidieux d'enregistrer de nouveau ces informations dans le journal ou le brouillard. Aussi, est-il possible de n'inscrire dans ces documents que le total (mensuel, hebdomadaire ou autre, en fonction de la périodicité de cotisation) des cotisations émises, encaissées et des arriérés du registre de cotisation. Le nombre d'écritures est ainsi considérablement réduit et il est possible de se référer au registre de cotisation pour les détails.

Dans le cas où une structure externe intervient, un double du registre de cotisation doit être également transmis à celle-ci.

## Les pièces justificatives

Quel que soit le système comptable mis en place, tous les enregistrements sont réalisés sur la base de pièces justificatives. Une pièce justificative est un document qui atteste l'effectivité d'une opération. Elle décrit celle-ci en donnant son origine, sa destination et son montant.

Les pièces justificatives ont deux origines: externes et internes.

- ✓ Les pièces externes. Il s'agit essentiellement des factures des différents fournisseurs de biens et de services de la mutuelle, dont les principaux sont les prestataires de soins (voir partie 2: La gestion des adhésions, des cotisations et des prestations). Une autre catégorie de pièces externes concerne les relevés bancaires et les livrets d'épargne qui donnent une situation des comptes bancaires de la mutuelle et permettent de réaliser périodiquement des rapprochements bancaires.
- ✓ Les pièces internes. Il s'agit des reçus, des bons de caisse, des notes de frais, etc. Elles sont établies par la mutuelle afin de justifier des opérations internes ou des achats sans justificatif (déplacements en taxi, etc.). Ces pièces nécessitent un contrôle rigoureux notamment de la part du CS de la mutuelle. Elles peuvent être à l'origine de fraudes.

Les pièces justificatives se présentent sous diverses formes mais doivent toutes contenir au moins les informations suivantes:

- ✓ la nature de l'opération;
- ✓ le nom, les coordonnées et autres informations utiles concernant le bénéficiaire de l'opération;
- ✓ le motif de l'opération;
- ✓ le montant en chiffres et en lettres;
- ✓ la date;
- ✓ le cachet et/ou la signature du bénéficiaire de l'opération et/ou du responsable concerné de la mutuelle.

### Règles d'utilisation

- ✓ Chaque opération doit faire l'objet d'une pièce justificative.
- ✓ Les pièces justificatives doivent être soigneusement conservées. Lors de l'enregistrement d'une opération, la pièce justificative reçoit un numéro d'ordre puis est classée, par ordre chronologique.

## Exemples

### Carnet de reçus

Le reçu est un document sur lequel sont enregistrées les informations relatives à une entrée ou à une sortie d'argent. Il se présente généralement sous forme de carnet à souches qui se trouve facilement dans le commerce.

Reçu n°: .....	BPF: .....	N°: .....
Montant: .....	Reçu de: .....	
Motif: .....	La somme de: .....	
.....	.....	
.....	.....	
Date: .....	Pour: .....	
Signature et cachet:	Date:	Signature

### La note de frais

La note de frais est utile pour regrouper un ensemble de dépenses occasionnées par l'exécution d'une tâche. Par exemple, chaque mois, un membre du CE est chargé d'aller au chef-lieu de la région pour payer la facture de l'hôpital et réaliser, si besoin est, différentes courses pour la mutuelle. Une note de frais est établie à chaque déplacement comprenant: les frais de taxi, la nourriture, etc.

Mutuelle de santé de: .....

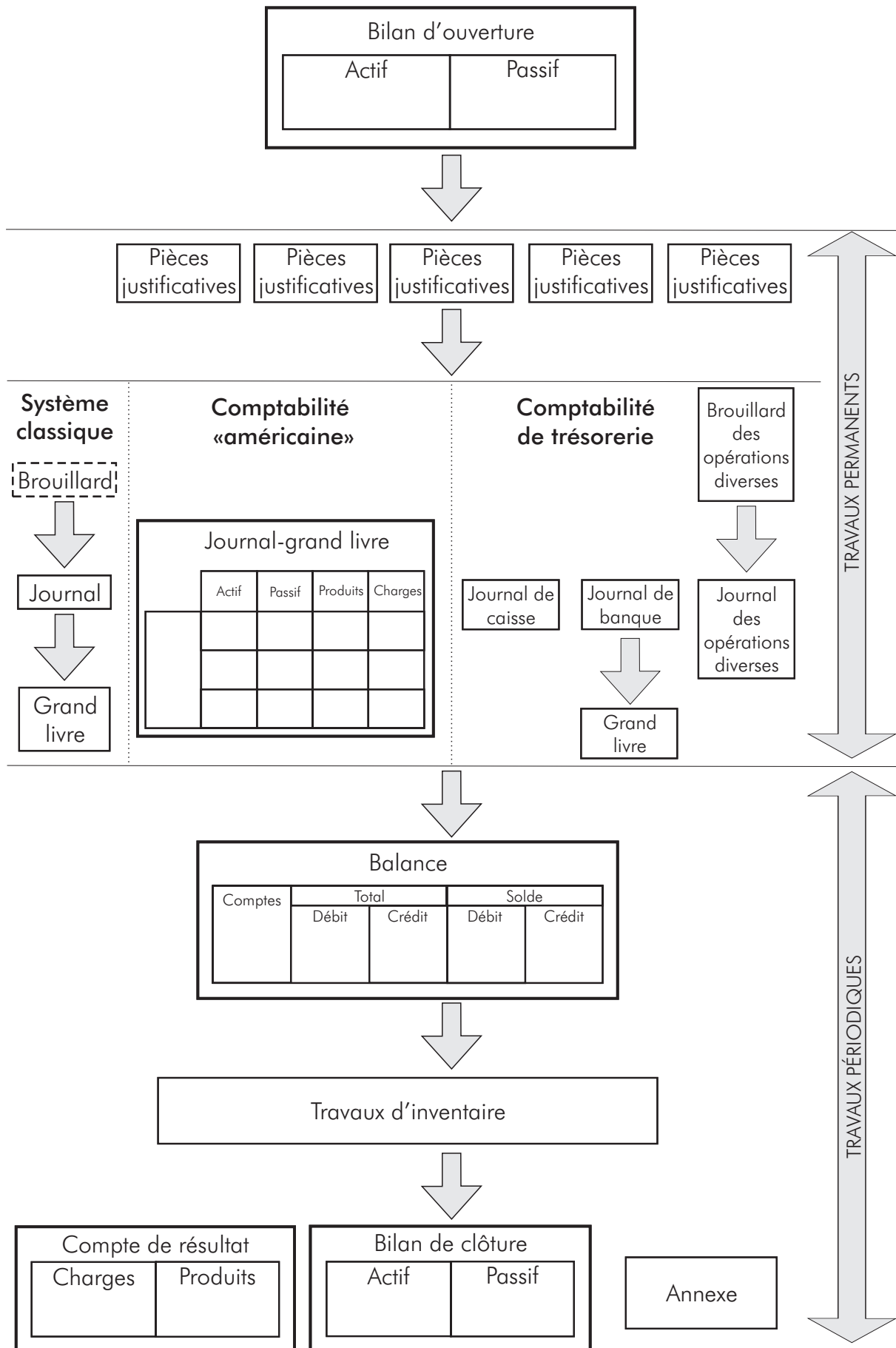
Nom du collaborateur: .....

Date	Commentaires	Type de frais	Montant <sup>1)</sup>
Total			
Avance: .....			
Solde: .....			
Signature du collaborateur		Visa du responsable	

<sup>1)</sup> Joindre à cette note l'ensemble des pièces justificatives

Le schéma ci-dessous illustre les systèmes comptables abordés précédemment en les situant par rapport à l'ensemble des travaux comptables. Les travaux qui suivent les écritures dans le grand livre (balance, inventaire et comptes annuels) sont présentés dans les deux chapitres suivants.

## Les systèmes comptables



# 4

## Les travaux de fin d'exercice

Au cours de l'exercice, les gestionnaires ont enregistré les opérations réalisées par la mutuelle afin d'établir un nouveau bilan en fin d'exercice. Il n'est cependant pas possible de dresser directement ce bilan de clôture. Il est auparavant nécessaire de réaliser un certain nombre de travaux comptables et extracomptables :

- la révision générale des comptes;
- la régularisation des comptes;
- la détermination des amortissements et des provisions.

Une mutuelle, dans le cadre spécifique de son activité d'assurance, ne dispose généralement pas de stocks. On ne s'intéressera donc pas ici à l'inventaire matériel qui constitue pour d'autres organisations économiques le premier travail de fin d'exercice à réaliser. Ce travail sera cependant nécessaire pour une mutuelle qui gère, par exemple, un dépôt de médicaments.

Les travaux de fin d'exercice nécessitent des connaissances approfondies en comptabilité et devront être confiés à un comptable qualifié. Ce chapitre se limite à apporter des connaissances de base concernant la nature et l'utilité de ces travaux.

Les numéros de comptes utilisés dans le chapitre sont issus du plan comptable proposé en exemple dans le chapitre 2 «Le fonctionnement des comptes». Ils peuvent différer en fonction des plans comptables en vigueur dans chaque pays. Une présentation simplifiée des comptes du grand livre est adoptée. Il s'agit de la présentation en «T» dans laquelle ne figure que les montants inscrits au débit et au crédit.

### 4.1 La révision générale des comptes

La révision générale des comptes consiste à passer en revue les comptes d'actif et de passif du bilan après un an de fonctionnement. Il s'agit principalement de :

- vérifier la concordance des comptes financiers;
- contrôler les comptes d'immobilisations;
- vérifier les comptes de tiers.

L'objectif de ce travail, pour une mutuelle qui dispose d'une comptabilité normalisée (avec un ou plusieurs journaux et un grand livre), est d'apporter des corrections et d'introduire des éléments additionnels (provisions par exemple) nécessaires pour rendre les comptes annuels (compte de résultat et du bilan) plus exacts et conformes aux pratiques comptables.

#### La révision des comptes financiers

La plupart des opérations de la mutuelle se traduisent par des encaissements ou des décaissements. De ce fait, les comptes financiers, c'est-à-dire ceux relatifs à la caisse et aux comptes bancaires, ont fait l'objet de nombreux enregistrements durant l'exercice. Il est par conséquent important de contrôler que les soldes de ces comptes concordent avec les espèces en caisse et les montants en banque.

Il est important de noter que ce contrôle ne s'effectue pas uniquement en fin d'exercice. Il doit être réalisé régulièrement en cours d'année par les gestionnaires de la mutuelle.


## Le contrôle de la caisse

Le contrôle de la caisse consiste à réaliser un décompte de l'argent liquide contenu dans celle-ci et de le comparer avec le solde débiteur du compte «Caisse». Le solde du compte «Caisse» doit correspondre exactement à l'argent disponible dans la caisse à la date considérée. En cas d'écart, une justification doit être apportée par le responsable concerné (trésorier ou gérant). La différence constatée devra être portée au débit ou au crédit d'un compte de la classe 6 ou 7, suivant les cas.

Le contrôle de la caisse s'effectue à l'aide d'un document appelé bordereau de caisse (ou fiche de contrôle de caisse).

### Exemple

Le CE d'une mutuelle réalise le jour de clôture d'un exercice un dernier contrôle de la caisse. Il en ressort que le montant en caisse est de 9 000 UM supérieur à celui du compte «Caisse», comme l'indique le bordereau ci-dessous. Puisque la mutuelle réalise ce contrôle chaque fin de mois, cette différence ne peut résulter que d'une opération effectuée le dernier mois de l'exercice. Le CE vérifie toutes les opérations inscrites dans le journal de caisse et constate l'erreur d'écriture suivante: une cotisation de 9 000 UM a été encaissée par le trésorier qui l'a enregistrée dans le registre de cotisation mais a oublié de l'inscrire dans le journal de caisse.

BORDERAU DE CAISSE		
Date :	31/12/02	
Nombre de pièces ou de billet	Montant de la pièce ou du billet	Somme totale
3 Pièces	5	15
5 Pièces	10	50
- Pièces	25	-
1 Pièces	50	50
6 Pièces	100	600
10 Pièces	500	5 000
7 Pièces	1 000	7 000
3 Pièces	5 000	15 000
1 Pièces	10 000	10 000
<b>Total des espèces disponibles en caisse</b>		<b>37 715 (A)</b>
Solde comptable, le :	31/12/02	28 715 (B)
En cas d'écart entre A et B, motifs :		
<i>Une cotisation de 9 000 UM (adhérent n° 25/10/01) a été encaissée mais non inscrite dans le journal de caisse.</i>		
Signatures		
	Le trésorier	Le président
		Marcel ROKIA

Cette omission étant détectée, la cotisation est inscrite dans le journal de caisse et ensuite enregistrée dans le journal et le grand livre.





L'écart entre les deux soldes semble provenir du prélèvement automatique des frais annuels de gestion du compte. Pour le vérifier, le trésorier établit un rapprochement sous la forme suivante:

<b>Solde comptabilisé</b>	<b>616 560</b>
<b>Opérations comptabilisées, non passées en banque</b>	–
<b>Opérations passées à la banque, non comptabilisées</b> Prélèvement frais de gestion	– 540
<b>Solde bancaire</b>	<b>616 020</b>

### La révision des comptes d'immobilisation

Il s'agit notamment de contrôler que du mobilier ou du matériel n'a pas disparu et que toutes les acquisitions et les cessions ont été enregistrées durant l'exercice. Si les comptes ont été correctement tenus durant l'exercice, ce travail ne devrait pas poser de difficultés.

### La révision des comptes de tiers

La vérification des comptes de tiers concerne, dans le cadre d'une mutuelle de santé, essentiellement le compte «Créances», autrement dit les arriérés de cotisation et le compte «Prestataires» (ou remboursement adhérents). En fin d'exercice, les administrateurs de la mutuelle doivent examiner les arriérés de cotisations et peuvent décider de supprimer les créances qui apparaissent irrécouvrables.

### Exemple

En fin d'exercice, le CA prépare la clôture des comptes avec le CE. Un examen du registre de cotisation montre qu'au cours de l'année, trois adhérents ont été exclus pour avoir accumulé des retards dépassant les limites fixées dans les statuts. Les arriérés de ces adhérents constituent des créances irrécouvrables que le CA décide de supprimer. Cette décision donnera lieu à l'article suivant dans le journal (ou journal des opérations diverses):

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	31 décembre 2002			
651	Pertes sur créances irrécouvrables		9 300	
41		Adhérents - Cotisations à recevoir		9 300

## 4.2 La régularisation des comptes

A l'issue d'un exercice, certains comptes doivent être régularisés. Pour ce faire, la mutuelle utilise des comptes transitoires appelés «Comptes de régularisation» qui lui permettent d'assurer l'exactitude du bilan et du compte de résultat. Ces comptes disparaîtront avec la réouverture de l'exercice suivant.

Le travail de régularisation résulte du fait que:

- certaines charges et produits ont été comptabilisés durant l'exercice alors qu'ils concernent, au moins en partie, un exercice ultérieur;
- à l'inverse, certains produits et charges n'ont pas été comptabilisés alors qu'ils concernent l'exercice.

En l'absence de régularisation, il résultera de ces deux situations des erreurs dans la détermination du résultat de l'exercice.

### ● Les charges constatées d'avance

Les charges constatées d'avance sont des charges qui ont été enregistrées au cours de l'exercice mais qui correspondent à des biens ou des services qui seront consommés dans le ou les exercices suivants.

#### Exemple

Une mutuelle a fait imprimer 5 000 cartes d'adhérent (valeur = 250 000 UM) en début d'année 2002 sur la base de ses prévisions en matière d'adhésion. Ces cartes sont délivrées gratuitement aux adhérents et la mutuelle les considère comme des consommables non stockés. En fin d'exercice il reste 3 000 cartes (d'une valeur totale de 150 000 UM) non utilisées et disponibles pour les adhésions de 2003.

Ces 3 000 cartes correspondent à une charge de l'année 2003 et sont comptabilisées de la façon suivante dans le journal et le grand livre.

#### Journal

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	31 décembre 2002			
4761	Charges constatées d'avance - cartes d'adhérent		150 000	
601		Fournitures - cartes d'adhérent Report à l'année 2003 des cartes non utilisées et payées en 2002		150 000

#### Grand livre

4761 Charges constatées d'avance - cartes d'adhérent		601 Fournitures - cartes d'adhérent	
Débit	Crédit	Débit	Crédit
150 000		250 000	150 000

## ● Les charges à payer

En fin d'exercice, la mutuelle doit dresser un relevé des dettes envers ses fournisseurs, son personnel, etc. Il se peut en effet que des charges concernant l'exercice qui s'achève restent à payer car les factures ne sont pas encore parvenues à la mutuelle. Il peut s'agir de dépenses de téléphone, d'électricité, etc.

Cette régularisation intéresse surtout les factures des prestataires de soins. Cela est notamment le cas de mutuelles qui paient mensuellement les prestataires de soins et dont la facture pour le mois écoulé arrive au début du mois suivant. Lors de la clôture d'un exercice, la mutuelle doit prendre en compte les prestations maladie du dernier mois qui constituent des charges de l'exercice bien qu'elle n'ait pas encore reçu la facture.

### Exemple

Le CE d'une mutuelle estime, sur la base des attestations de soins reçues, le montant des prestations maladie à payer à 150 000 UM pour le dernier mois de l'exercice. Pour intégrer cette charge à l'exercice qui s'achève, elle passe les écritures suivantes.

#### Journal

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	.....31 décembre 2002.....			
620	Prestations maladie		150 000	
40		Prestataires de soins - charges à payer Factures des prestataires non encore reçues		150 000

#### Grand livre

620 Prestations maladie		40 Prestataires de soins - charges à payer	
Débit	Crédit	Débit	Crédit
150 000			150 000

## ● Les produits constatés d'avance

Les produits constatés d'avance sont des produits qui ont été perçus durant un exercice mais qui sont imputables à un exercice ultérieur. Dans une mutuelle, c'est notamment le cas lorsque des cotisations sont encaissées durant un exercice alors qu'elles vont couvrir, au moins en partie, les prestations de l'exercice suivant.

### Exemple

Une mutuelle de santé à période ouverte d'adhésion a fixé la cotisation annuelle par bénéficiaire à 600 UM payables en une fois (soit l'équivalent de 50 UM/mois). Le tableau suivant

représente schématiquement la période couverte par les cotisations émises au cours de l'exercice 2001 et 2002. A partir de février, les cotisations émises couvrent en partie l'exercice 2002. Les dernières lignes du tableau donnent le montant des cotisations émises, acquises et perçues d'avance.

Nombre des cotisations émises	EXERCICE 2001												EXERCICE 2002												
	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	
30	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500													
15		750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750												
12			600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600	600											
5				250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250										
0					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
10						500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500								
15							750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750	750						
20								1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000					
25									1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250	1 250				
10										500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500				
5											250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250	250		
11												550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	550	
TOTAL	1 500	2 250	2 850	3 100	3 100	3 600	4 350	5 350	6 600	7 100	7 350	7 900	6 400	5 650	5 050	4 800	4 800	4 300	3 550	2 550	1 300	800	550	0	
<b>Cotisations acquises pour l'exercice 2001 = 55 050</b>												<b>Produits constatés d'avance = 39 750</b>													
<b>Cotisations émises de l'exercice 2001 = 94 800</b>																									

Dans les outils comptables de la mutuelle est enregistré, dans le cadre de l'exercice 2001, le total des cotisations émises, c'est-à-dire 94 800 UM. Toutefois, la mutuelle ne doit prendre en compte dans le calcul du résultat de cet exercice que les cotisations acquises, soit 55 050 UM. Elle doit donc neutraliser les 39 750 UM destinés à l'exercice suivant. Pour ce faire, elle utilise le compte «477: Cotisations perçues d'avance» et passe les écritures suivantes dans le journal (ou journal des opérations diverses) et le grand livre:

### Journal

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	31 décembre 2002			
751	Cotisations		39 750	
477		Cotisations perçues d'avance Cotisations de l'exercice 2002 perçues d'avance		39 750

### Grand livre

<b>751 Cotisations</b>		<b>477 Cotisations perçues d'avance</b>	
Débit	Crédit	Débit	Crédit
39 750	94 800		
SC = 55 050	_____	_____	39 750
94 800	94 800	SC = 39 750	

### ● Les produits à recevoir

A l'inverse du cas de figure précédent, il se peut que des produits correspondant à l'exercice qui s'achève n'aient pas encore été perçus par la mutuelle. Ces produits doivent être intégrés dans le calcul du résultat de l'exercice ce qui nécessite l'utilisation d'un compte de régularisation «Produits à recevoir».

### Exemple

Une convention passée entre une mutuelle et le Ministère des affaires sociales (MAS) stipule que celle-ci prend en charge des indigents (identifiés par le Bureau des affaires sociales local) qui ne paient que 10 % de leur cotisation, le ministère finançant les 90 % restants sous la forme d'une subvention.

Au moment de la clôture de l'exercice, le ministère n'a toujours pas versé la part de cette subvention pour le dernier trimestre de l'année (110 000 UM). La mutuelle passe donc les écritures suivantes dans le journal et le grand livre.

## Journal

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	31 décembre 2002			
4487	MAS - Produits à recevoir		110 000	
751		Cotisations Subvention du MAS pour le dernier trimestre 2002 non encore reçue		110 000

## Grand livre

751 Cotisations		4487 MAS - Subvention à recevoir	
Débit	Crédit	Débit	Crédit
	110 000	110 000	

## 4.3 Les amortissements

Les biens durables d'une mutuelle se déprécient d'année en année soit par usure (bâtiments, mobilier) soit parce qu'ils sont technologiquement déclassés (matériel informatique). Cette dépréciation doit être prise en compte dans l'établissement du bilan comptable afin de donner une vision satisfaisante de la situation patrimoniale de la mutuelle à la fin de l'exercice. Au compte de résultat, cette dépréciation doit être comptabilisée sous forme d'une charge (dotation aux amortissements).

### Rôle de l'amortissement

L'amortissement a plusieurs rôles:

- ✓ il répartit sur plusieurs exercices le coût d'une immobilisation. Il ne serait en effet pas cohérent d'imputer à un seul exercice le coût d'une immobilisation qui sera utilisée durant plusieurs années.
- ✓ il permet, à travers les dotations aux amortissements, de mobiliser progressivement les ressources nécessaires au renouvellement des immobilisations qui se déprécient au cours du temps.
- ✓ il permet une meilleure évaluation des actifs de la mutuelle et donc de sa situation financière et du résultat de l'exercice.

### Le calcul de l'amortissement

Le compte de dotation aux amortissements qui est un compte de charges va directement influencer le résultat. 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 d'autant.

Par définition, l'amortissement répartit sur un certain nombre d'exercices le coût 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.

Il existe différentes méthodes de calcul des amortissements. La méthode proposée ici, celle de l'amortissement constant ou linéaire, repose sur la formule suivante:

$$\frac{\text{Valeur d'acquisition}}{\text{Durée de vie (en années)}}$$

On obtient alors le montant annuel de l'amortissement, appelé annuité.

### Exemple

Une mutuelle a acheté du matériel pour 300 000 UM. 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 UM.

$$\text{Soit: } \frac{300\,000}{5}$$

A la fin de la cinquième année, la mutuelle aura amorti les 300 000 UM.

Les taux d'amortissements linéaires utilisés les plus couramment sont:

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

**La comptabilisation des amortissements** Dans la comptabilisation de l'amortissement, il est utilisé un compte de charges (compte de résultat) et un compte d'actif soustractif (compte de bilan). Le compte de charges représente l'amortissement de l'exercice: c'est la dotation aux amortissements. Ainsi, à la fin de chaque exercice, on effectuera la comptabilisation suivante:



Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	.....jj / mm / aa.....			
68	Dotations aux amortissements		XXXXXX	
28		Amortissements		XXXXXX

Le compte d'actif «Amortissements cumulés» reçoit les crédits successifs représentant l'évaluation de l'amortissement jusqu'à ce que l'on cesse d'amortir, soit parce que le bien est vendu, soit parce qu'il est «réformé», soit enfin parce que le total des amortissements cumulés a atteint la valeur du bien à amortir. Enfin, la valeur nette comptable d'un actif, à un moment déterminé, est donnée par la différence entre le compte d'actif et le compte d'amortissements cumulés correspondant.

### Exemple

Une mutuelle a acheté, il y a quatre ans, un cyclomoteur pour 200 000 UM et l'a déjà amorti pour 160 000 UM. Au bilan, la valeur comptable cyclomoteur est la suivante:

Actif (débit): cyclomoteur	200 000
Actif (crédit): amortissements cumulés cyclomoteur (4 ans)	<u>-160 000</u>
Valeur nette comptable	40 000

## 4.4 Les provisions

Il existe deux grandes catégories de provisions.

### ● Les provisions pour dépréciation.

Elles sont distinctes des amortissements, bien qu'il s'agisse aussi d'une constatation de la dépréciation comptable d'un actif. Cette dépréciation est attribuée à des causes qui ne sont pas jugées irréversibles et qui ne peuvent être affectés à des postes du bilan.

Ces provisions sont notamment prévues pour couvrir la dépréciation de stocks et de titres de placements. Dans le cadre d'une mutuelle de santé, elles pourront être utilisées pour couvrir la dépréciation des créances difficiles à recouvrer.

La comptabilisation de ces provisions est analogue à celle des amortissements. Un compte d'actif est crédité puisque la valeur d'un actif diminue; cette diminution entraînant une charge, un compte de charge est débité. Cette opération se traduit par le modèle suivant d'écriture dans le journal.

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	..... jj / mm / aa .....			
69	Dotations aux provisions		xxxxxxx	
41		Adhérents - Cotisations à recevoir Provisions pour dépréciation du compte Cotisations à recevoir		xxxxxxx

● **Les provisions pour risques et charges.**

Elles ont pour objet de prévoir des pertes ou des charges qui sont probables à la clôture de l'exercice. La nature de ces charges est précisément connue, mais leur réalisation et leur montant sont incertains. Elles sont par exemple dotées en prévision de grosses réparations à effectuer sur des immeubles.

Les provisions pour risques et charges sont des comptes de passif. La technique de comptabilisation est la suivante: on débite un compte de dotation aux provisions (69) et on crédite un compte de provisions pour risques (15).

Les provisions font généralement l'objet d'une réglementation particulière et doivent être utilisées avec la plus grande prudence.

## 4.5 Les particularités de l'enregistrement des cotisations en fonction des systèmes comptables utilisés

La comptabilisation des cotisations doit faire l'objet d'une attention particulière. Elle ne s'effectue pas de la même façon en fonction du système comptable mis en place et nécessite des travaux de fin d'exercice différents.

On s'intéresse ici à la comptabilité classique et à celle de trésorerie. La technique utilisée en comptabilité américaine peut être l'une ou l'autre des deux méthodes présentées ci-dessous, suivant les comptes prévus dans le journal-grand livre. On notera que l'exemple du journal-grand livre proposé dans le chapitre précédent permet d'utiliser la technique d'enregistrement des cotisations employée dans le cadre de la comptabilité classique.

### La comptabilité classique

Dans le cadre d'une comptabilité classique, les cotisations sont comptabilisées lors de leur émission et non lors de leur encaissement. Ce principe oblige la mutuelle à utiliser le compte «Adhérents - Cotisations à recevoir» au cours de l'exercice et non uniquement lors des travaux de fin d'exercice. La cotisation est calculée pour une année et son émission s'effectue le jour de l'adhésion. Elle pourra être payée immédiatement par l'adhérent lorsqu'elle est annuelle ou en plusieurs tranches lorsqu'elle est hebdomadaire, mensuelle ou autre. Le montant ainsi dû par chaque adhérent est inscrit dans le compte «Adhérents - Cotisations à recevoir» lequel diminue lors de chaque paiement.

## Exemple

Une mutuelle tient une comptabilité classique et a recours à des cotisations mensuelles. Les adhésions n'ont lieu que durant les deux premières semaines de janvier (période fermée d'adhésion). En début d'année, elle compte 5 000 adhérents ce qui représente un total de cotisations émises de 1 250 000 UM. Au cours de l'année, elle passe les écritures suivantes dans le journal et le grand livre.

### Journal

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	15 janvier 2002			
41	Adhérents - Cotisations à recevoir		1 250 000	
751		Cotisations Emission des cotisations pour l'exercice 2002		1 250 000
-----				
	15 janvier 2002			
57	Caisse		104 170	
41		Adhérents - Cotisations à recevoir Cotisations du mois de janvier 2002		104 170
-----				
	15 février 2002			
57	Caisse		95 750	
41		Adhérents - Cotisations à recevoir Cotisations du mois de février 2002		95 750

### Grand livre

#### 41 Adhérents - Cotisations à recevoir

DEBIT			CREDIT		
Dates	Libellés	Montants	Dates	Libellés	Montants
15/01	Cotisations janvier	104 170	15/01	Emission des cotisations - exercice 2002	1 250 000
15/02	Cotisations février	95 750			
-----					
15/12	Cotisations décembre	103 250			
	<b>Total</b>	<b>1 065 500</b>		<b>Total</b>	<b>1 250 000</b>
	Solde créditeur	187 500			

Lors des travaux de fin d'exercice, le compte «Adhérents - Cotisations à recevoir» existe déjà et a un solde débiteur de 187 500 UM. La mutuelle n'a recouvré que 85 % de ses cotisations émises durant l'exercice et devra récupérer les arriérés au cours de l'exercice suivant.

### La comptabilité de trésorerie

La comptabilité de trésorerie étant organisée autour des encaissements et des décaissements et ayant pour objectif de simplifier les travaux comptables, on constate dans la pratique mutualiste que la comptabilisation des cotisations se fait au moment de leur encaissement. Dans ce cas de figure, les cotisations émises seront suivies à partir du registre de cotisation (ou autres documents ayant des fonctions similaires). La régularisation du compte «Cotisations» aura lieu en fin d'exercice de la même façon que pour les autres produits à recevoir.

#### Exemple

Si la mutuelle de l'exemple précédent avait tenu une comptabilité de trésorerie, les écritures suivantes auraient été passées dans le journal de caisse au cours de l'exercice.

#### Journal de caisse

Date	N° PJ	Libellés	Entrées	Sorties	Solde
15/01		Cotisations janvier	104 170		520 230
15/02		Cotisations février	95 750		655 710
15/12		Cotisations décembre	103 250		586 220
<b>Totaux</b>			1 438 230	935 540	502 690
<b>A reporter</b>					502 690

En fin d'exercice, les écritures suivantes auraient été passées dans le journal des opérations diverses et le grand livre.

### Journal des opérations diverses

Numéro des comptes	LIBELLES		Débit	Crédit
	Compte à débiter	Compte à créditer		
	31 décembre 2002			
41	Adhérents - Cotisations à recevoir		187 500	
751		Cotisations Solde des arriérés du registre de cotisation au 31/12/02		187 500

### Grand livre

751 Cotisations		41 Adhérents - Cotisations à recevoir	
	104 170	187 500	
	95 750		
	103 250	187 500	0
	187 500		SD = 187 500
0	1 205 000		
SC = 1 250 000			

## **5** La clôture et la réouverture des exercices

Les travaux de fin d'exercice étant effectués, les comptes de résultat et de bilan vont pouvoir être établis. Dans le compte de résultat, seront repris les soldes des comptes de produits et de charges, et dans le bilan, les soldes des comptes d'actif et de passif. Auparavant, un dernier contrôle sera réalisé grâce à une balance après inventaire qui permet de signaler des erreurs d'écriture.

Le résultat de l'exercice sera déterminé aussi bien par le compte de résultat que par le bilan. Ce résultat, lorsqu'il est un excédent, constitue une nouvelle ressource disponible pour la mutuelle. L'AG devra décider de son affectation.

L'affectation du résultat donnera lieu à l'établissement d'un nouveau bilan. Ce dernier constituera le bilan d'ouverture du nouvel exercice. Un nouveau cycle comptable sera alors engagé.

## 5.1 La balance

La balance est un tableau établi à partir de tous les comptes du grand livre. Elle permet de déceler des erreurs d'écriture ou de calcul pouvant survenir lors de l'enregistrement des opérations dans les comptes. La balance permet également de vérifier l'exactitude des reports du journal vers le grand livre.

La balance repose sur le fait que tout enregistrement donne lieu à un débit et un crédit. En vérifiant l'égalité entre tous les débits et tous les crédits, elle permet d'identifier d'éventuelles erreurs.

La balance est présentée ici dans le cadre de la clôture de l'exercice, il s'agit de la balance après inventaire. Il faut cependant noter qu'une balance doit être établie périodiquement (tous les mois ou tous les trimestres) au cours d'un exercice, afin d'éviter une accumulation d'erreurs d'écriture qui pourrait entraîner un travail de correction important en fin d'exercice.

Avant d'établir la balance, il est nécessaire de procéder à la clôture de tous les comptes ainsi que du journal.

### ● La clôture des comptes

La méthode est la même pour tous les comptes:

1. On calcule la différence entre les deux colonnes et on inscrit le solde dans la colonne dont le total est le plus faible afin de les balancer.
2. On totalise le débit et le crédit en soulignant ces totaux qui doivent être égaux.

### ● La clôture des journaux

Cette clôture s'effectue simplement en totalisant les deux colonnes des journaux.

Il existe différents types de balance. La balance illustrée ici se présente sous la forme d'un tableau à six colonnes qui inventorie le numéro et le nom des comptes et, pour chaque compte, le total des débits, le total des crédits et les montants des soldes débiteurs ou créditeurs. Ce tableau est généralement structuré sous la forme suivante.

Numéro des comptes	Noms des comptes	Débits	Crédits	Soldes débiteurs	Soldes créditeurs
	1. Comptes de bilan <i>Totaux des comptes de bilan</i>	$\Sigma$	$\Sigma$	$\Sigma$	$\Sigma$
	2. Comptes de gestion <i>Totaux des comptes de gestion</i>	$\Sigma$	$\Sigma$	$\Sigma$	$\Sigma$
	Totaux généraux				
		Totaux égaux		Totaux égaux	

## 5.2 La clôture de l'exercice

---

La clôture de l'exercice se concrétise avec l'établissement des comptes annuels. Ceux-ci sont constitués par les documents de synthèse suivants:

- le compte de résultat;
- le bilan;
- l'annexe.

La présentation de ces documents est normalisée. Elle doit suivre les règles et recommandations du Plan comptable général. Entre autres, il est nécessaire de respecter un certain classement des comptes au bilan et au compte de résultat.

Les documents de synthèse ne peuvent être établis qu'après la clôture de tous les comptes, une fois les travaux comptables et extracomptables achevés. Comme il a été vu précédemment, ces documents peuvent être élaborés par une structure externe de gestion car ils demandent des compétences approfondies en matière de comptabilité. Il est cependant important que les responsables d'une mutuelle de santé comprennent l'intérêt et le rôle de ces documents et soient capables d'en restituer le contenu aux adhérents et aux tiers.

### **Le compte de résultat**

Le compte de résultat détermine le résultat par différence entre les charges et les produits de l'exercice. Ce compte permet également de comprendre comment le résultat a été obtenu.

Le compte de résultat présente les charges et les produits classés en trois grandes rubriques:

- ✓ exploitation;
- ✓ financier;
- ✓ exceptionnel.

Ce classement permet de distinguer ce qui relève du fonctionnement courant de la mutuelle (exploitation) de ce qui est financier ou exceptionnel.

Le modèle ci-dessous présente les principaux postes du compte de résultat suivant le plan comptable adapté à une mutuelle de santé.

### Compte de résultat (présentation sous forme de compte)

Charges		Produits	
<b>Charges d'exploitation (I)</b>		<b>Produits d'exploitation (I)</b>	
Achats		Prestations de services auxiliaires	
Transports		Subventions d'exploitation	
Prestations maladie		Cotisations	
Réassurance		Droits d'adhésion	
Autres services			
Charges de personnel			
Dotations aux amortissements			
<b>Charges financières (II)</b>		<b>Produits financiers (II)</b>	
<b>Charges exceptionnelles (III)</b>		<b>Produits exceptionnels (III)</b>	
<b>Total des charges (I+II+III)</b>		<b>Total des produits (I+II+III)</b>	
<b>Résultat: excédent</b>		<b>Résultat: déficit</b>	
<b>Total</b>		<b>Total</b>	

### Le bilan

Le bilan inventorie à l'actif tous les biens de la mutuelle et au passif, l'origine des ressources ayant financé ces biens.

Les comptes du bilan sont regroupés en quatre grandes catégories:

- ✓ à l'actif: l'actif immobilisé et l'actif circulant;
- ✓ au passif: les capitaux propres et les dettes.

Le résultat de l'exercice apparaît également dans le bilan. Il est le même que celui calculé par le compte de résultat. Au bilan, le résultat correspond à la différence entre l'actif et le passif, c'est-à-dire entre le montant des biens et celui des ressources dont a disposé la mutuelle pour les acquérir. Lorsque l'actif est supérieur au passif, cela signifie que la mutuelle a réussi à acquérir avec un volume de ressources donné un ensemble de biens d'une valeur totale supérieure. Elle s'est donc enrichie et le résultat est un excédent. Dans le cas contraire, la mutuelle s'est appauvrie et le résultat est un déficit.

Le modèle de bilan présenté ci-dessous est «classique». L'actif comporte trois colonnes:

- ✓ «Brut». Le montant brut représente la valeur initiale d'un bien (valeur d'achat);
- ✓ «Amortissements et provisions». Cette colonne totalise les dotations aux amortissements depuis l'achat d'un bien et les dotations aux provisions sur des éléments de l'actif (notamment sur les créances);
- ✓ «Net». Cette colonne est égale à la différence entre les deux précédentes.



### Bilan (avant répartition)

Actif			Net	Passif	Net
	Brut	Amort. et provisions			
<b>Actif immobilisé (I)</b> Terrains Bâtiments Matériel Immobilisations financières <b>Actif circulant (II)</b> Stocks Créances (adhérents) Placements financiers Disponibilités: – Banque – Caisse <b>Charges constatées d'avance (III)</b>				<b>Capitaux propres (I)</b> Réserves Report à nouveau Résultat de l'exercice (bénéfice ou perte) Subventions d'investissement <b>Provisions pour risques et charges (II)</b> <b>Dettes (III)</b> Emprunts et dettes à plus d'un an Dettes à moins d'un an: – Fournisseurs – Banque <b>Produits constatés d'avance (IV)</b>	
<b>Total (I+II+III)</b>				<b>Total (I+II+III+IV)</b>	

### L'annexe

L'annexe complète le bilan et le compte de résultat en apportant les explications nécessaires à une meilleure compréhension de ces deux documents. Elle apporte ainsi les informations suivantes:

- ✓ des données chiffrées qui complètent et détaillent certains postes du bilan et du compte de résultat;
- ✓ des données non chiffrées qui précisent les méthodes d'évaluation, les calculs et l'origine des données chiffrées.

L'annexe fournit des informations utiles pour compléter la restitution du bilan et du compte de résultat aux adhérents de la mutuelle et aux tiers. Elle facilite également les contrôles interne et externe.

Les différents éléments de l'annexe portent notamment sur:

- ✓ les investissements: acquisitions et cessions;
- ✓ les modalités de calcul des amortissements;
- ✓ les créances: cotisations en retard;
- ✓ les emprunts: échéances, remboursements effectués, etc.;
- ✓ les événements significatifs de l'année;
- ✓ des remarques sur certains comptes.

## 5.3 L'ouverture d'un nouvel exercice

---

### L'affectation du résultat

Le bilan de clôture d'un exercice est également appelé bilan avant répartition car il présente le résultat de l'exercice avant que son utilisation ne soit déterminée. Lors d'une AG, et en fonction des recommandations du CA (ou du CE), les adhérents devront déterminer l'affectation du résultat, avec deux cas de figure possibles.

- ✓ si le résultat est un excédent: il sera utilisé pour compléter les réserves et/ou pour réaliser des œuvres sociales en faveur des adhérents. Il peut également faire l'objet, totalement ou partiellement, d'un report à nouveau;
- ✓ si le résultat est un déficit: celui-ci sera reporté à nouveau, en espérant que l'exercice suivant sera excédentaire.

Suite à ces décisions, la mutuelle produira un nouveau bilan appelé bilan après répartition, dans lequel la ligne «Résultat de l'exercice» aura disparu, ce dernier étant ventilé dans d'autres comptes. Ce bilan après répartition correspond au bilan d'ouverture de l'exercice suivant.

Le fait que la mutuelle soit à but non lucratif ne veut pas dire qu'elle ne doit pas faire d'excédents. Au contraire, ces derniers sont nécessaires pour assurer la viabilité de la mutuelle et améliorer les services offerts aux adhérents. Mais une mutuelle n'a pas non plus pour vocation d'accumuler ces excédents, ce qui signifie:

- ✓ d'une part, que ces excédents doivent être d'un montant raisonnable car ils proviennent, en fonctionnement normal de la mutuelle, d'une marge sur les cotisations. En d'autres termes, des cotisations élevées permettent d'obtenir des excédents importants, ce qui peut apparaître comme positif, mais en même temps elles limitent l'accès à la mutuelle de familles dont la capacité contributive est restreinte;
- ✓ d'autre part, que la mutuelle doit éviter de thésauriser. Elle doit consacrer ses excédents notamment:
  - au renforcement de sa sécurité financière;
  - à la réalisation d'actions en faveur des bénéficiaires.

L'utilisation des excédents doit être prévue dans les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle. Elle peut être réglementée par la loi. La répartition des excédents est effectuée en AG, suite au rapport financier présenté par les gestionnaires de la mutuelle et sur la base de leurs propositions.

Selon les principes de la mutualité, les excédents ne peuvent être redistribués aux adhérents. En revanche, ils sont destinés à:

- ✓ la constitution de réserves (celles-ci sont présentées plus loin);
- ✓ la réalisation de nouvelles actions en faveur de tous les adhérents: les actions sociales.

Egalement appelées œuvres sociales, les actions sociales sont réalisées par la mutuelle en faveur des bénéficiaires, voire en faveur de toute la collectivité. Elles visent à répondre à des besoins autres que ceux couverts par l'assurance santé. Les exemples sont multiples:

- ✓ caisse de secours: fonds disponibles pour l'attribution de prêts, voire de dons aux familles dans le besoin;
- ✓ cadeaux aux nourrissons: produits de première nécessité donnés aux mères et à leur nourrisson après l'accouchement: savon, layettes, etc.;
- ✓ création de nouveaux services: campagnes de prévention, éducation à la santé, service de gardes-malades, etc.;
- ✓ construction ou contribution à la construction d'infrastructures communautaires (puits, écoles, etc.);
- ✓ actions de solidarité en faveur des indigents;
- ✓ actions en faveur des handicapés, personnes âgées, etc.

### Exemple

Une mutuelle vient de clôturer son quatrième exercice annuel. Elle couvre 65% du public cible. Son bilan avant répartition et son compte de résultat indiquent notamment que:

- le montant des prestations maladie s'élève à 1 689 000 UM;
- le montant des réserves est de 753 000 UM;
- le résultat de l'exercice s'élève à 258 000 UM.

Le fonctionnement de la mutuelle est stable, les relations avec les prestataires de soins sont excellentes et la mutuelle ne rencontre aucune difficulté majeure. Aussi décide-t-elle en AG de fixer le montant de ses réserves pour son cinquième exercice à l'équivalent de six mois de prestations maladie (de son quatrième exercice), c'est-à-dire à un montant de 844 500 UM.

Lors de l'établissement du bilan après répartition, un montant de 91 500 UM est retiré du compte résultat pour être affecté au compte réserves qui atteint ainsi le plafond fixé en AG. Le solde du résultat, 1 66 500 UM, est consacré à la réfection d'un centre de santé communautaire utilisé par tous les habitants du village.

### La réouverture du journal

La réouverture du journal s'effectue en début d'exercice, sur la base de la balance après inventaire établie lors de la clôture de l'exercice précédent. Cette réouverture s'effectue grâce à un article d'ouverture dans lequel:

- ✓ on débite tous les comptes des classes 1 à 5 dont le solde est débiteur dans la balance après inventaire;
- ✓ on crédite tous les comptes des classes 1 à 5 dont le solde est créditeur dans la balance après inventaire.

Ce travail ne concerne donc pas les comptes de charge et de produits (classes 6 et 7).

## **La réouverture des comptes**

Suite à l'article d'ouverture du journal, les comptes des classes 1 à 5 sont rouverts par le report des soldes en début d'exercice. Les comptes de charges et de produits seront ouverts au fur et à mesure de l'exercice, en fonction des besoins (sans report donc des soldes de l'exercice antérieur). La contre-passation des charges et des produits constatés d'avance entraîne cependant des exceptions. En effet, les charges et les produits constatés d'avance de l'exercice précédent sont transférés dans les comptes de charges et de produits concernés du nouvel exercice.

# Partie 5

## **La gestion prévisionnelle**



La gestion efficace d'une mutuelle de santé, comme celle de toute autre entreprise, repose sur une prévision des activités futures. La gestion prévisionnelle est, comme son nom l'indique, la branche de la gestion consacrée à cette prévision. Elle fournit des informations complémentaires à celles produites par la comptabilité à partir de l'activité passée et actuelle de la mutuelle. Cette partie traite des aspects financiers de la gestion prévisionnelle. Elle comporte deux chapitres.

## Chapitre 1 Le budget

Ce premier chapitre est consacré au budget qui est la traduction financière du programme d'action de la mutuelle. Le budget est l'un des instruments fondamentaux de la gestion prévisionnelle. Sont décrits et illustrés successivement les fonctions du budget, les modalités de son élaboration et l'estimation des recettes et des dépenses d'une mutuelle de santé. Dans une dernière section, sont présentés la mise en œuvre du budget et son suivi.

## Chapitre 2 Le plan de trésorerie

Ce second chapitre décrit le plan de trésorerie qui est un autre outil de gestion prévisionnelle. Le plan de trésorerie est nécessaire à une gestion efficace des liquidités sur une période donnée. Sont décrits en particulier les fonctions du plan de trésorerie et les étapes de son élaboration.

# Le budget

Le budget constitue une prévision du volume et de l'allocation des ressources nécessaires à la mise en œuvre des activités programmées sur une période déterminée (généralement une année).

Le budget est élaboré à partir de la connaissance du passé et d'hypothèses sur l'avenir. Il est un instrument d'administration et de gestion important tout au long de l'année. Régulièrement les réalisations devront être comparées aux prévisions, ce qui permettra de prendre à temps les mesures qui s'avèreraient nécessaires.

La principale caractéristique du budget d'une mutuelle de santé est l'incertitude quant au poste de dépenses le plus important: les prestations maladie. Celui-ci dépend de nombreux facteurs externes à la mutuelle comme l'état de santé de la population, l'apparition d'épidémies, etc.

## 1.1 Les fonctions du budget

---

Le budget remplit plusieurs fonctions importantes.

- Il incite les adhérents et les administrateurs à réaliser une analyse de la période écoulée et à se projeter dans le futur pour établir les objectifs et le programme d'action de la mutuelle. Il évite ainsi une gestion «à l'aveuglette», au jour le jour. La mutuelle connaît les limites à ne pas dépasser en matière de dépenses, compte tenu de ses recettes prévisionnelles.

- Il permet de fournir des informations essentielles pour la prise de décisions concernant les activités de la mutuelle y compris les activités imprévues qui pourraient modifier le volume ou l'allocation des ressources définies initialement.

## 1.2 L'élaboration du budget

---

### Les étapes

L'élaboration du budget passe par différentes étapes.

1. Fixation des objectifs. La mutuelle se fixe des objectifs à atteindre sur une période donnée. En fonction de ces objectifs, les activités à mettre en place sont identifiées et programmées pour cette même période.
2. Estimation des dépenses et des recettes. Pour chaque objectif et activité, les recettes (cotisations, subventions, etc.) et les dépenses correspondantes (prestations maladie, frais de fonctionnement, etc.) sont estimées. Pour ce faire, toutes les informations nécessaires sont préalablement rassemblées.

L'estimation des recettes et des dépenses doit être faite avec prudence et s'appuyer, autant que possible, sur l'expérience passée. En première année, les données seront obtenues à travers l'étude de faisabilité.

3. Préparation du budget. L'étape suivante est la préparation du budget qui consiste à présenter dans un tableau d'un côté les prévisions en matière de dépenses et, de l'autre, celles en matière de recettes.

Ce budget doit être équilibré, en fonction du résultat espéré en fin d'année. Pour ce faire, il est souvent nécessaire de travailler sur plusieurs scénarios faisant varier notamment:

- le nombre d'adhérents;
- le montant de la cotisation;
- le niveau de prise en charge des dépenses de santé;
- la réduction des charges qui ne sont pas indispensables.

Il faut cependant veiller à ce que ces scénarios soient cohérents au regard de la situation actuelle de la mutuelle.

Par ailleurs, lorsqu'une mutuelle met en place différents services en faveur de ses adhérents, il est préférable d'établir un budget pour chacun de ces services puis les assembler dans un budget global de la mutuelle.

4. Approbation du budget. Le budget est approuvé par l'assemblée générale. Le budget est généralement préparé par le conseil d'administration et le comité d'exécution (ou autres organes similaires) pour être présenté en assemblée générale où il sera discuté, amendé, si besoin est, et adopté.



## 1.3 L'estimation des recettes et des dépenses

L'estimation des dépenses et des recettes de la mutuelle est la partie la plus complexe de l'élaboration du budget.

Cette complexité est particulièrement importante la première année de fonctionnement de la mutuelle car celle-ci ne dispose alors d'aucune expérience. Il lui faut bâtir son premier budget sur un ensemble d'hypothèses issues de l'étude de faisabilité réalisée durant le processus de mise en place. L'élaboration des budgets pour les années suivantes n'est pas simple non plus, mais la mutuelle peut désormais se référer aux faits et aux résultats passés.

Les prévisions et les estimations des recettes et des dépenses reposent notamment:

- sur les chiffres passés en tenant compte que certains sont le résultat d'une gestion qui n'est pas forcément la plus efficace; certaines charges peuvent, par exemple, être réduites si l'efficacité du fonctionnement est améliorée;
- sur des normes qui peuvent être raisonnablement atteintes (nombre de bénéficiaires par famille, nombre d'adhérents par village, etc.).

### L'estimation des dépenses

Le budget distingue plusieurs postes de dépenses dont les principaux, dans le cadre spécifique d'une mutuelle, sont généralement les suivants:

- ✓ les prestations maladie;
- ✓ les frais de fonctionnement;
- ✓ les dépenses d'investissement;
- ✓ les frais divers (formation, animation, etc.).

### Les prestations maladie

Il s'agit du poste de dépenses le plus complexe à estimer car il dépend de nombreux paramètres extérieurs, non maîtrisables par la mutuelle.

Lorsque la mutuelle a déterminé les services de santé qu'elle couvrira, elle doit estimer pour chacun d'eux le montant annuel des dépenses en prestations. Ce montant se calcule selon la formule utilisée généralement:

Dépenses en prestations pour un service	=	Taux d'utilisation du service	(Coût moyen du service – copaiement à la charge des patients)	Nombre estimé de bénéficiaires
---	---	-------------------------------	---	--------------------------------

Lors de l'élaboration de son premier budget, la mutuelle ne peut se baser que sur des hypothèses, le plus souvent très aléatoires, issues notamment de l'étude de faisabilité et d'enquêtes auprès des familles et des utilisateurs des formations sanitaires.

Lors de la première année de fonctionnement, ces hypothèses seront testées et affinées, grâce notamment au suivi des activités.

Ainsi de mois en mois, puis d'années en années, la mutuelle acquiert de plus en plus d'expérience et de maîtrise de ce poste de dépenses.

Il lui faudra cependant toujours réaliser des projections pour établir ses prévisions budgétaires, en tenant compte de différents paramètres tels que:

- ✓ l'évolution du nombre de bénéficiaires;
- ✓ l'évolution de l'utilisation des services de santé;
- ✓ l'évolution du prix des services de santé et des médicaments;
- ✓ l'inflation.

En raison de l'incertitude qui pèse sur l'ensemble de ces paramètres, une marge de sécurité est le plus souvent ajoutée au total des dépenses estimées en prestations maladie. Cette marge est généralement fixée autour de 10 % au démarrage des activités puis peut être diminuée progressivement (jusqu'à 5 % par exemple), lorsque la mutuelle atteint un fonctionnement stable.

Dans le cadre d'un système de tiers payant, une autre façon de sécuriser les prévisions est de prévenir, en collaboration avec les prestataires de soins, les augmentations possibles du prix des soins en cours d'année. Dans ce but, un préalable important à l'élaboration du budget annuel est la négociation des tarifs des différents services couverts avec les prestataires, qui se fait chaque année dans le cadre du renouvellement des contrats.

- ✓ Cette négociation permet de fixer:
  - soit une tarification fixe pour toute l'année indépendamment de l'inflation;
  - soit des modalités de répercussion des hausses de tarifs en cours d'année sur les prestations facturées à la mutuelle (prévoyant par exemple un décalage de plusieurs mois dans le changement des tarifs appliqués).

### **Les frais de fonctionnement**

Ce poste comprend toutes les dépenses qui entrent dans le fonctionnement normal de la mutuelle, en dehors des prestations maladie. Il s'agit notamment:

- ✓ des salaires ou indemnités du personnel;
- ✓ des frais de déplacement;
- ✓ des loyers;
- ✓ des fournitures de bureau;
- ✓ des frais d'entretien courant.

### **Les dépenses d'investissement**

Les investissements font en principe l'objet d'un budget particulier qui porte sur leur durée de vie. L'année de l'investissement, le coût d'acquisition du bien sera prévu dans le budget principal. Par la suite, apparaîtront dans les budgets, les dépenses annuelles relatives à cet

investissement, par exemple, les annuités des emprunts ou les frais d'entretien.

### **Les frais divers**

La mutuelle peut choisir de distinguer certains postes de dépenses tels que les frais de formation et d'animation, qui constituent souvent des activités spécifiques.

## **L'évaluation des recettes**

Les principales recettes d'une mutuelle proviennent:

- ✓ des cotisations;
- ✓ des droits d'adhésion;
- ✓ de prestations de services auxiliaires (transport des malades, etc.);
- ✓ des subventions, dons et legs;
- ✓ des produits financiers sur les placements;
- ✓ d'autres sources:
  - activités promotionnelles (tombolas, soirées culturelles, etc.);
  - prestations de services facturées à des utilisateurs externes (location de salles, matériel, etc.).

### **Les cotisations**

Le calcul des cotisations constitue l'un des aspects les plus complexes de la mise en place d'une mutuelle de santé dont il déterminera en grande partie la viabilité future. La méthode de calcul des cotisations a été présentée dans le chapitre 1 de la partie 1. Il n'est pas inutile de souligner une nouvelle fois que ce calcul repose sur un équilibre à trouver entre le montant de la cotisation et donc le niveau de la couverture et l'accessibilité de la mutuelle aux personnes composant le public cible.

## **L'élaboration du budget**

Cette dernière étape consiste à présenter une synthèse de toutes les estimations de recettes et de dépenses effectuées précédemment, dans un tableau. Celui-ci présente d'un côté les dépenses et de l'autre les recettes; doit être équilibré: le total de la colonne «Recettes» étant égal au total de la colonne «Dépenses». Pour atteindre cet équilibre, la mutuelle devra peut-être revoir certaines hypothèses de départ: diminution des frais de fonctionnement, augmentation des droits d'adhésion, voire des cotisations, etc.

Des dépenses imprévues pouvant survenir en cours de fonctionnement, un montant pour «imprévus» peut être rajouté au total des dépenses prévisionnelles.

## Exemple

La Fédération des Pêcheurs de la Lagune a créé une mutuelle de santé qui couvrira à 100 % les accouchements dans des maternités contractualisées et à 80 % les dépenses d'hospitalisation dans les centres de santé et les hôpitaux publics, également contractualisés.

Avant de débiter son premier exercice, les promoteurs de la mutuelle élaborent un budget prévisionnel qui sera soumis pour approbation à l'assemblée générale constitutive.

Les principales bases de calcul de ce budget sont les suivantes:

### a) Les recettes

- La première année, 500 adhérents sont attendus. Avec un nombre moyen de 6 personnes par famille, cela représente 3 000 bénéficiaires.
- Les cotisations
  - Le montant moyen d'un accouchement est estimé à 5 000 UM (incluant l'acte, les soins au nourrisson et les médicaments pour la mère et l'enfant). Le taux d'utilisation est estimé à 4,5 %. La prime pure par bénéficiaire pour les accouchements sera:  $5\,000 \times 4,5\% = 225$  UM/an.
  - Le coût moyen d'une hospitalisation dans un centre de santé est de 7 000 UM. Le taux d'utilisation est estimé à 6 %. La prime pure pour ce service et par bénéficiaire sera:  $[7\,000 - (7\,000 \times 20\%)] \times 6\% = 336$  UM.
  - Le coût moyen d'une hospitalisation dans un hôpital public est de 35 000 UM. Le taux d'utilisation est estimé à 4 %. La prime pure par bénéficiaire pour ces hospitalisations sera:  $[35\,000 - (35\,000 \times 20\%)] \times 4\% = 1\,120$  UM.
  - La prime pure s'élève au total à:  $225 + 336 + 1\,120 = 1\,681$  UM/an /personne.
  - La charge de sécurité est fixée à 10 % de la prime pure, soit:  $1\,681 \times 10\% = 168$  UM / personne.
  - Le coût unitaire de fonctionnement est fixé à raison de 10 % de la prime pure + la marge de sécurité, soit:  $(1\,681 + 168) \times 10\% = 185$  UM/an/personne.
  - Le total s'élève donc à:  $1\,681 + 168 + 185 = 2\,034$  UM/an/personne. Une marge de 5 % de ce total est ajoutée en vue de dégager des bénéfices pour constituer des réserves, soit:  $2\,034 \times 5\% = 102$  UM.
  - La cotisation annuelle totale sera donc:  $2\,034 + 102 = 2\,136$ . Il est décidé de l'arrondir à 2 150 UM/an/bénéficiaire.
- Les droits d'adhésion sont fixés à 1 000 UM par adhérent, soit des recettes prévisionnelles de  $500 \times 1\,000 = 500\,000$  UM.

### b) Les dépenses

- L'AG constitutive aura lieu le 5 janvier 2002. Les adhésions et le paiement des cotisations annuelles auront lieu jusqu'à fin janvier. Les bénéficiaires devront respecter une période d'observation de quatre mois (incluant janvier) avant d'avoir droit aux prestations de la mutuelle.
- En fonction de ce nombre de bénéficiaires et de la période d'observation, les dépenses en prestations prévisionnelles seront les suivantes:
  - Accouchements:  $3\,000 \times 225 \times \frac{1}{2} = 450\,000$  UM.

- Hospitalisation au CS:  $3\ 000 \times 336 \times \frac{1}{2} = 672\ 000$  UM.
- Hospitalisations en hôpitaux publics:  $3\ 000 \times 1\ 120 \times \frac{1}{2} = 2\ 240\ 000$  UM.
- La mutuelle achètera du petit mobilier pour son bureau (tables, chaises, armoires, etc.) pour une valeur totale de 225 000 UM.
- Avec l'argent des droits d'adhésion, la mutuelle fera imprimer 4 000 cartes d'adhérents dont le coût unitaire est de 100 UM (devis de l'imprimeur), soit 400 000 UM.
- Les achats de documents de gestion et autres fournitures sont estimés à 150 000 UM.
- La mutuelle réunira tous les trimestres deux représentants de chaque groupement de pêcheurs qui comptent des membres mutualistes. Ceux-ci se verront rembourser leurs frais de taxi dont le montant moyen est estimé à 800 UM par représentant. Vingt groupements participeront à la mutuelle pour cette première année, soit des dépenses de transport prévisionnelles de:  $20 \times 2 \times 800 \times 4 = 128\ 000$  UM.
- La mutuelle louera à la fédération un petit bureau dont le loyer est de 5 000 UM par mois, soit 60 000 UM par an. Les dépenses en électricité sont estimées à 10 000 UM pour l'année.

Le budget prévisionnel de la mutuelle pour cette première année est le suivant:

Dépenses			Recettes		
	Sous-total	Total		Sous-total	Total
<b>Investissements</b>		<b>225 000</b>	<b>Droits d'adhésion</b>		<b>500 000</b>
Mobilier	225 000				
<b>Prestations maladie</b>		<b>3 362 000</b>	<b>Cotisations</b>		<b>6 450 000</b>
Accouchements	450 000				
Hospitalisations CS	672 000				
Hôpitaux publics	2 240 000				
<b>Frais de fonctionnement</b>		<b>748 000</b>			
Cartes adhérents	400 000				
Fournitures	150 000				
Frais de déplacement	128 000				
Loyer	60 000				
Electricité	10 000				
<b>Imprévus</b>		<b>433 500</b>			
10 % des totaux précédents					
<b>Total des dépenses</b>		<b>4 768 500</b>	<b>Total des recettes</b>		<b>6 950 000</b>
<b>Solde positif</b>		<b>2 181 500</b>			
<b>Total</b>		<b>6 950 000</b>	<b>Total</b>		<b>6 950 000</b>

Le solde de ce budget (à ne pas confondre avec le résultat de l'exercice) est très largement positif et résulte en grande partie de la période d'observation.

## 1.4 La mise en œuvre du budget

---

Le budget permet d'anticiper les recettes et les dépenses mais il ne suffit pas de l'établir. Il faut également connaître les chiffres réels et les comparer avec les prévisions, et rechercher s'il y a lieu, l'origine des écarts. Cela est réalisé lors de la mise en œuvre du budget. Celle-ci comporte deux fonctions réalisées simultanément:

- l'exécution du budget;
- le suivi du budget.

### L'exécution du budget

L'exécution du budget est l'acte par lequel la mutuelle met en œuvre les activités prévues, réalise les dépenses et les recettes programmées dans son budget.

Les administrateurs et les gestionnaires de la mutuelle jouent un rôle important dans l'exécution du budget. Les statuts et le règlement intérieur prévoient à cet égard une répartition précise des responsabilités en distinguant ceux qui autorisent une dépense et ceux qui l'exécutent.

### Le suivi du budget

Le suivi du budget consiste à comparer régulièrement les prévisions et les réalisations. Il permet de détecter des anomalies, d'en rechercher les causes et d'y remédier.

Les anomalies correspondent aux écarts de grande amplitude constatés entre les prévisions et la réalité. Il est important de noter à ce niveau le lien étroit entre le contrôle du budget et le tableau de bord de la mutuelle (voir le chapitre 2 de la partie 7).

- ✓ Les différents indicateurs du tableau de bord permettent de comprendre les écarts.
- ✓ Ces indicateurs permettent également d'affiner, au fur et à mesure des exercices, la répartition des différents postes du budget sur l'année.

Cette phase de suivi s'étend sur toute la période couverte par le budget, généralement une année. Cela implique que le budget, une fois établi pour l'année, doit ensuite faire l'objet d'un découpage périodique, généralement, par mois ou par trimestre.

### L'échelonnement du budget

Ce découpage du budget nécessite de procéder à un échelonnement des recettes et des dépenses.

#### L'échelonnement des recettes

Les principales recettes à répartir sont les cotisations. Celles-ci étant directement liées au nombre d'adhérents et de bénéficiaires, la répartition de ce poste de recettes dans le temps commence par une estimation mois par mois du nombre d'adhérents attendus.

Cette estimation est relativement simple pour les mutuelles dont les adhésions se déroulent sur une période fermée (sur un mois, un

trimestre). Lorsque celles-ci se déroulent sur une période ouverte, c'est-à-dire sur toute l'année, la mutuelle doit alors estimer les évolutions mensuelles possibles du nombre d'adhérents.

Pour ce faire, elle doit tenir compte de la programmation des réunions d'information de la population (dont l'un des objectifs est de faire entrer de nouveaux adhérents) ainsi que des périodes de revenus. Les périodes de vente des récoltes sont, par exemple, plus propices aux adhésions que les périodes de soudure monétaire.

Les autres recettes de la mutuelle sont généralement plus aisées à répartir dans le temps (subventions, activités promotionnelles, etc.).

### **L'échelonnement des dépenses**

La principale difficulté concernant les dépenses se situe dans la répartition des prestations maladie. Celle-ci doit en effet tenir compte des variations saisonnières de la morbidité.

Au démarrage de la mutuelle, les seules informations disponibles sont les données des formations sanitaires. Toutefois, celles-ci reflètent à la fois la morbidité mais aussi les périodes de forts et de faibles revenus; ces dernières influant fortement sur l'utilisation des services de santé.

La première année de fonctionnement, l'estimation de la répartition des dépenses en prestations maladie sera donc très aléatoire, avec pour conséquence le risque de constater de nombreux écarts entre la réalité et les prévisions.

Les années suivantes, cette répartition se basera sur les données du tableau de suivi des prestations maladie (voir partie 3: La gestion des adhésions, des cotisations et des prestations) qui suit notamment les taux d'utilisation mensuels des bénéficiaires et les variations saisonnières observées par la mutuelle.

### **Le tableau de rapprochement prévisions - réalisations**

Ce tableau constitue l'outil de suivi du budget. Le modèle proposé dans l'exemple suivant permet de comparer les prévisions et les réalisations à la fois pour une période déterminée (mois, trimestre ou autre) et en cumulé. Il comprend plusieurs colonnes.

- ✓ Désignation. Elle comporte le libellé de la recette ou de la dépense.
- ✓ Prévisions budgétaires:
  - budget pour la période: fraction du budget affectée à la période concernée;
  - cumul des périodes: addition de toutes les fractions des périodes antérieures à celle en cours d'analyse.
- ✓ Réalisations:
  - réalisations sur la période: dépenses ou recettes effectivement réalisées durant la période analysée;

- cumul des réalisations: addition de toutes les dépenses ou recettes des périodes antérieures à celle en cours d'analyse.
- ✓ **Ecart:**
  - écart sur la période: différence entre la colonne réalisations et la colonne prévisions pour la période (en % des prévisions);
  - écart cumulé: différence entre la colonne cumul des réalisations et la colonne cumul des prévisions (en % des prévisions).
- ✓ **Observations.** Toutes les remarques sur la cause des écarts observés.

### **L'analyse des anomalies**

Les anomalies correspondent aux écarts de forte amplitude. L'écart correspond à la différence: réalisations – prévisions.

Comme il a déjà été signalé, au démarrage d'une mutuelle, les écarts les plus importants sont généralement enregistrés dans les dépenses en prestations. Ils proviennent de la difficulté à prévoir le montant et la répartition de celles-ci sur l'année.

Toutefois, cette difficulté ne doit pas masquer d'autres causes d'écart qui peuvent résulter de changements de comportements des bénéficiaires (risque moral, fraudes, abus) et/ou des prestataires (risque de surprescription). Le tableau de suivi des prestations s'avère ici particulièrement utile afin de mieux comprendre les anomalies observées.

#### **Exemple**

La mutuelle mise en place par la Fédération des Pêcheurs de la Lagune réalise un tableau de rapprochement budgétaire tous les trimestres.

Le tableau réalisé à l'issue du second trimestre (six mois après le démarrage de la mutuelle) est présenté ci-dessous.

Suite à la période d'observation, la mutuelle ne connaît que deux mois (mai et juin) de prestations maladie. Pour réaliser le tableau de rapprochement, les dépenses prévisionnelles de prestations ont été réparties de façon égale sur les huit mois de couverture.



## Tableau de rapprochement prévisions - réalisations - juin 2002

Désignation des dépenses	Prévisions			Réalizations				Observations
	Annuelles	Période (2 <sup>e</sup> trimestre)	Cumul des périodes	Période	Ecart	Cumul des périodes	Ecart	
<b>Prestations maladie</b>	<b>3 362 000</b>	<b>841 500</b>	<b>1 683 000</b>	<b>930 500</b>	<b>+10,6%</b>	<b>1 780 000</b>	<b>+5,8%</b>	Vérifier les hospitalisations dans les centres de santé
Accouchements	450 000	112 500	225 000	92 500	-17,8%	215 000	-4,4%	
Hospitalisations CS	672 000	168 000	336 000	253 000	+50,6%	415 000	+23,5%	
Hôpitaux	2 240 000	561 000	1 122 000	585 000	+4,3%	1 150 000	+2,5%	
<b>Frais de fonctionnement</b>	<b>748 000</b>	<b>62 000</b>	<b>589 000</b>	<b>70 000</b>	<b>+12,9%</b>	<b>623 000</b>	<b>+5,8%</b>	
Cartes adhérents	400 000	0	400 000	0	-	400 000	-	
Fournitures	150 000	10 000	90 000	12 000	+20,0%	115 000	+27,8%	
Frais de déplacement	128 000	32 000	64 000	38 000	+18,8%	73 000	+14,1%	
Loyer	60 000	15 000	30 000	15 000	-	30 000	-	
Electricité	10 000	5 000	5 000	5 000	-	5 000	-	
<b>Total des dépenses</b>	<b>4 110 000</b>	<b>903 500</b>	<b>2 272 000</b>	<b>1 000 500</b>	<b>+10,7%</b>	<b>2 403 000</b>	<b>+5,8%</b>	

Désignation des recettes	Prévisions			Réalizations				Observations
	Annuelles	Période	Cumul des périodes	Période	Ecart	Cumul des périodes	Ecart	
<b>Droits d'adhésion</b>	<b>6 450 000</b>	<b>0</b>	<b>6 450 000</b>	<b>250 750</b>	<b>-</b>	<b>5 137 190</b>	<b>- 20,4%</b>	237 810 UM de cotisations en retard à recouvrer
Cotisations	500 000	0	500 000	0	-	500 000	-	
<b>Total des recettes</b>	<b>6 950 000</b>	<b>0</b>	<b>6 950 000</b>	<b>250 750</b>	<b>-</b>	<b>5 637 190</b>	<b>-18,9%</b>	

Le tableau de rapprochement indique, entre autres, que:

- les dépenses en prestations maladie sont globalement supérieures à celles attendues. Les écarts sont surtout liés aux hospitalisations dans les centres de santé. Le niveau de dépenses qui y est observé mérite la mise en œuvre d'un contrôle des prestations;
- le nombre de personnes devant adhérer a bien été de 500 mais celui des bénéficiaires n'est que de 2 500 personnes; par conséquent le montant total des cotisations ne sera que de 5 375 000 UM. Par ailleurs, plusieurs adhérents n'ont pas versé l'intégralité de leur cotisation en promettant de payer le reste en juillet. Il reste ainsi un montant de 237 810 UM à recouvrer.

## **Le plan de trésorerie**

La trésorerie d'une mutuelle, comme de toute autre organisation, désigne l'argent immédiatement disponible (disponibilités) dans sa caisse et sur ses comptes bancaires et qui lui permet d'effectuer des dépenses sans avoir à vendre un actif.

La gestion de la trésorerie vise simultanément:

- à disposer des liquidités nécessaires pour faire face à tout moment aux engagements envers les adhérents et les prestataires de soins;
- à utiliser au mieux les liquidités en déterminant les montants qui peuvent être placés pour générer des produits financiers.

Le plan de trésorerie est le document sur lequel repose la gestion de la trésorerie. Il s'agit d'un tableau de prévision des encaissements et des décaissements à réaliser mois par mois et durant l'exercice.

### **2.1 Les fonctions du plan de trésorerie**

---

Le plan de trésorerie permet à une mutuelle d'optimiser sa gestion de trésorerie:

- il permet à la mutuelle d'assurer sa solvabilité, c'est-à-dire sa capacité à faire face à tout moment à ses engagements et ses échéances;
- il permet de déterminer, en cas de trésorerie positive, les montants pouvant être placés et les durées souhaitables de ces placements;
- il constitue un outil de planification et de prévision;
- il est aussi un instrument de suivi et de contrôle;
- il permet, en cas de prévision de difficultés de trésorerie, de négocier des emprunts ou des prorogations de délais de paiement envers les créanciers.

### **2.2 L'élaboration du plan de trésorerie**

---

L'élaboration d'un plan de trésorerie est liée à celle du budget puisqu'il s'agit d'estimer les recettes et les dépenses de l'année. Toutefois, à la différence de ce dernier, le plan de trésorerie est établi mois par mois et s'intéresse uniquement aux flux de liquidités.

Le plan de trésorerie se présente comme un tableau de synthèse qui fait ressortir pour chaque mois:

- le solde du mois précédent;
- le total mensuel des encaissements;
- les disponibilités du mois: solde précédent + total des encaissements;
- le total mensuel des décaissements;
- le solde du mois: disponibilités du mois – total des décaissements.

Le solde mensuel peut être positif ou négatif.

- Lorsqu'il est positif, cela signifie que les disponibilités du mois sont supérieures aux décaissements et donc qu'il n'y aura pas de problèmes de liquidités. Si ce solde est important, la mutuelle peut envisager d'en placer une partie afin de générer des produits financiers.
- Lorsque le solde est négatif, cela signifie que les décaissements du mois sont supérieurs aux disponibilités. La mutuelle ne disposera pas de suffisamment d'argent pour faire face à ses engagements. Dans ce cas de figure, plusieurs solutions peuvent être envisagées. En particulier:
  - ✓ négocier un emprunt à court terme pour «joindre les deux bouts»;
  - ✓ différer certaines dépenses (par exemple en obtenant des rallonges de délai de paiement);
  - ✓ entreprendre des actions pour augmenter les encaissements (par exemple en menant une campagne de recouvrement des cotisations en retard).

L'élaboration d'un plan de trésorerie est un travail particulièrement délicat dans le cadre d'une mutuelle de santé. Les difficultés sont les mêmes que celles rencontrées pour l'élaboration du budget et concernent surtout l'estimation des dépenses en prestations maladie. Leur prévision doit en effet tenir compte des variations saisonnières de la morbidité (plus de paludisme pendant les pluies, plus de méningites pendant l'harmattan, etc.).

L'expérience montre également que, lorsqu'une mutuelle pratique une cotisation fractionnée (hebdomadaire, mensuelle, etc.), elle doit prévoir une variation mensuelle de son taux de recouvrement. Celui-ci variera en effet en fonction des périodes de forts ou de faibles revenus. Par conséquent, il faut généralement plusieurs années à une mutuelle avant de maîtriser ces estimations. Il lui faudra donc être particulièrement prudente durant cette période en matière de placement.

## Exemple

La mutuelle des Pêcheurs de la Lagune élabore un plan de trésorerie sur six mois. Celui, pour le premier semestre de fonctionnement de la mutuelle, se présente ainsi:

	Total du semestre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Report du mois précédent (A)		553 000	603 000	278 000	241 000	317 250	1 392 000
<b>Encaissements</b>							
Cotisations	6 450 000	6 450 000					
Droits d'adhésion	500 000	500 000					
Retrait des placements						1 500 000	
Produits financiers					81 250		
<b>Total des encaissements (B)</b>	<b>6 950 000</b>	<b>6 950 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>81 250</b>	<b>1 500 000</b>	<b>0</b>
<b>Décaissements</b>							
Achat mobilier	225 000	225 000					
Prestations maladie	840 500					420 250	420 250
Cartes d'adhérents	400 000	100 000	300 000				
Fournitures	90 000	70 000	20 000				
Déplacements	64 000			32 000			32 000
Loyer	30 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
Electricité	5 000						5 000
<b>Total des décaissements (C)</b>	<b>1 654 500</b>	<b>400 000</b>	<b>325 000</b>	<b>37 000</b>	<b>5 000</b>	<b>425 250</b>	<b>462 250</b>
<b>Disponibilités du mois (A+B)</b>	<b>6 950 000</b>	<b>7 503 000</b>	<b>603 000</b>	<b>278 000</b>	<b>322 250</b>	<b>1 817 250</b>	<b>1 392 000</b>
<b>Placements (D)</b>		6 500 000					
<b>Solde en fin de mois (A+B-C-D)</b>	<b>5 295 500</b>	<b>603 000</b>	<b>278 000</b>	<b>241 000</b>	<b>317 250</b>	<b>1 392 000</b>	<b>929 750</b>

Les soldes mensuels prévus pour les premiers mois sont importants et résultent de la période d'observation qui s'étend de janvier à avril. Les responsables de la mutuelle prévoient donc de placer une partie de la trésorerie sur un compte d'épargne afin de faire fructifier une partie des fonds. C'est ce qu'ils font dès janvier en plaçant 6 500 000 UM sur un dépôt à terme de trois mois, à l'échéance duquel la mutuelle encaisse des produits financiers. Début mai, ils replacent ce fonds sur un dépôt à terme à trois mois, moins 1 500 000 UM déposés sur le compte bancaire courant en prévision des premières prestations maladie. Pour le second semestre, la mutuelle décide d'établir des plans de trésorerie mensuels en attendant de bien maîtriser ses dépenses en prestations maladie.

# Partie 6

## **La gestion des risques liés à l'assurance**



Une mutuelle est exposée à un certain nombre de risques qui découlent en partie de l'incidence de l'assurance sur le comportement des bénéficiaires et des prestataires de soins. Ces risques sont connus et peuvent être prévenus ou limités par la mise en place de mesures techniques et financières adéquates. Cette partie, comprenant deux chapitres, examine les différents risques liés à l'assurance, présentent les mesures visant à les limiter et introduit les mécanismes destinés à consolider la situation financière de la mutuelle.

## **Chapitre 1 Les principaux risques liés à l'assurance et leur prévention**

Ce premier chapitre décrit les principaux risques liés à l'assurance santé, en particulier le risque moral, la sélection adverse, les abus et fraudes. Il passe en revue les différentes catégories de mesures visant à prévenir ces risques ou à en limiter l'impact. Les conditions d'application de ces mesures sont décrites y compris leurs possibles effets négatifs sur certains aspects du fonctionnement des mutuelles.

## **Chapitre 2 Les mécanismes de consolidation financière**

Ce second chapitre traite des mécanismes financiers qui peuvent être utilisés pour faire face aux incertitudes en matière de coût des prestations de la mutuelle. Sont ainsi introduits la constitution de réserves financières, la participation à un fonds de garantie et la souscription à un système de réassurance.



# **Les principaux risques liés à l'assurance et leur prévention**

Une mutuelle de santé est confrontée à certains risques liés à l'assurance. Ces risques découlent en grande partie des choix et des modalités de prises en charge des dépenses de santé des bénéficiaires ainsi que des mécanismes de fonctionnement de la mutuelle.

Par exemple, on remarque que:

- les consultations ambulatoires sont fortement soumises au risque d'une consommation abusive de la part des bénéficiaires. En effet, la prise en charge de ces consultations par l'assurance peut inciter les bénéficiaires à y avoir recours plus que de nécessaire pour «valoriser» le plus possible leur cotisation;
- la prise en charge des maladies chroniques et de la chirurgie programmable expose la mutuelle au risque d'une adhésion massive de personnes souffrant de ces maladies ou devant être opérées.

Ces risques liés à l'assurance étant connus, les promoteurs et responsables d'une mutuelle de santé doivent avoir recours à des mesures de prévention.

Les principales mesures qui peuvent être mises en œuvre sont décrites dans ce chapitre. La mutuelle devra choisir celles qui sont les mieux adaptées, ou dont la combinaison est la plus appropriée, au regard de ses caractéristiques.

Ces mesures ont pour la plupart des effets secondaires négatifs, notamment en termes d'acceptabilité par les adhérents. Il s'agit donc de réaliser un dosage équilibré et complexe qui demande souvent quelques années d'apprentissage, de suivi et d'évaluation.

## 1.1 Les risques liés à l'assurance

---

Ces risques sont liés au fait que le système d'assurance mis en place par la mutuelle aura des incidences sur la demande et l'offre de soins.

Ainsi on constate notamment que:

- la possibilité de s'assurer attire les individus dont le risque maladie est le plus élevé;
- la prise en charge des dépenses de santé incite les adhérents à consommer plus de soins qu'auparavant et/ou à ne plus prévenir la survenue des maladies;
- la mutuelle peut avoir un impact positif sur le financement des services de santé, mais elle peut inciter certains prestataires à modifier leurs pratiques thérapeutiques pour favoriser la délivrance des actes les plus rentables pour eux et pas forcément les plus efficaces pour la santé des bénéficiaires.

Les principaux risques liés à l'assurance sont:

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

### La sélection adverse

La sélection adverse est le risque que des personnes présentant un risque de maladie élevé souscrivent une assurance dans une proportion plus importante que les autres membres de la population. Autrement dit, en fonction de la gamme de prestations qu'elle offre et de ses modalités d'adhésion, une mutuelle peut «attirer» une population plus exposée aux risques de maladie (on parle en assurance des «mauvais risques») que la moyenne de la population.

La sélection adverse, également appelée antisélection, remet en cause un des fondements de l'assurance: le principe du partage de risques entre les malades et les bien-portants.

La sélection adverse peut entraîner une mutuelle dans une spirale dangereuse: les bien-portants étant en nombre plus réduit que prévu, la mutuelle connaîtra un déséquilibre financier et sera amenée à augmenter ses cotisations. Dès lors, seuls les individus à plus fort risque de maladie seront intéressés à adhérer augmentant ainsi le déséquilibre et ainsi de suite.

Le risque de sélection adverse se traduit concrètement au niveau:

- ✓ du profil des bénéficiaires parmi lesquels on trouvera, notamment et en fonction des prestations couvertes, une proportion plus élevée que dans la population globale de:
  - malades chroniques;



- femmes en âge de procréer;
- enfants de 0 à 5 ans;
- personnes âgées;
- ✓ de la taille moyenne des familles membres de la mutuelle: en fonction des modalités d'adhésion et du montant de la cotisation, les adhérents peuvent être tentés d'opérer une sélection au sein de leur famille en ne cotisant que pour ceux qui ont un plus fort risque de maladie;
- ✓ de la consommation de soins par les bénéficiaires: les personnes à fort risque de maladie étant en surnombre dans la mutuelle, le taux d'utilisation, voire également le coût moyen, des services de santé sera plus élevé que celui utilisé dans le calcul des cotisations (basé sur des données relatives au public cible dans son ensemble).

## **Le risque moral**

Le risque moral résulte du fait que les bénéficiaires, d'une part, et les prestataires de soins, d'autre part, peuvent modifier leur comportement en raison de l'assurance.

### **La surconsommation**

S'agissant des bénéficiaires, le risque moral se traduit par un phénomène de surconsommation de soins. Les bénéficiaires de la mutuelle auront tendance à consommer abusivement, ou plus que d'ordinaire, les soins couverts afin de «rentabiliser» au maximum les cotisations versées. Ce phénomène de surconsommation se traduit concrètement par:

- ✓ un taux d'utilisation des services de santé anormalement élevé;
 

Cette situation ne doit cependant pas être confondue avec le fait que la prise en charge des dépenses de santé tend à augmenter naturellement le taux d'utilisation des services de santé qui se rapproche ainsi du taux de morbidité local. L'un des principaux objectifs de la mutuelle est en effet de lever la barrière financière qui freine la consommation de soins. La conséquence de cette barrière est que le taux d'utilisation des services de santé avant la mise en place de la mutuelle est généralement inférieure au taux de morbidité<sup>16</sup>.
- ✓ une augmentation du coût moyen des soins couverts.
 

Etant donné la couverture des soins, certains adhérents auront notamment tendance à demander aux prestataires plus d'actes (augmentation des examens de laboratoire, des radiographies, des échographies, etc.) et plus de médicaments que nécessaire.

16 Une mutuelle doit donc baser le calcul de ses cotisations sur le taux de morbidité et non sur les taux d'utilisation relevés dans les différents services si les difficultés d'accès aux soins touchent une grande part du public cible.

## Exemple

Une mutuelle de santé couvre la population de deux villages dont l'un, le village A, abrite le centre de santé. Le second, le village B, est distant de 6 kilomètres du centre de santé. La mutuelle prend en charge tous les soins ambulatoires au centre de santé, ainsi que les accouchements.

Au bout d'un an de fonctionnement, la mutuelle dresse un premier bilan. Le suivi qu'elle a réalisé durant l'année lui permet de constater que pour les consultations ambulatoires:

- le taux d'utilisation des non-mutualistes s'élève à 0,3 consultations/an/personne;
- le taux est de deux consultations/an/personne pour les mutualistes du village A;
- le taux est d'une consultation/an/personne pour les mutualistes du village B.

Après étude plus poussée, la mutuelle tire les conclusions suivantes:

- la consommation moyenne de soins par les bénéficiaires du village B est un peu plus de trois fois supérieure à celle des non-mutualistes. Toutefois, elle s'élève en moyenne, sur un an, à une consultation par personne, ce qui était le taux d'utilisation attendu suite à l'étude de faisabilité. Ce taux reflète la morbidité locale;
- la consommation des bénéficiaires du village A est très nettement supérieure aux prévisions car elle s'élève à deux consultations par an et par personne;
- la différence entre les deux villages s'explique par le fait que la distance entre le village B et le centre de santé décourage les recours inutiles aux soins. En revanche, dans le village A, la proximité du centre de santé incite les adhérents à multiplier les consultations non nécessaires, d'où un important phénomène de surconsommation.

## La surprescription

L'augmentation des dépenses moyennes de soins peut également résulter d'un changement de comportement des prestataires de soins. La solvabilité des bénéficiaires de la mutuelle peut en effet inciter certains prestataires à avoir recours aux actes les plus rentables ou à prescrire des soins inutiles afin d'augmenter leurs marges bénéficiaires ou de donner «satisfaction» aux bénéficiaires.

Ce phénomène se traduira, par exemple, par un allongement de la durée de séjour en hospitalisation, la prescription systématique d'exams de laboratoire, de radiographies, d'échographies, etc., ou encore une augmentation du nombre moyen de médicaments par ordonnance. Le risque de surprescription est d'autant plus important que, comme on l'a vu précédemment, les bénéficiaires peuvent eux-mêmes pousser les prestataires à ce type de pratiques.

## Les fraudes et les abus

Il existe plusieurs types de fraudes possibles parmi lesquelles la plus fréquente est l'usurpation d'identité par des individus cherchant à profiter des prestations de la mutuelle, sans en être bénéficiaire et donc sans contribuer à son financement.

Cette fraude peut être le fait:

- ✓ des adhérents eux-mêmes qui peuvent être tentés (voire poussés) de faire accéder des personnes de leur entourage (membres de la

famille ou voisins par exemple) aux prestations de la mutuelle alors qu'elles n'en sont pas bénéficiaires;

- ✓ d'individus extérieurs à la mutuelle qui tentent de se faire passer pour des bénéficiaires auprès des prestataires de soins.

Les abus et fraudes se traduisent concrètement pour la mutuelle par une augmentation de l'utilisation des services de santé. Cette augmentation sera progressive. Elle peut être stoppée rapidement si la mutuelle réalise un bon contrôle permettant de détecter et sanctionner les premiers cas de fraudes. Elle peut, en revanche, s'accroître rapidement et atteindre des proportions catastrophiques lorsqu'il n'y a ni contrôle, ni sanction.

Le contrôle social joue un rôle important à ce niveau. C'est pourquoi le risque de fraudes et d'abus est moins important dans une petite mutuelle où tous les adhérents se connaissent. Ce risque est en revanche particulièrement important dans les grosses mutuelles. Il l'est également en cas de collusion entre les adhérents et les prestataires de soins. A titre d'exemple, des adhérents peuvent s'entendre avec un prestataire pour que celui-ci fasse passer des consultations en tant que petites hospitalisations lorsque ces dernières constituent le seul service couvert par leur mutuelle.

### **L'occurrence de cas catastrophiques**

Ce dernier risque est lié à des événements exceptionnels et non maîtrisables par la mutuelle, telles que:

- ✓ la survenue d'épidémies qui provoquent une augmentation massive et brutale de la quantité et/ou du coût des prestations et peuvent aboutir à une situation de crise financière pour la mutuelle;
- ✓ la prise en charge d'une dépense de soins exceptionnelle. Ce risque concerne essentiellement la couverture des services d'hospitalisation et de chirurgie et survient lors de la prise en charge d'une atteinte particulièrement grave nécessitant une intervention lourde et coûteuse. Il s'agit de cas rares mais qui peuvent également placer une petite mutuelle en situation de crise financière.

## **1.2 La prévention des risques liés à l'assurance**

---

L'objectif de la prévention est d'éviter la survenue des risques décrits précédemment ou de réduire leur impact sur la mutuelle. Ces risques étant connus à l'avance, les responsables d'une mutuelle de santé doivent intégrer dans les mécanismes de fonctionnement, un ensemble de mesures qui permettront de prévenir ou de limiter leur survenue. Ils devront notamment tenir compte que les risques sont très dépendants de la nature des services couverts.

Il n'existe pas de recette miracle dans ce domaine et chaque mutuelle doit choisir, parmi toutes les mesures possibles, celles qui sont les mieux adaptées à sa situation. Les mesures les plus courantes sont décrites ci-dessous en mettant en évidence leurs effets positifs et

négatifs. En effet, chaque mesure peut avoir des conséquences néfastes, notamment sur les adhésions.

### **Les mesures se rapportant aux adhésions**

Ces mesures visent à réduire le risque de sélection adverse en:

- ✓ recherchant une couverture la plus importante possible des bénéficiaires potentiels. L'objectif est en quelque sorte de «diluer» la proportion de personnes à fort risque de maladie;
- ✓ limitant la possibilité pour les membres du public cible de décider individuellement d'être assurés ou non.

Les principales mesures possibles concernent les types, les modes et la période d'adhésion, le nombre de bénéficiaires au démarrage de la mutuelle et le respect de l'unité de base des adhésions.

#### **Les types d'adhésion**

Trois principaux types d'adhésion sont possibles dans un système d'assurance:

- ✓ l'adhésion volontaire: l'adhérent potentiel est libre de choisir d'adhérer ou non à la mutuelle;
- ✓ l'adhésion automatique: l'adhésion est automatique lorsque l'appartenance à une entité (village, coopérative, entreprise, etc.) entraîne automatiquement l'adhésion à la mutuelle. La décision d'adhérer est prise par le groupe (et non par chaque individu) et n'est pas imposée de l'extérieur;
- ✓ l'adhésion obligatoire: les individus, les familles ou les groupements sont obligés d'adhérer sans que cette décision n'ait été prise par eux.

#### **Les modes d'adhésion**

Trois principaux modes d'adhésion sont possibles selon que la base d'adhésion est:

- ✓ l'individu: chaque personne adhère individuellement sans obligation d'appartenance à une famille ou une collectivité;
- ✓ la famille: tous les membres de la famille doivent être inscrits et payer leur cotisation; les critères définissant la famille et la condition de personne à charge sont fixés par les statuts et le règlement intérieur;
- ✓ un groupe, un village, une coopérative, une entreprise, etc.: tous les membres adhèrent collectivement à la mutuelle.

L'adhésion individuelle comporte un risque maximum de sélection adverse. Ce mode sera généralement évité sauf lorsqu'il est associé à une adhésion obligatoire.

L'adhésion familiale et l'adhésion de groupe permettent en revanche de limiter le choix individuel d'adhérer et ainsi une répartition plus équilibrée de malades et de bien-portants au sein de la mutuelle. Ces

types d'adhésion atténuent donc le risque de sélection adverse. Ils introduisent cependant une contrainte pour les adhérents:

- ✓ l'adhésion familiale peut être défavorable aux familles nombreuses dont le montant de cotisation sera élevé lorsque celui-ci est fixé par personne;
- ✓ l'adhésion de groupe implique que tous les membres doivent pouvoir cotiser. Autrement dit, si un membre est dans l'impossibilité de payer sa cotisation, le groupe entier peut être exclu de la mutuelle. Cette contrainte peut être levée par la mise en place de mécanismes d'entraide et de solidarité au sein du groupe pour le paiement des cotisations.

L'incidence de ces modes d'adhésion est dépendante des types d'adhésion. Par exemple, une adhésion individuelle et volontaire entraînera un risque maximum de sélection adverse. A l'inverse, une adhésion obligatoire ou automatique par groupement est la mesure la plus efficace contre ce risque.

### **Le nombre de bénéficiaires au démarrage de la mutuelle**

Le risque de sélection adverse est important au démarrage d'une mutuelle, lorsque le nombre de ses bénéficiaires est encore peu important et que les premiers individus qui adhèrent sont ceux à fort risque de maladie (car plus intéressés à être couverts).

Une mutuelle doit donc chercher à toucher le plus de personnes possible dès le départ. Pour ce faire, elle peut:

- ✓ fixer un nombre limite de bénéficiaires au-dessous duquel elle ne pourra débiter ses prises en charge. Ce seuil est généralement fixé en pourcentage du public cible. Il permet une atténuation efficace des cas de sélection adverse mais doit être bien positionné. Le risque est en effet de bloquer le démarrage de la mutuelle si le nombre minimum de bénéficiaires à atteindre est trop élevé;
- ✓ réaliser des campagnes de sensibilisation. Le principe de la mutualisation du risque maladie doit être bien compris de l'ensemble des adhérents auxquels il n'est pas inutile de rappeler régulièrement les principes de responsabilité et de solidarité.

L'AG constitutive et les assemblées suivantes constituent des moments importants d'information et de sensibilisation des adhérents mais ne suffisent pas toujours. Une mutuelle de santé dispose également de nombreux relais possibles afin d'assurer une sensibilisation permanente: autorités locales, institutions religieuses, associations de quartiers, de jeunes, groupements féminins, etc.

Les campagnes de sensibilisation ont également pour but d'informer l'ensemble de la population afin d'accroître le nombre d'adhérents et garantir un meilleur fonctionnement des mécanismes d'assurance.

## La période d'adhésion

La possibilité d'adhérer à n'importe quel moment de l'année peut favoriser la sélection adverse surtout si la mutuelle met en place une période d'observation trop courte. Le risque porte ici surtout sur les interventions programmables (hernies, etc.). Suite au diagnostic, un individu peut demander à adhérer à la mutuelle puis prendre rendez-vous à l'hôpital en tenant compte de sa période d'observation.

La concentration des adhésions dans une période limitée de l'année réduit ce risque et présente également l'avantage de simplifier le suivi des activités de la mutuelle.

## Le respect de l'unité de base des adhésions

Lorsque l'adhésion est familiale (cas le plus fréquent) deux cas de figure peuvent être observés suivant le type de cotisation:

- ✓ une cotisation forfaitaire par famille (la cotisation est la même pour toutes les familles quel que soit le nombre de bénéficiaires) peut inciter les adhérents à inscrire le plus de personnes possible à leur charge. Le nombre de bénéficiaires par famille étant plus important que prévu, les dépenses moyennes en prestations le seront également. Il s'agit d'un aspect particulier du risque moral où l'adhérent rentabilise sa cotisation en ouvrant le droit aux prestations à un maximum de personnes;
- ✓ une cotisation fixée par personne peut conduire à l'effet inverse lorsque le public cible a des revenus limités: les adhérents sont tentés d'opérer une sélection et ne cotiser que pour les membres de la famille qui semblent les plus soumis au risque de maladie, ce qui conduit à un phénomène de sélection adverse.

Ces deux cas de figure montrent la nécessité pour la mutuelle de faire respecter les règles concernant les adhésions, et notamment, la définition de l'unité de base (famille, groupe, etc.) fixée par les statuts.

### Exemple

Un groupement de producteurs de café met en place une mutuelle de santé qui s'adresse à toute la population des villages et des hameaux de la commune, car le café est la principale culture de rente et est produit par toutes les familles.

Durant l'étude du contexte, le groupe de travail désigné par le groupement a recueilli plusieurs données qui lui ont permis notamment d'estimer:

- la taille moyenne des familles de la commune qui s'élève à 6,5 membres;
- la pyramide des âges reconstituée dans le tableau suivant:

Classes	0-10 ans	11-20 ans	21-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51 et plus	Total
% de femmes	13 %	11 %	8 %	5 %	4 %	9 %	50 %
% d'hommes	15 %	15 %	6 %	5 %	3 %	6 %	50 %
Total	28 %	26 %	14 %	10 %	7 %	15 %	100 %

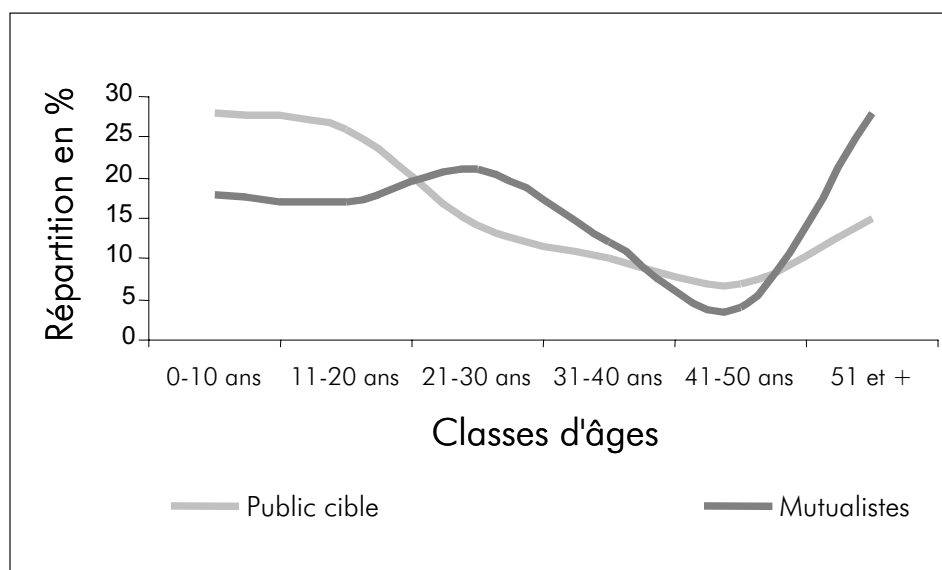
Sur la base des propositions faites par le groupe de travail, les membres du groupement de producteurs décident en AG constitutive de la mutuelle d'opter pour une adhésion familiale avec le paiement d'une cotisation pour chaque membre de la famille. La famille est définie comme comprenant le ménage et les personnes à charges (parents âgés, enfants recueillis, etc.). Les prestations de la mutuelle couvrent principalement les accouchements et les hospitalisations.

Durant la période d'adhésion, le CE de la mutuelle décide de suivre le profil des premiers bénéficiaires. Il constate ainsi que:

- la taille moyenne des familles des adhérents ne s'élève qu'à 3,5 membres;
- la pyramide des âges (sur la base des informations du registre d'adhésion) au sein de ce premier échantillon de mutualistes se présente ainsi:

Classes	0-10 ans	11-20 ans	21-30	31-40 ans	41-50 ans	51 et plus	Total
% de femmes	9 %	5 %	20 %	10 %	1 %	13 %	58 %
% d'hommes	9 %	12 %	1 %	2 %	3 %	15 %	42 %
Total	18 %	17 %	21 %	12 %	4 %	28 %	100 %

La traduction graphique des données de ces deux tableaux permet de mieux visualiser l'écart qui se produit entre le public cible et la population mutualiste:



#### Quelles conclusions le CE peut-il tirer de ces données?

- Trois catégories de personnes sont proportionnellement plus nombreuses dans la mutuelle que dans le public cible:
  - les femmes entre 21 et 40 ans;
  - les personnes de plus de 51 ans;
  - les femmes dans leur ensemble.
- D'autres sont au contraire moins nombreuses, notamment:
  - les jeunes de moins de 20 ans;
  - les hommes de 21 à 40 ans.

Une évaluation réalisée en fin de période d'adhésion permet de constater qu'une sélection s'effectue dans les familles où l'on tend à cotiser d'abord pour les femmes enceintes et les personnes âgées. Ce constat est renforcé par le fait que la taille moyenne d'une famille mutualiste est nettement plus faible que dans le public cible.

### **Quelles sont les mesures à mettre en œuvre?**

La mutuelle est clairement confrontée à un phénomène de sélection adverse. La proportion importante de personnes âgées pourrait entraîner un nombre important d'hospitalisations longues et coûteuses susceptibles de mettre rapidement la mutuelle en situation de crise financière.

Face à une telle situation, les responsables ont tout intérêt à lancer une campagne d'information, ou à convoquer une AG extraordinaire, afin de faire respecter l'unité familiale. Il leur faudra également envisager la mise en place d'autres mesures, telle que l'introduction d'une période d'observation suffisamment longue (pour les accouchements notamment) et celle d'un copaiement (voir ci-dessous). L'introduction de ces mesures devra être bien expliquée aux adhérents.

### **Les mesures se rapportant aux modalités de recours aux soins**

Ces mesures constituent un ensemble de garde-fous permettant de maîtriser les deux aspects du risque moral: la surconsommation et la surprescription. Ces mesures concernent également les autres risques, notamment les fraudes et abus et la sélection adverse.

#### **La période d'observation**

Le but principal de la période d'observation est d'éviter que des individus ne s'affilient que lorsqu'ils ont besoin de recourir aux soins. En effet, puisqu'il n'y a pas d'examen médical lors de l'adhésion, certaines personnes peuvent attendre d'avoir besoin des services de la mutuelle pour s'affilier et être tentées, une fois guéries, de la quitter. En agissant de la sorte, elles vont à l'encontre du principe de solidarité entre les malades et les bien-portants.

L'autre objectif de la période d'observation est de permettre à la mutuelle de se constituer des liquidités suffisantes pour faire face aux dépenses de santé dès le démarrage des prises en charge.

Si la période d'observation est fréquemment fixée à six mois, il faut souligner qu'il n'y a pas de règle générale en la matière. Certaines mutuelles la fixeront à trois ou parfois un mois, d'autres jusqu'à un an. De même, certaines mutuelles fixent une période d'observation similaire pour tous les services de santé couverts, d'autres en font varier la durée: un mois pour les consultations, trois mois pour les hospitalisations, dix mois pour les accouchements, etc.

La période d'observation est une mesure efficace contre la sélection adverse, mais elle n'est pas sans inconvénients.

- ✓ Une période d'observation trop longue est généralement mal comprise et tend à décourager les adhésions.
- ✓ Des périodes d'observation multiples en fonction des services de santé couverts, sont les plus logiques mais elles entraînent une



complexité plus importante pour déterminer les droits aux prestations et rendent ainsi la gestion technique de la mutuelle plus lourde.

### **Le copaiement**

Le copaiement correspond au montant du coût des soins qui reste à la charge du patient. Il s'agit d'un mécanisme de partage des risques et des coûts entre la mutuelle et l'adhérent. Les différents mécanismes de copaiement ont essentiellement un effet sur le risque moral et permettent une meilleure maîtrise des dépenses de la mutuelle. Mais ils présentent également des inconvénients dont celui d'être souvent mal perçu par les adhérents.

Le positionnement du copaiement doit être soigneusement étudié car:

- ✓ trop élevé, il risque de limiter l'accès aux soins et donc d'aller à l'encontre des objectifs de la mutuelle;
- ✓ trop faible, il n'aura que peu d'effet sur la surconsommation.

Le copaiement peut prendre plusieurs formes.

- ✓ Le ticket modérateur correspond à un pourcentage du coût des soins laissé à la charge du malade pour les services offerts par la mutuelle. Le montant à la charge du malade augmente proportionnellement à celui du coût des soins ce qui modère la consommation. Le ticket modérateur est le mécanisme le plus fréquemment utilisé notamment pour les petits risques (consultations, soins infirmiers, médicaments, etc.). Son principal inconvénient est que les adhérents ne peuvent pas savoir à l'avance ce qu'ils auront à payer.

#### **Exemple**

Une mutuelle de santé prend en charge 80 % du montant des dépenses d'hospitalisation à l'hôpital régional selon un système de tiers payant.

Pour une facture de 100 000 UM, la mutuelle paiera au prestataire  $100\,000 \times 80\% = 80\,000$  UM. Le ticket modérateur est de 20 %, en conséquence, 20 000 UM resteront à la charge du malade qui devra les verser directement à l'hôpital.

- ✓ Le plafonnement des prises en charge consiste à fixer une limite des dépenses ou du nombre de prestations au-delà de laquelle les soins sont à la charge des adhérents. Ce plafonnement est fixé soit par visite ou séjour (plafond des dépenses ou du nombre d'actes couverts lors de chaque recours à un service de santé) soit par an (plafond de dépenses annuelles ou de prestations couvertes par la mutuelle pour chaque bénéficiaire). Le plafonnement permet de limiter efficacement le risque moral et de «lisser» les dépenses en prestations maladie de la mutuelle. L'inconvénient majeur de cette mesure est qu'elle peut contraindre le bénéficiaire à ne pas consommer tous les soins nécessaires à son traitement.

## Exemples

Une mutuelle fixe pour les hospitalisations un plafond à 30 000 UM. Un adhérent dont la facture s'élève à 40 000 UM ne sera couvert qu'à hauteur de 30 000 UM et devra prendre à sa charge les 10 000 UM restants.

Une autre mutuelle passe un contrat avec un hôpital qui pratique, comme système de tarification, un forfait journalier. La mutuelle décide de plafonner sa prise en charge à l'équivalent de sept jours d'hospitalisation. Un adhérent ayant séjourné dix jours à l'hôpital devra supporter l'équivalent des trois jours dépassant le plafond, la mutuelle couvrant les sept premiers jours.

- ✓ La franchise est, à l'inverse du plafond, un montant fixe à la charge du patient, en dessous duquel la mutuelle n'intervient pas. Cette mesure permet de modérer les dépenses de la mutuelle tout en offrant aux adhérents une protection contre les grosses dépenses. La franchise doit être particulièrement bien positionnée. Trop élevée, elle découragera à terme les adhérents qui auront rarement l'occasion de bénéficier d'une prise en charge de leurs dépenses.

## Exemple

Une mutuelle de santé fixe la franchise pour les hospitalisations à 5 000 UM. Un adhérent dont les dépenses en hospitalisation se totalisent à 15 000 UM doit payer 5 000 UM et la mutuelle prendra en charge les 10 000 UM restants. Un autre adhérent dont la facture ne s'élève qu'à 4 000 UM devra payer celle-ci entièrement, la mutuelle n'intervenant pas puisque le seuil de la franchise n'est pas atteint.

## La référence obligatoire

La mutuelle peut exiger que les patients soient consultés par un prestataire de soins d'un échelon déterminé avant de se présenter à un prestataire d'un échelon supérieur (par exemple du médecin généraliste vers le spécialiste).

Cette exigence, appelée référence obligatoire, permet d'éviter les recours inopportuns aux structures sanitaires d'un échelon élevé, ce que certains adhérents peuvent avoir tendance à faire de manière à profiter davantage de la couverture de la mutuelle.

## Exemple

Une mutuelle intervient dans une zone de santé organisée autour d'un hôpital qui gère un ensemble de centres de santé périphériques. Ces centres de santé peuvent accueillir en hospitalisation les cas simples de médecine générale, avec des tarifs moins élevés que ceux de l'hôpital. Après étude, les taux d'utilisation par an et par personne en hospitalisation sont estimés, au regard de la morbidité, à 6 % pour les centres de santé et 2 % pour l'hôpital. Sachant que les malades sont généralement plus attirés par l'hôpital que par les centres de santé, la mutuelle et la zone de santé s'entendent pour mettre en place un schéma de référence. Sauf cas

exceptionnels, les malades devront d'abord passer par les centres de santé dont les médecins décideront de l'opportunité de référer ou non vers l'hôpital. Grâce à ce schéma, la majorité des hospitalisations sont traitées par les centres de santé, à moindre coût pour la mutuelle, tout en restant de bonne qualité.

### **L'entente préalable ou l'autorisation de prise en charge**

L'entente préalable est un mécanisme selon lequel l'assuré ou le prestataire doit obtenir, pour que la couverture s'exerce, une autorisation de prise en charge de la mutuelle avant que les soins ne soient dispensés.

Cette technique va dans le même sens de la référence obligatoire. Elle demande cependant l'intervention d'un médecin-conseil de la mutuelle qui peut apporter un avis médical extérieur et aide celle-ci à analyser les demandes des patients et à juger de la pertinence médicale des soins envisagés.

### **La rationalisation des prestations**

La rationalisation des prestations consiste en des mesures agréées entre un prestataire de soins et une mutuelle pour contenir les charges de celle-ci. Ces mesures reposent sur le contrôle des quantités de soins (actes effectués) et des prix pratiqués par le prestataire. Elles peuvent être définies à travers les contrats entre mutuelles et prestataires. Ces mesures portent sur la limitation des abus commis par les prestataires.

Les protocoles thérapeutiques constituent une mesure efficace de rationalisation des prestations. Un protocole thérapeutique est une procédure standardisée de traitement. Il définit, par type de pathologie, les actes de diagnostic (laboratoire, radiologie ou autres), les soins médicaux et les médicaments à prescrire. S'il est suivi, il permet de soigner le malade au meilleur coût. La mise en place de ces protocoles peut cependant se heurter aux habitudes de prescription qui diffèrent généralement d'un prestataire à l'autre.

La rationalisation doit également porter sur les médicaments. La mutuelle doit inciter à l'utilisation des médicaments génériques qui sont moins chers que les produits de marque, à qualité égale. Elle peut donc demander aux prestataires de ne prescrire que des médicaments génériques. Elle doit dans ce cas exclure ou limiter sa prise en charge des produits de marque et des spécialités.

### **Le contrôle du droit aux prestations**

Ce contrôle s'effectue avant, pendant ou après le recours aux soins et vise à vérifier le droit aux prestations au regard de l'identité du patient, du paiement des cotisations, de la période d'observation, etc. Ce contrôle repose sur l'utilisation de documents mis en place par la mutuelle: carte d'adhérent, lettre de garantie et/ou attestation de soins ou autres.

Le chapitre 3 de la partie 3 (La gestion des prestations) décrit les mécanismes et les documents liés à ce contrôle. Il est important de rappeler ici que ce contrôle doit être régulier et que les fraudes et abus identifiés doivent faire l'objet de sanctions. Les sanctions prennent généralement la forme d'une amende, d'une suspension temporaire des droits aux prestations et, pour les cas les plus graves, d'une exclusion de la mutuelle.

### **Les mesures se rapportant à la rémunération des prestataires de soins**

Le paiement des prestataires de soins peut se faire de multiples façons, parmi lesquelles le mécanisme du forfait s'avère particulièrement intéressant en matière de prévention du risque de surprescription puisqu'il fait porter une partie des coûts par le prestataire.

Le forfait est un mécanisme par lequel la mutuelle et le prestataire s'entendent sur un montant fixe correspondant à tout ou partie des actes engagés pour un patient mutualiste.

Le forfait peut être pratiqué de plusieurs façons.

#### **Forfait partiel**

Une partie des actes est facturée de façon forfaitaire (ex.: forfait pour les interventions chirurgicales et hospitalisations facturées en fonction de la durée du séjour).

#### **Exemple**

Une mutuelle de santé et un hôpital s'entendent sur un système de forfait partiel: chaque hospitalisation sera facturée 15 000 UM à la mutuelle quelle que soit la pathologie. Cependant, certains médicaments et consommables médicaux seront facturés en plus de ce forfait. Il s'agit notamment de certaines spécialités coûteuses.

#### **Forfait global par service**

Quels que soient le nombre d'actes, de consommables, la durée, etc., engagés pour un cas, le prestataire facture un montant fixe à la mutuelle (forfait consultation, hospitalisation, etc.).

#### **Exemple**

Une mutuelle de santé couvre les accouchements à la maternité du centre de santé d'un quartier populaire. Afin de favoriser cette initiative mutualiste et de simplifier la gestion, les responsables de la maternité proposent une facturation forfaitaire des accouchements. Le forfait comprendra: l'accouchement, les soins à la mère et au nourrisson et les médicaments et consommables médicaux.

#### **La capitation**

La mutuelle paie au prestataire un montant fixe par bénéficiaire, par mois, trimestre ou année, quelle que soit l'utilisation des services par les bénéficiaires. Ce mécanisme est généralement utilisé pour les soins primaires.

## Exemple

Une mutuelle et un centre de santé s'entendent sur un système de capitation pour le paiement des consultations.

Sachant que le taux d'utilisation prévu des mutualistes est de 1,5 consultation/an/personne, que le coût moyen d'une consultation est de 500 UM et que le nombre de bénéficiaires pour l'année qui débute est de 2 000 personnes, le forfait s'élève à:  $1,5 \times 2\,000 \times 500 = 1\,500\,000$  UM/an.

Le contrat passé prévoit un paiement mensuel, soit un montant forfaitaire de 125 000 UM/mois à acquitter par la mutuelle.

Le forfait limite le risque de surprescription car tout abus en matière de prescription d'actes et de médicaments est à la charge du prestataire. Il présente d'autres avantages non négligeables pour la mutuelle car il simplifie grandement le contrôle et le suivi des prestations ainsi que les opérations comptables et de remboursement.

Le forfait comporte cependant un inconvénient majeur: il peut inciter le prestataire à réduire le volume ou la qualité de ses prestations. De même, quelle que soit sa forme, le forfait ne permet pas une distinction et une codification des actes couverts et empêche, par conséquent, leur suivi par la mutuelle.

Pour réduire ces inconvénients, la pratique du forfait demande qu'une attention particulière soit apportée à la contractualisation avec le prestataire de soins.

### Les mesures se rapportant aux relations avec les prestataires de soins

Les mesures suivantes ne sont pas des mécanismes directs de prévention des risques liés à l'assurance. Elles jouent cependant un rôle important car elles déterminent d'une part les relations entre la mutuelle et les prestataires de soins et d'autre part la prévention des risques.

#### La sélection des prestataires de soins

Lorsqu'elle intervient dans un contexte où les prestataires de soins sont multiples, une mutuelle de santé a tout intérêt à sélectionner le ou les prestataires dont les conditions d'offre de services (tarif, qualité des soins, modalités de paiement, protocoles thérapeutiques, etc.) sont les plus favorables.

Outre ces conditions favorables, les relations entre la mutuelle et les prestataires de soins reposent en grande partie sur la confiance et le partenariat qu'il convient de développer.

#### La contractualisation avec chaque prestataire de soins

Le contrat entre la mutuelle et chaque prestataire de soins, ou groupement de prestataires, définit les mesures concernant le contrôle des bénéficiaires, les tarifs, les modalités de paiement, les protocoles thérapeutiques, etc. Il prévoit également les modalités de révision de ces mesures. Le contrat est donc un document important car il sert de référence en cas de dérapage et de litige.

## La participation à la cogestion des établissements publics de soins

Les mutuelles qui passent des contrats avec des dispensaires, des centres de santé, voire des hôpitaux, qui sont cogérés par les personnels de santé et des représentants des utilisateurs, ont tout intérêt à participer à ces structures de cogestion.

Les mutuelles représentent une part parfois importante des utilisateurs, ce qui lui donne un droit de regard et de parole sur la gestion des services de santé.

## Les mécanismes de consolidation financière

L'assurance santé présente certaines caractéristiques qui induisent des aléas sur son fonctionnement. Ces caractéristiques peuvent être résumées ainsi:

- l'assurance santé provoque des modifications dans le comportement des assurés et des prestataires. L'ampleur de ces modifications et des risques qui en résultent est difficile à prévoir. Comme il a été indiqué dans le chapitre précédent, il existe plusieurs mesures possibles pour prévenir et limiter ces risques, mais une mutuelle ne peut généralement pas les contrôler totalement, notamment en ce qui concerne les cas catastrophiques (épidémies, etc.);
- dans une assurance, la cotisation est calculée avant que les prestations interviennent et que leur prix de revient exact soit connu. Le calcul de la cotisation ne peut donc être basé que sur une estimation de ce prix de revient fondé sur les statistiques et la probabilité.

Par ailleurs, l'assurance repose sur une notion d'obligation: en contrepartie de sa cotisation, la mutuelle garantit à l'adhérent la prise en charge de certaines dépenses de santé. Elle doit également faire face à ses engagements vis-à-vis des prestataires de soins. Les caractéristiques susmentionnées et la garantie de réparation offerte par la mutuelle oblige celle-ci à mettre en place des mécanismes de consolidation financière qui lui permettront de faire face aux imprévus.

Ces mécanismes financiers sont principalement de trois ordres:

- les réserves;
- le fonds de garantie;
- la réassurance.

### 2.1 Les réserves

---

- Les réserves sont des capitaux propres constitués par la mutuelle pour faire face à des situations imprévues et pour disposer d'une plus grande sécurité financière. La formation de réserves constitue une règle élémentaire de prudence en matière de gestion d'une mutuelle soumise à de nombreux imprévus. Elle représente un premier niveau de protection qui fait généralement l'objet d'une réglementation.

Il est important de noter que les réserves sont alimentées par une affectation de tout ou partie du résultat excédentaire d'un exercice.

Les réserves peuvent être conservées sous forme de liquidités et donc aider à résoudre les problèmes de trésorerie; elles permettent aussi d'accroître la solvabilité de la mutuelle et sa solidité financière. Mais en pratique, les réserves ne sont pas nécessairement conservées sous forme liquide. Il se peut, en effet, qu'une mutuelle place ses réserves dans des immobilisations. En conséquence, une mutuelle peut avoir des réserves importantes mais connaître néanmoins des difficultés de trésorerie.

En règle générale, il est prudent de conserver une partie des réserves sous forme de disponibilités, l'autre partie pouvant être placée sur des dépôts à terme ou investie dans des immobilisations.

### **La constitution des réserves**

Les réserves sont constituées à partir des excédents des exercices comptables. La constitution des excédents est prévue dans le calcul des cotisations en y intégrant un facteur d'excédent unitaire. Le fait qu'une marge de sécurité soit incorporée au calcul de la prime de risque est également favorable à la constitution d'excédents lorsque les hypothèses à la base du calcul de la prime pure se vérifient.

En fin d'exercice, la mutuelle établit ses comptes annuels et calcule ainsi l'excédent de l'exercice. Comme il a été vu dans le chapitre 5 de la partie 4 (La clôture et la réouverture des exercices), les excédents sont répartis et peuvent être affectés en totalité ou en partie aux réserves. Les statuts et le règlement intérieur, voire la législation nationale, peuvent déterminer la part à affecter aux réserves.

## **2.2 Le fonds de garantie**

---

Le fonds de garantie est un autre mécanisme de protection d'une mutuelle contre les imprévus. Il s'agit d'un fonds auquel une mutuelle peut faire appel en cas de difficultés financières.

Ce fonds peut être mis en place et géré, entre autres, par:

- une union de mutuelles (gestion collective);
- une institution publique (ministère, etc.);
- une structure d'appui aux mutuelles;
- une banque.

Généralement, le fonds de garantie intervient sous forme de prêt à la mutuelle qui le sollicite. Il s'agit d'une avance de trésorerie qui n'est mis en jeu que lorsque la mutuelle est en état de cessation de paiements et ne peut plus maintenir ses prestations en faveur de ses bénéficiaires. Les conditions de mise en œuvre et de remboursement sont définies à l'avance. L'intervention du fonds de garantie peut être conditionnée à des modifications dans le fonctionnement de la mutuelle et à la mise en place d'un «plan de redressement».

## Exemple

Les mutuelles d'une région ont décidé de s'associer et de constituer une union, avec pour objectif de se doter de services communs en regroupant une partie de leurs moyens. Il s'agit notamment de services d'appui-conseil en gestion et de services financiers, comprenant, entre autres, la mise en place d'un fonds de garantie.

### Les objectifs du fonds de garantie

Le fonds de garantie a pour but de garantir aux adhérents des mutuelles le maintien de leurs prestations. Pour ce faire, il assure:

- en période de fonctionnement normal: le suivi régulier de l'évolution de la situation financière des mutuelles membres;
- en cas de situation critique: la sauvegarde des intérêts des adhérents de la mutuelle grâce à une avance de trésorerie. Lorsque la situation est particulièrement grave, l'union peut se substituer à la mutuelle pour le service direct des prestations aux bénéficiaires jusqu'à la fin de l'exercice en cours.

Ce fonds de garantie n'est donc pas un simple instrument financier. Il renforce l'appui technique et la prévention des situations financières critiques. Ainsi:

- les mutuelles membres de l'union doivent toutes se doter d'un système de gestion rigoureux et normalisé;
- l'union des mutuelles permet l'emploi d'un personnel compétent au service de toutes les mutuelles et capable d'assurer un appui technique en matière de gestion et de suivi;
- pour avoir accès aux prêts du fonds de garantie, chaque mutuelle doit respecter les règles communes en matière de gestion et fournir toutes les informations nécessaires au suivi. Elle s'engage également à suivre les recommandations de l'union concernant sa bonne gestion.

### La constitution du fonds de garantie

Le fonds de garantie est constitué par:

- une contribution des mutuelles fixée en pourcentage des prestations maladie de l'exercice précédent, c'est-à-dire du dernier exercice dont les résultats sont connus. Cette contribution ne constitue pas une nouvelle charge pour les mutuelles membres car elle est puisée dans leurs capitaux propres et continue de leur appartenir (participation au capital du fonds);
- des subventions extérieures: l'union reçoit des subventions de l'Etat qui a décidé de soutenir ainsi le développement mutualiste de cette région. Elle bénéficie également des subventions de quelques structures d'appui.

### Les conditions d'utilisation

La contribution de la mutuelle lui donne un droit d'emprunt au fonds de garantie. Le montant de cet emprunt est plafonné à l'équivalent de un an de prestations et le remboursement s'effectue selon des conditions convenues entre la mutuelle et l'union.

Chaque année, les mutuelles membres doivent présenter un rapport financier et d'activités (il s'agit des tableaux de suivi, du bilan, du compte de résultat et autres documents fixés par l'union). Ce rapport permet à l'union d'assurer un suivi et un appui aux mutuelles.

Toutes les mutuelles membres s'engagent à respecter des règles communes de rigueur de gestion. Le fonds de garantie entraîne de ce fait une certaine normalisation des pratiques et des documents de gestion. Chaque mutuelle reste cependant totalement libre quant à ses objectifs et ses activités.

- En cas d'emprunt, la mutuelle s'engage à mettre en œuvre des mesures de redressement qui sont élaborées avec l'union.



## 2.3 La réassurance

La réassurance est un autre dispositif de sécurité par lequel la mutuelle souscrit un contrat d'assurance auprès d'une autre structure d'assurance. Il s'agit en fait de l'assurance de l'assureur. Cette assurance peut être mise en place par un réassureur (encore faut-il que ce dernier existe, ce qui n'est pas le cas dans tous les pays). Elle peut également être organisée par plusieurs mutuelles qui créent ensemble une structure offrant des services de réassurance ou de coassurance (partage de certains risques entre les mutuelles).

### Les objectifs

La mutuelle peut ainsi s'assurer contre des risques dont les conséquences financières sont particulièrement importantes.

#### Les maladies coûteuses à caractère épidémique

La survenue d'une épidémie est un phénomène rare qui entraîne des frais extraordinaires pour une mutuelle. Une réassurance permet de partager ce risque entre plusieurs mutuelles et/ou avec d'autres systèmes d'assurance.

Le réassureur doit veiller à ce que les mutuelles qu'il assure soient dispersées sur le plan géographique de façon à ce qu'elles ne soient pas concernées simultanément par une même épidémie.

Il faut noter que plusieurs pays mettent en place des mesures spéciales lors de certaines épidémies, notamment des services de santé spéciaux (hôpitaux de campagne, etc.) dispensant des soins gratuits. Par exemple, cela est le cas lors des épidémies de choléra.

#### Les «excès de sinistre»

Ce terme est utilisé en assurance pour désigner un contrat de réassurance qui définit un montant maximal pour une prestation donnée, au-delà duquel le réassureur intervient. Ce type de contrat est intéressant lorsque la mutuelle couvre les soins de santé secondaires et tertiaires: lorsqu'un cas grave survient nécessitant une hospitalisation de longue durée, une chirurgie lourde et autres actes coûteux, la viabilité financière de la mutuelle peut être sérieusement menacée.

Ce type de contrat de réassurance permet de lisser les dépenses de la mutuelle.

#### Exemple

Un contrat «excès de sinistre» fixant un seuil, ou une franchise, de 100 000 UM pour les hospitalisations signifie pour la mutuelle que:

- pour toutes les hospitalisations inférieures à ce seuil, la mutuelle assume entièrement la dépense;
- pour les hospitalisations dont les coûts dépassent ce seuil, par exemple 250 000 UM, la mutuelle prend en charge 100 000 et le réassureur 150 000 UM.

Il s'agit d'un partage de risque entre la mutuelle et le réassureur.

## **Les conditions**

La réassurance est à distinguer du fonds de garantie, bien que ces deux mécanismes nécessitent l'existence d'une structure externe, union ou société d'assurance, qui permet d'organiser un partage des risques entre plusieurs mutuelles.

La souscription à un contrat de réassurance entraîne une nouvelle charge pour la mutuelle qui doit verser au réassureur une prime annuelle. Cette prime est fixée par le réassureur qui la calcule suivant un principe similaire à celui des cotisations de la mutuelle (fréquence, coûts, frais de gestion, etc.).

La réassurance n'intervient pas pour résoudre les situations de crise financière, elle contribue en revanche à leur prévention en éliminant les dépenses en prestations exceptionnelles.

# Partie 7

## **Le contrôle, le suivi et l'évaluation**



Les gestionnaires et administrateurs d'une mutuelle de santé doivent réaliser les activités permettant de contrôler, suivre et évaluer le bon fonctionnement de leur mutuelle. Ces fonctions sont cruciales pour la viabilité et l'efficacité de l'organisation. Cette partie traite de manière synthétique de ces aspects de la gestion<sup>17</sup>. Elle comprend quatre chapitres.

### **Chapitre 1 Le contrôle interne**

Ce premier chapitre décrit le contrôle interne effectué en particulier par l'assemblée générale et par le comité de surveillance. Des exemples de procédures et d'outils nécessaires à la réalisation de ce contrôle sont présentés.

### **Chapitre 2 La synthèse des informations de suivi: le tableau de bord**

Ce second chapitre présente un outil, le tableau de bord, qui permet de synthétiser les informations provenant des différents domaines de gestion de la mutuelle. Le tableau de bord constitue un instrument de pilotage très précieux pour les gestionnaires.

### **Chapitre 3 L'évaluation de la viabilité financière et économique d'une mutuelle de santé**

Ce troisième chapitre traite en premier lieu de l'évaluation de la viabilité financière de la mutuelle de santé. Sont ainsi abordées successivement les évaluations de la solvabilité, du financement de l'activité d'assurance et de la «bonne marche financière» de la mutuelle. Le chapitre étudie ensuite la viabilité économique de la mutuelle de santé.

### **Chapitre 4 L'évaluation et les ajustements du fonctionnement d'une mutuelle de santé**

Ce dernier chapitre décrit les différentes formes possibles d'évaluation dans une perspective de développement de la mutuelle de santé. L'utilisation des évaluations pour un pilotage efficace à court, moyen et long terme est ensuite illustrée sur la base d'exemples concrets.

## **Le contrôle interne**

Le contrôle interne a pour objectifs de vérifier que:

- les décisions de l'AG sont bien exécutées;
- les tâches définies et réparties entre les responsables et les gestionnaires par les statuts et le règlement intérieur sont effectivement accomplies;
- les procédures de gestion sont correctement suivies et les opérations financières et l'enregistrement comptable sont effectués en conformité avec les «règles de l'art».

Le contrôle vise également à analyser les éventuelles défaillances et apporter les correctifs nécessaires pour améliorer l'organisation et le fonctionnement de la mutuelle.

<sup>17</sup> Pour une revue plus détaillée des mécanismes de suivi et d'évaluation, le lecteur pourra se reporter au *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé*, BIT-STEP, CIDR, 2001.

Le contrôle est une activité parfois mal perçue par les administrateurs d'une organisation car il est souvent assimilé à une opération de «police» qui n'apporte que des «ennuis». Il s'agit au contraire d'un facteur favorable au travail des administrateurs car le contrôle favorise une plus grande transparence, évite les malentendus et renforce de ce fait la confiance nécessaire à un bon déroulement des activités.

Le contrôle est réalisé en interne par deux organes de la mutuelle: le CS et l'AG. On notera que d'autres organes effectuent également des contrôles. Il s'agit cependant de contrôles d'une nature différente. Par exemple, le CE doit effectuer des contrôles «techniques» comme celui du droit aux prestations ou du respect des tarifs agréés avec les prestataires.

## 1.1 Le contrôle par le comité de surveillance

---

Les fonctions du CS ont été présentées dans la partie 2. Le contrôle réalisé par cet organe porte sur la bonne utilisation des documents de gestion des adhésions, des cotisations et des prestations, la bonne tenue de la comptabilité, la bonne marche des mécanismes de suivi et le respect des engagements de la mutuelle vis-à-vis des adhérents et des tiers (en particulier des prestataires).

- La bonne utilisation des documents de gestion des adhésions, des cotisations et des prestations. Les opérations de contrôle ont été présentées dans les chapitres consacrés à ce domaine de gestion (partie 3). Il s'agit principalement de vérifier que les informations sont bien enregistrées et sont exactes.
- La bonne tenue de la comptabilité. Globalement, le CS doit contrôler que:
  - ✓ la comptabilité est à jour (pas de retard dans l'enregistrement des opérations);
  - ✓ pour chaque opération, il existe une pièce justificative;
  - ✓ chaque dépense a fait l'objet d'un ordonnancement;
  - ✓ les soldes réels de la caisse et du ou des comptes bancaires sont conformes à ceux mentionnés dans les documents comptables;
  - ✓ les documents comptables (journaux, grand livre, etc.) sont bien tenus.

Certaines de ces opérations comme le contrôle de la caisse et le rapprochement bancaire ont été présentées dans la partie 4.

- La bonne marche des mécanismes de suivi. Il s'agit de vérifier que les tableaux de suivi des adhésions, des cotisations et des prestations ainsi que le tableau de bord (voir partie 7, chapitre 2) sont tenus à jour.
- Le respect des engagements de la mutuelle vis-à-vis des adhérents, des prestataires et des autres partenaires. La mutuelle doit respecter un ensemble d'obligations prises à travers ses statuts, les contrats avec les prestataires de soins et, éventuellement, les ententes avec d'autres partenaires. Le CS doit par exemple vérifier que:
  - ✓ des adhérents n'ont pas été exclus ou que des adhésions n'ont pas été refusées abusivement;
  - ✓ les factures des prestataires sont payées dans les délais fixés par les contrats;
  - ✓ les éventuels prêts bancaires sont remboursés selon les conditions établies.

Les tâches du CS sont donc nombreuses et variées. L'utilisation d'une liste de contrôle (check-list) peut faciliter la réalisation de ces tâches et rendre le travail du comité plus méthodique. Cette liste doit recenser les contrôles les plus importants concernant les principaux documents et les opérations courantes.

Il est important également de souligner que les membres du CS ne peuvent réaliser le travail de contrôle que si eux-mêmes bénéficient d'une formation similaire à celle des membres du CE et du CA.

### Exemple

Une mutuelle de santé confie une partie de sa comptabilité à une structure d'appui. Le CE tient un journal de caisse et un journal de banque ainsi qu'un brouillard pour les opérations diverses (comptabilité de trésorerie). Il enregistre les adhésions, les cotisations et les prestations dans des registres. Un manuel de procédures ainsi qu'un accord avec la structure d'appui régissent ces différentes opérations.

Le CS réalise un contrôle mensuel sur la base d'une liste d'opérations préparée à l'avance. Ce contrôle donne lieu au remplissage de la fiche suivante.

Contrôle du mois de: .....

Date du contrôle: .....

#### 1. Contrôle de l'enregistrement des adhésions

	Total des fiches d'adhésion <sup>18</sup>	Solde du registre d'adhésion
Nombre d'adhérents		
Nombre de personnes à charge		
Nombre de bénéficiaires		

Explication des éventuels écarts constatés entre les totaux des fiches d'adhésion et les soldes du registre d'adhésion.

#### 2. Contrôle de l'enregistrement des cotisations

	Total des fiches de cotisation	Solde du registre des cotisations	Journal de caisse ou banque
Cotisations émises			
Cotisations perçues			
Arriérés			

Explication des éventuels écarts constatés entre les totaux des différents documents.

18 Dans l'ensemble des tableaux, les données se rapportent au mois considéré dans le cadre du suivi.

### 3. Contrôle de l'enregistrement des prestations

	Total des attestations de soins (le cas échéant)	Total des factures des prestataires	Total du registre des prestations	Total du journal de caisse et/ou de banque
Total des dépenses en prestations maladie				

Explication des éventuels écarts constatés entre les totaux des différents documents.

### 4. Contrôle de la caisse

Bordereau de caisse en annexe.

### 5. Contrôle du compte bancaire

Tableau de rapprochement bancaire en annexe.

### 6. Contrôle du paiement des factures des prestataires

	Centre de santé de Gurtuh	Maternité de Gurtuh	Hôpital de Quatak
Date convenue de paiement			
Date effective de paiement			
Montant à payer			
Montant payé			

Explication des éventuels dépassements de délais et/ou d'écarts entre les montants facturés et les montants payés.

### 7. Contrôle de l'envoi de la comptabilité du mois précédent à la structure d'appui

Date d'envoi prévue		
Date d'envoi effective		
Documents envoyés:		
– Double du registre d'adhésion	OUI	NON
– Double du registre des cotisations	OUI	NON
– Double du registre des prestations	OUI	NON
– Double du journal de caisse	OUI	NON
– Double du journal de banque	OUI	NON
– Double du bordereau de caisse	OUI	NON
– Double du tableau de rapprochement bancaire	OUI	NON

Explication en cas de dépassement du délai d'envoi et/ou l'absence d'un ou plusieurs documents dans l'envoi.

En plus de cette fiche mensuelle, le CS établit un bref rapport annuel qui synthétise l'ensemble des problèmes rencontrés dans l'année et les améliorations à apporter. Ce rapport est organisé autour des rubriques suivantes:



1. la tenue des documents;
2. l'application des procédures;
3. le suivi des engagements;
4. autres.

## 1.2 Le contrôle par l'assemblée générale

La gestion courante de la mutuelle est réalisée par le CA et le CE. Les membres de ces organes doivent rendre compte aux adhérents qui, réunis en AG, ont à charge de prendre les grandes décisions et de définir les orientations de la mutuelle.

Le CA et le CE doivent donc présenter un compte rendu des activités réalisées et de la situation financière de la mutuelle. Ce compte rendu est établi sur la base d'un rapport d'activités portant sur l'année écoulée. Ce rapport est élaboré sous la responsabilité du CA. Il sert de base, avec le rapport du CS, pour le contrôle des activités de la mutuelle par l'AG.

### Le rapport annuel d'activités

Le rapport d'activités doit être compréhensible pour tous et permettre à tous les adhérents de prendre une part effective dans les décisions qui seront prises lors de la réunion. Pour ce faire, il est utile de suivre les recommandations suivantes:

- ✓ la présentation doit être concise, afin de laisser le plus de temps possible aux discussions sans lasser les participants;
- ✓ les informations doivent être bien choisies et facilement assimilables: il faut éviter de «noyer» les adhérents sous une masse de chiffres et de données;
- ✓ les informations doivent être présentées de manière attrayante: il faut éviter par exemple de réciter une liste de chiffres ou de réaliser de longs exposés. Les données peuvent être visualisées au moyen d'illustrations simples (dessins, schémas, etc.), préparées à l'avance;
- ✓ les données présentées doivent être expliquées: d'où provient le résultat de l'exercice, à quoi correspondent les retards de cotisations, etc.;
- ✓ les données doivent être rapportées aux prévisions qui avaient été faites pour l'année considérée. Elles doivent également être comparées aux données des années précédentes afin de pouvoir étudier leur évolution. Lorsque cela est possible, il est intéressant de les confronter aux données d'autres expériences mutualistes similaires;
- ✓ la présentation doit proposer l'analyse et le diagnostic du CA et du CE (ou autres organes) et déboucher sur des propositions sur lesquelles devront débattre les adhérents;
- ✓ le rapport d'activités ne doit pas rester confidentiel. Il doit être distribué aux adhérents qui le demandent, voire aux partenaires extérieurs;

- ✓ le rapport doit enfin être soigneusement archivé, car il constitue un témoignage de l'historique de la mutuelle.

Il n'existe pas de forme obligatoire ni permanente de rapport. Celui-ci devra être conçu en fonction des informations à présenter, des constatations, des problèmes, etc.

## **Exemple**

Le CA d'une mutuelle de santé présente chaque année son rapport d'activités à l'AG. Pour ce faire, le plan suivant est utilisé. Il regroupe la présentation des activités et du bilan global de l'année écoulée et le programme d'action proposé pour l'année à venir.

### **Introduction**

- Période sur laquelle s'étend le rapport.
- Présentation des rédacteurs (membres du CA et/ou du CE).

### **I. Rapport d'activités de l'année écoulée**

#### **1. Les réunions des différents organes**

#### **2. Les adhésions**

- Nouveaux adhérents, départs, nombre total d'adhérents, de personnes à charge et de bénéficiaires, commentaires sur l'évolution (augmentation ou diminution).
- Points forts et problèmes rencontrés.

#### **3. Les prestations**

- Nombre de prises en charge par service de santé couvert, montants, évolution.
- Points forts et problèmes rencontrés.

#### **4. Les autres services de la mutuelle**

#### **5. Les états financiers**

- Rappel de la situation financière de l'année précédente.
- Compte de résultat et bilan de l'année.
- Commentaires sur les évolutions.
- Points forts et problèmes rencontrés.

### **II. Programme d'activités pour l'année à venir**

1. Synthèse des points forts et des points faibles de l'année écoulée
2. Solutions proposées aux difficultés rencontrées
3. Mise en place de nouveaux services
4. Proposition de budget pour l'année

### **III. Conclusion**

### **ANNEXES**

Tableau de bord de l'année écoulée

Etats financiers de l'année écoulée

Budget prévisionnel détaillé pour l'année à venir

Le contrôle interne réalisé par le CS et par l'AG est généralement complété par un contrôle externe défini par la loi. Ce dernier porte généralement sur la comptabilité et, souvent, sur la situation financière de la mutuelle. Il vise principalement à protéger les tiers. Il permet également à la mutuelle d'accroître sa crédibilité vis-à-vis de ceux-ci.



## La synthèse des informations de suivi: le tableau de bord

Le suivi peut se définir comme une activité continue qui consiste à:

- surveiller le bon déroulement du programme d'activités prévu;
- fournir, en temps utile, les éléments d'informations nécessaires à une gestion et une prise de décisions efficaces.

On désigne par «système de suivi» l'ensemble des procédures, documents, circuits de l'information et responsabilités qui permettent la collecte et le traitement des données réalisés dans le cadre du suivi<sup>19</sup>.

Une partie du système de suivi a été présentée dans les parties précédentes. Il s'agissait des différents outils de collecte des données «à suivre»:

- le tableau de suivi des adhésions;
- le tableau de suivi des cotisations;
- le tableau de suivi des prestations;
- le tableau de rapprochement prévisions-réalisations du budget;
- le plan de trésorerie.

Ces outils apportent de nombreuses informations réparties entre différents domaines de gestion de la mutuelle. Il est important de rassembler ces informations et de les analyser. Cela est l'objectif d'un outil particulièrement important, le tableau de bord.

### 2.1 Le tableau de bord

---

Le tableau de bord d'une mutuelle de santé joue le même rôle que celui d'une voiture qui permet au conducteur de contrôler sa vitesse, de suivre sa consommation de carburant et d'identifier d'éventuels dysfonctionnements grâce à différents voyants et jauges. Grâce à ces outils, le conducteur sait quand il doit mettre de l'essence, ajouter de l'huile, réduire sa vitesse, etc. A lui de bien connaître le code de la route et de faire preuve d'un comportement raisonnable.

De la même façon, le tableau de bord de la mutuelle est un instrument de pilotage qui permet aux responsables et gestionnaires de suivre et gérer leur organisation, de renforcer ses points forts, d'évaluer et de corriger ses points faibles, de contrôler les comportements des utilisateurs et des prestataires de soins, d'identifier d'éventuels dérapages et d'intervenir en temps opportun.

19 BIT-STEP, CIDR. 2001: *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé* (Genève) vol. 1 et 2.

La mise à jour régulière du tableau de bord peut être requise pour la délivrance de services par des structures (union, fonds de garantie, centre de services, etc.) auxquelles la mutuelle adhère ou avec lesquelles elle est en relation contractuelle. Dans ce cas de figure, le tableau de bord peut être établi soit par:

- la mutuelle elle-même qui l'envoie ensuite à la structure concernée;
- la structure qui demande à la mutuelle de remplir chaque mois des fiches de suivi avec toutes les informations nécessaires au calcul des indicateurs.

Le tableau de bord fournit une synthèse des principaux aspects représentatifs et quantifiables du fonctionnement de la mutuelle, de ses activités et de sa gestion. Il offre la possibilité de suivre, mois après mois, l'évolution d'indicateurs et de comparer ceux-ci avec des valeurs de référence et/ou avec leurs valeurs passées. Ces valeurs de référence, ou normes, sont celles que devraient atteindre chaque indicateur.

Par exemple, la taille moyenne d'une famille du public cible est utilisée comme indicateur dans le cadre du suivi de la taille moyenne des familles mutualistes. Lorsque ce dernier s'écarte sensiblement de la norme, les gestionnaires doivent rapidement s'interroger sur les raisons de cet écart.

Les taux d'utilisation et les coûts moyens des services de santé utilisés dans le calcul des cotisations sont également utilisés comme normes pour le suivi des prestations maladie.

Le tableau de bord permet ainsi de suivre les écarts entre les prévisions et les réalisations.

### ● **Présentation**

L'efficacité du tableau de bord dépend de sa présentation qui doit permettre de visualiser clairement les différents indicateurs et leur évolution.

Les utilisateurs de ce tableau de bord doivent se référer aux tableaux de suivi pour plus d'informations sur chaque indicateur.

### ● **Quelques règles pour la conception et l'utilisation d'un tableau de bord:**

- ✓ le tableau de bord est un outil stratégique de suivi et de prise de décisions. Il ne doit fournir ni insuffisamment ni excessivement de données pour permettre à l'utilisateur d'avoir une vue globale de la mutuelle;
- ✓ en conséquence, la mutuelle doit sélectionner les indicateurs afin de ne suivre que les plus pertinents et représentatifs au regard de ses activités, de son organisation, de son fonctionnement et de son stade de développement;
- ✓ lorsque la mutuelle couvre plusieurs prestataires de soins, les tableaux de suivi des taux d'utilisation et des coûts des services doivent être établis pour chaque prestataire puis globalement;
- ✓ de même, lorsque la mutuelle couvre plusieurs villages ou groupements, les tableaux de suivi des taux de pénétration et de recouvrement des cotisations sont tenus pour chaque groupement puis globalement;
- ✓ le tableau de bord est habituellement rempli mensuellement, une fois que tous les documents de gestion de la mutuelle ont été mis à jour;
- ✓ la présentation du tableau de bord doit permettre de comparer le plus simplement possible les différents indicateurs, mois par mois, pendant un exercice. Cela implique que:

- les bases de calcul des indicateurs restent les mêmes, afin d'être comparables;
- chaque indicateur fasse l'objet d'un tableau de synthèse (ou d'un graphique) dans lequel sont reportées ses valeurs mensuelles ainsi que sa valeur annuelle.

Il n'existe pas de formule universelle de tableau de bord. L'exemple ci-dessous donne une présentation des indicateurs les plus fréquemment rassemblés aujourd'hui dans les tableaux de bord des mutuelles des pays en voie de développement (les indicateurs financiers sont présentés dans le chapitre suivant). Le recours aux outils informatiques facilitent ici grandement la tâche (charge de travail, réduction des erreurs, visualisation graphique).

### **Exemple**

Une mutuelle couvre les hospitalisations (y compris les actes de chirurgie) dans un hôpital régional ainsi que les petites hospitalisations et les accouchements dans un centre de santé. L'adhésion est à période ouverte (possibilité d'adhérer à tout moment de l'année), avec une période d'observation de quatre mois pour tous les services de santé couverts.

Durant l'exercice 2002, les membres du CE tiennent à jour plusieurs tableaux de suivi à partir desquels des indicateurs du tableau de bord sont produits mensuellement. Les indicateurs inclus dans le tableau de bord sont:

- le nombre d'adhérents en relation aux objectifs;
- le nombre de bénéficiaires en relation aux objectifs;
- le taux de recouvrement des cotisations;
- les taux d'utilisation par type de prestations et prestataire;
- les coûts moyens par type de prestation et prestataire;
- le montant des encaissements et des décaissements.

Le CE a choisi de visualiser ces indicateurs par les graphiques suivants. Cette visualisation graphique n'est pas obligatoire. Toutefois, elle facilite l'analyse. Les graphiques sont en principe construits mois par mois, ce qui permet un suivi précis et des prises de décisions rapides. Pour faciliter l'analyse, une marge de sécurité de 10 % peut être tracée autour de la valeur des objectifs. Dès que la variable dépasse cette marge, le CE entreprend un contrôle pour identifier les causes des écarts.

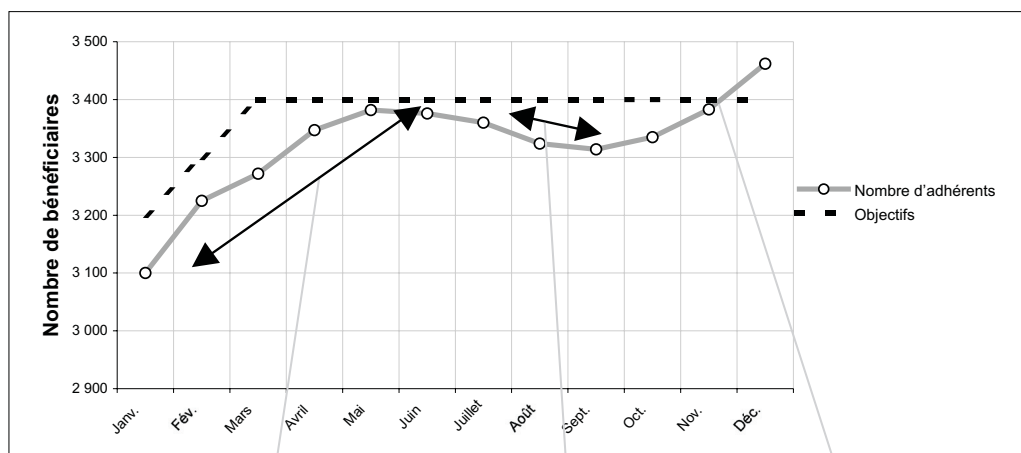
## Tableau de bord de la mutuelle

### Suivi du nombre d'adhérents

#### Données

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Nombre d'adhérents	3 100	3 225	3 272	3 347	3 382	3 376	3 360	3 324	3 314	3 335	3 383	3 462
Objectifs	3 200	3 300	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400	3 400

#### Aide graphique



Réalisation de campagnes de sensibilisation et d'information

Exclusion d'adhérents en retard de cotisation

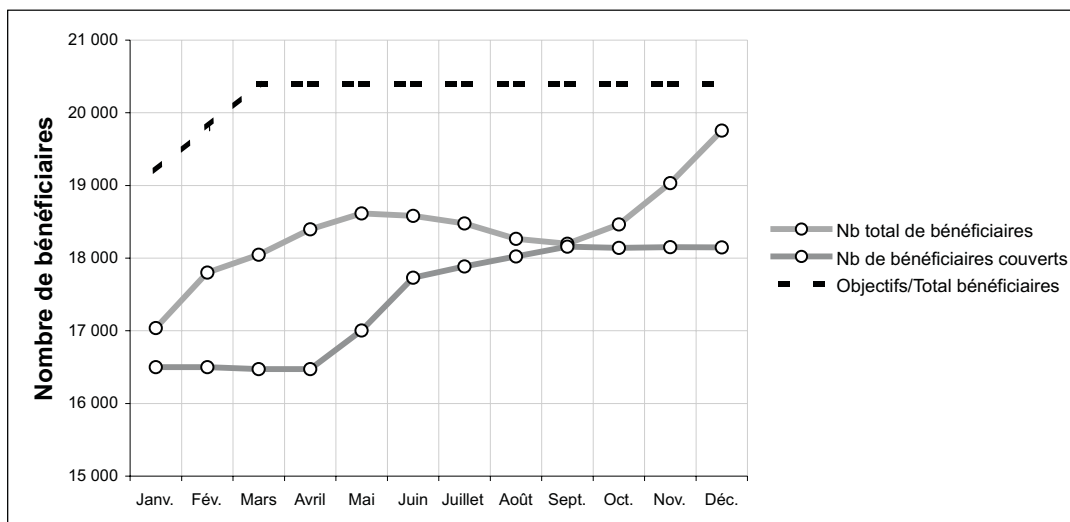
Atteinte de l'objectif fixé

### Suivi du nombre de bénéficiaires

#### Données

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Nombre total de bénéficiaires inscrits	17 038	17 803	18 046	18 396	18 616	18 581	18 476	18 266	18 197	18 464	19 033	19 756
Nombre de bénéficiaires couverts	16 499	16 499	16 474	16 473	17 006	17 731	17 884	18 025	18 157	18 140	18 150	18 149
Objectifs/ Total des bénéficiaires	19 200	19 800	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400	20 400

## Aide graphique

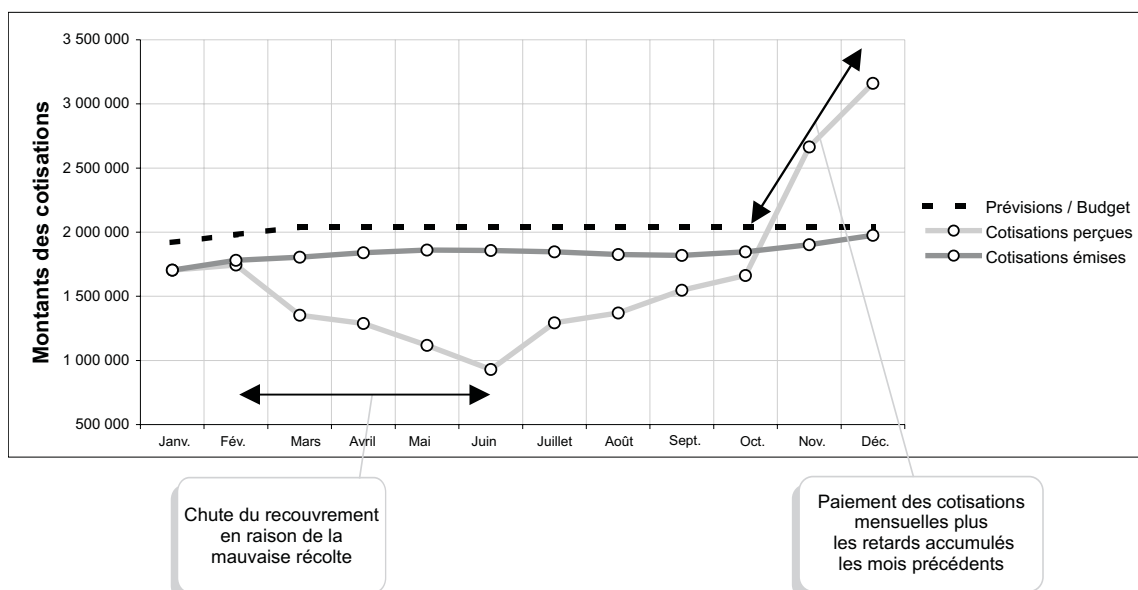


## Suivi du recouvrement des cotisations

### Données

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Prévisions/ Budget	1 920 000	1 980 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000	2 040 000
Cotisations perçues	1 703 800	1 744 694	1 353 450	1 287 720	1 116 960	929 050	1 293 320	1 369 950	1 546 745	1 661 760	2 664 620	3 160 960
Cotisations émises	1 703 800	1 780 300	1 804 600	1 839 600	1 861 600	1 858 100	1 847 600	1 826 600	1 819 700	1 846 400	1 903 300	1 975 600

## Aide graphique

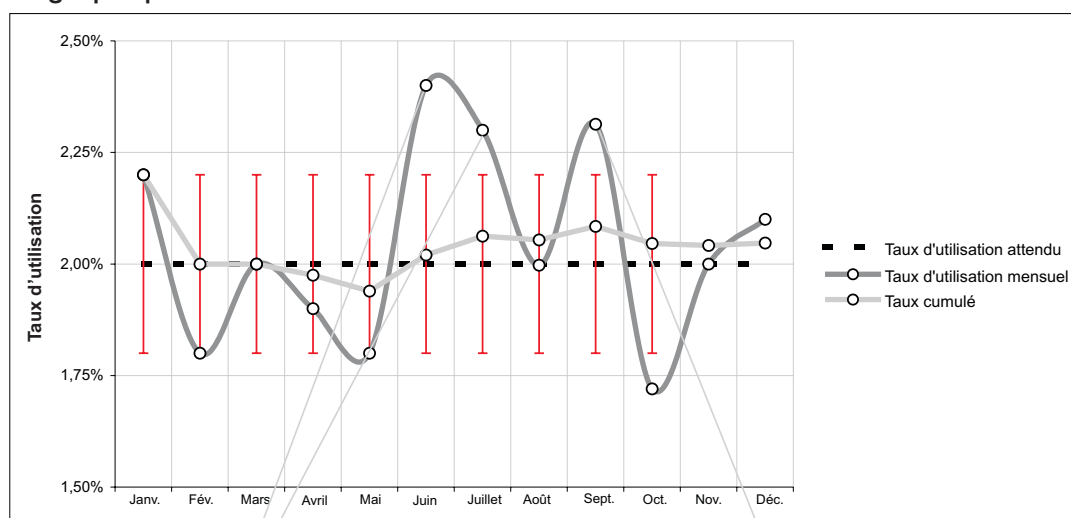


## Suivi des taux d'utilisation / hospitalisations - Hôpital régional

### Données

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Taux d'utilisation attendu	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %	2,00 %
Taux d'utilisation mensuel	2,20 %	1,80 %	2,00 %	1,90 %	1,80 %	2,40 %	2,30 %	2,00 %	2,31 %	1,72 %	2,00 %	2,10 %
Taux cumulé	2,20 %	2,00 %	2,00 %	1,98 %	1,94 %	2,02 %	2,06 %	2,05 %	2,08 %	2,05 %	2,04 %	2,05 %

### Aide graphique



Contrôle par le CE : taux liés à la morbidité locale

Contrôle par le CE : aucune anomalie détectée

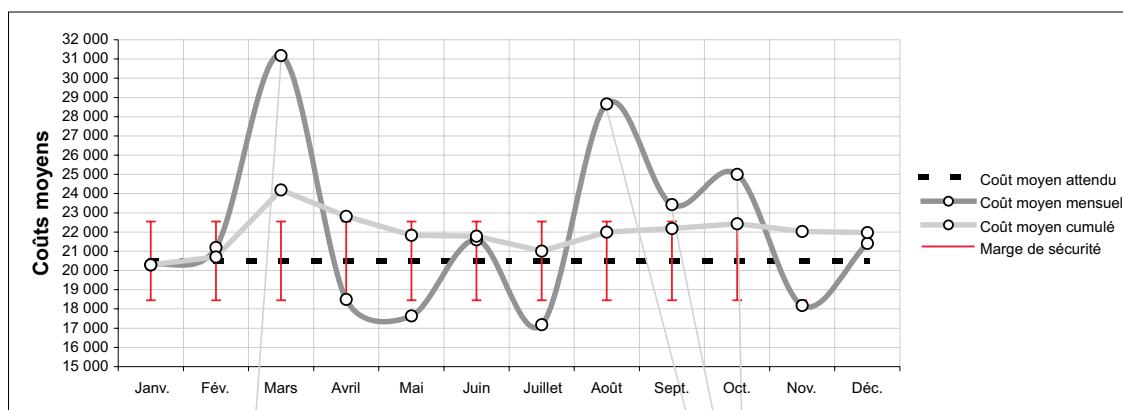
## Suivi des coûts moyens / hospitalisations - Hôpital régional

### Données

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Coût moyen attendu	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500	20 500
Coût moyen mensuel	20 300	21 200	31 176	18 500	17 641	21 600	17 183	28 667	23 429	25 000	18 182	21 410
Coût moyen cumulé	20 300	20 705	24 192	22 824	21 838	21 788	21 013	21 996	22 182	22 431	22 035	21 960



## Aide graphique



Contrôle par le CE : prise en charge d'une intervention chirurgicale importante

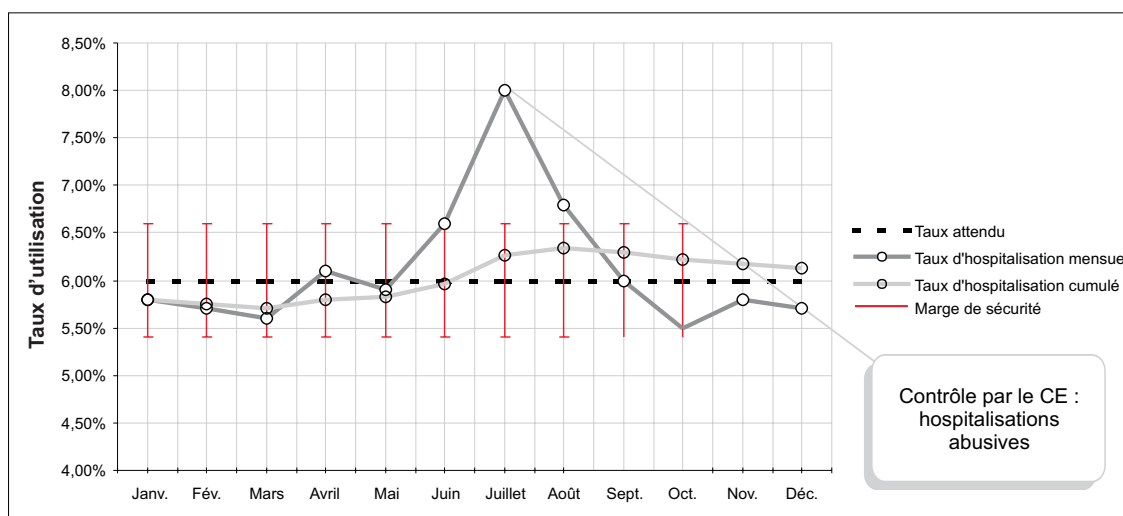
Contrôle par le CE : prise en charge d'hospitalisations coûteuses

## Suivi des taux d'utilisation / hospitalisations - Centre de santé

### Données

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Taux attendu	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %	6,00 %
Taux d'hospitalisation mensuel	5,80 %	5,70 %	5,60 %	6,10 %	5,90 %	6,60 %	8,00 %	6,80 %	6,00 %	5,50 %	5,80 %	5,70 %
Taux d'hospitalisation cumulé	5,80 %	5,75 %	5,70 %	5,80 %	5,82 %	5,96 %	6,27 %	6,34 %	6,30 %	6,21 %	6,17 %	6,13 %

## Aide graphique



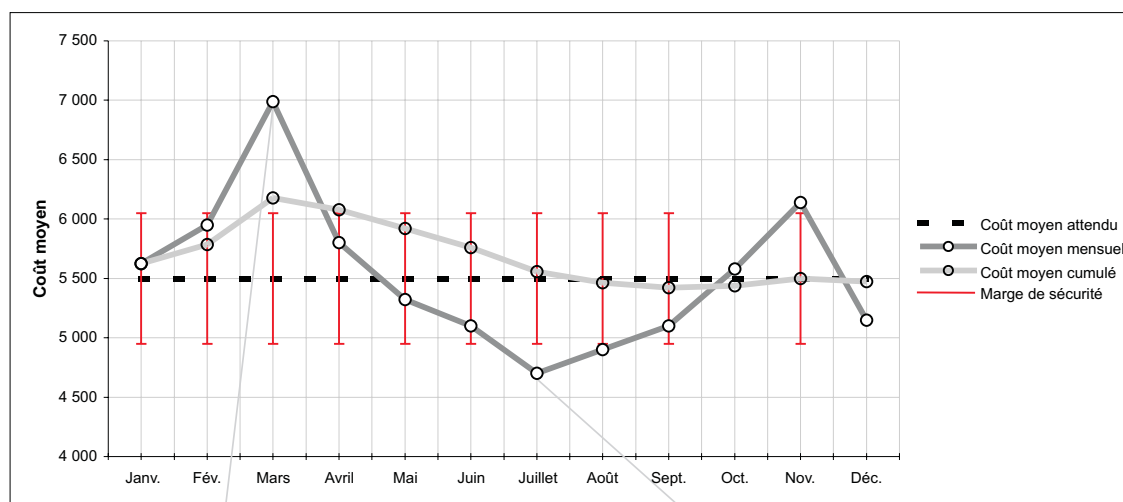
Contrôle par le CE : hospitalisations abusives

## Suivi des coûts moyens / hospitalisations - Centre de santé

### Données

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Coût moyen attendu	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500	5 500
Coût moyen mensuel	5 623	5 950	6 987	5 800	5 321	5 100	4 700	4 900	5 100	5 581	6 138	5 150
Coût moyen cumulé	5 623	5 785	6 178	6 079	5 921	5 761	5 557	5 464	5 423	5 438	5 500	5 472

### Aide graphique



Contrôle par le CE :  
montant élevé  
d'une hospitalisation  
justifiée

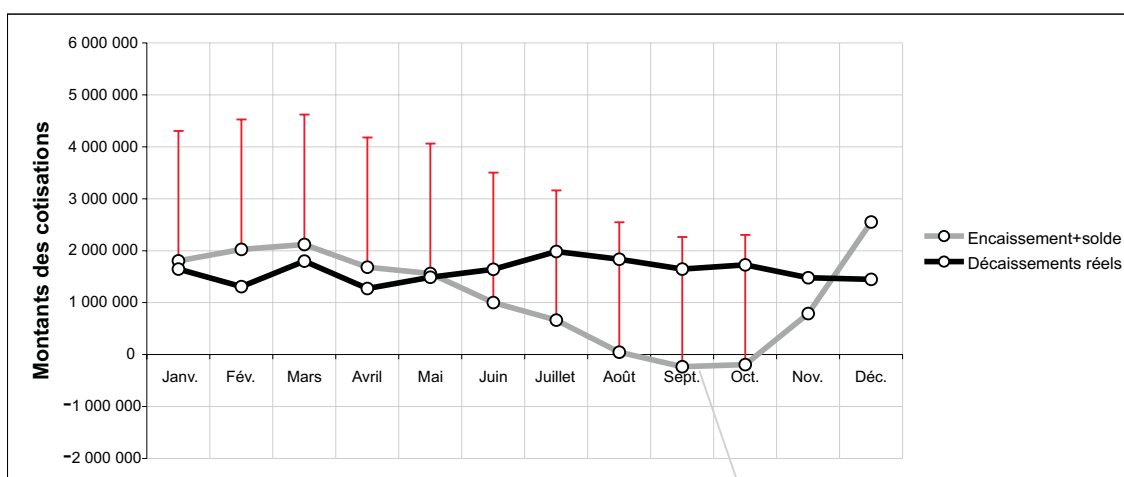
Contrôle par le CE :  
baisse des coûts  
à rapprocher des  
hospitalisations abusives

## Suivi des encaissements et des décaissements

### Données

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Encaissements réalisés + solde mois précédent	1 803 800	2 026 441	2 119 918	1 681 394	1 561 994	1 003 070	661 806	47 066	-235 271	-194 420	788 928	2 551 393
Décaissements réels	1 647 053	1 309 974	1 801 244	1 272 360	1 487 974	1 639 584	1 984 690	1 834 082	1 645 909	1 729 272	1 477 495	1 450 083

## Aide graphique



Ces valeurs négatives résultent des soldes négatifs depuis juin

NB: le financement des soldes négatifs a été assuré par la coopérative à l'origine de la mutuelle.

## 2.2 La résolution des problèmes identifiés

Le tableau de bord n'a d'utilité que s'il permet à la mutuelle de réagir rapidement et efficacement aux situations et aux problèmes identifiés.

Pour ce faire, une méthode simple, basée sur plusieurs étapes, est proposée ici<sup>20</sup>. Ces étapes sont réalisées par le CA et le CE, dans le cadre de la gestion courante de la mutuelle. Cependant, le choix d'une solution à mettre en œuvre nécessite parfois l'organisation d'une AG extraordinaire. Il s'agit de situations plutôt rares qui n'interviennent que lorsque les choix qui s'imposent dépassent les compétences des autres organes.

Dans les autres cas, les problèmes et autres événements ainsi que les solutions adoptées sont décrits dans le rapport présenté à l'AG annuelle.

### 1. L'identification d'un problème

Les problèmes sont généralement identifiés à partir du tableau de bord de la mutuelle et des activités de contrôle et de suivi. Il est nécessaire d'identifier à ce stade le plus précisément possible la nature du problème. Par exemple, une situation de trésorerie négative peut être interprétée comme la conséquence de trop fortes dépenses, alors qu'elle peut résulter, entre autres, d'un taux de recouvrement des cotisations trop faible; ces deux causes n'appelleront pas nécessairement les mêmes solutions.

### 2. La collecte et l'analyse des données

Le problème clairement identifié, les responsables de la mutuelle disposent des données issues des documents de gestion pour tenter d'en préciser les causes. Il est souvent nécessaire de rapprocher les informations des différents centres de gestion afin de cerner

<sup>20</sup> Ces étapes sont inspirées de: Institut Nord-Sud. 1989: *La gestion des petites et moyennes organisations africaines*, Gestion Nord-Sud, Montréal, pp. 82-83.

tous les liens de causes à effets. Il est également souvent nécessaire d'aller rechercher les informations auprès des adhérents ou des prestataires.

### **Exemple**

Les responsables d'une mutuelle constatent, à partir du tableau de bord, une brusque augmentation des taux d'utilisation pour les petites hospitalisations dans un centre de santé. Sur la base du registre des prestations, ils constatent que cette augmentation est due à une utilisation massive de ce service par les bénéficiaires d'un seul village.

Une première enquête est menée dans le village afin de vérifier qu'il ne s'agit pas de fraudes sur les identités. Il apparaît rapidement que tous les hospitalisés sont bien des bénéficiaires, ce qui exclut les fraudes sur les identités. En revanche, les responsables de la mutuelle constatent que tous les malades se plaignent des mêmes maux. Le médecin du centre de santé est alors rencontré et confirme que tous les habitants de ce village présentent les mêmes symptômes qui résultent d'intoxications.

Une nouvelle enquête est menée, en collaboration avec le médecin, dans le village afin de trouver la source de ces intoxications. On découvre que les planteurs de coton du village ont pris l'habitude de nettoyer leurs appareils de pulvérisation d'insecticides, dans une rivière, en amont du point où est puisée l'eau pour les besoins domestiques.

Pour résoudre ce problème, le CA de la mutuelle et le médecin décident de mener une campagne de sensibilisation auprès des planteurs et de les aider à trouver d'autres solutions pour le nettoyage de leurs appareils.

### **3. L'énumération des solutions**

Pour chaque problème, il existe le plus souvent plusieurs solutions envisageables que l'on cherchera à énumérer, quel que soit leur niveau de faisabilité.

### **4. La vérification des solutions possibles**

Les avantages et inconvénients de chaque solution identifiée sont étudiés et comparés en tenant compte notamment de leurs conséquences financières, leur impact sur les risques liés à l'assurance, leur concordance avec les objectifs de la mutuelle, etc.

### **5. Le choix de la meilleure solution**

La meilleure solution est très souvent une combinaison de plusieurs solutions possibles. Suivant l'importance de la solution et les responsabilités définies par les statuts et le règlement intérieur, ce choix incombe au CE, au CA ou, très exceptionnellement à l'AG réunie en session extraordinaire.

### **6. L'application de la solution choisie**

La mise en place de la solution retenue peut entraîner de nouvelles tâches et responsabilités et/ou une nouvelle répartition de celles-ci, un aménagement du budget, etc.

### **7. Le test de la solution**

La résolution d'un problème ou l'adaptation à une situation nouvelle ne s'arrête pas à la mise en place d'une solution. Il faut en effet vérifier que celle-ci est pertinente et efficace. De la même façon que pour la première étape, la solution testée fera l'objet d'un suivi et d'un contrôle.



## L'analyse de la viabilité financière et économique d'une mutuelle de santé

La viabilité économique et financière d'une mutuelle de santé peut être considérée comme sa capacité à couvrir durablement ses charges avec ses produits et à faire face à ses engagements financiers dans les délais requis.

L'analyse de la viabilité financière et économique d'une mutuelle est une opération indispensable qui doit être réalisée périodiquement. Elle permet de déterminer les mesures à prendre pour renforcer la solidité de la mutuelle et éviter qu'elle ne fasse «faillite». Elle est également nécessaire pour le développement des relations de l'organisation avec les tiers, avec les banques notamment.

Dans une grande mesure, l'analyse financière repose sur l'utilisation du compte de résultat et du bilan de l'exercice. Elle s'appuie également sur les états financiers des exercices antérieurs et sur d'autres sources d'informations relatives aux activités, notamment celles concernant les adhésions et les prestations.

Ce chapitre n'incorpore pas les possibilités de la comptabilité analytique qui est encore très rarement utilisée dans les mutuelles visées par ce guide. Cette comptabilité est toutefois un outil extrêmement puissant dont l'usage est fortement recommandé dans les mutuelles ayant la capacité de l'employer.

La méthode proposée ici est celle des ratios qui permet une analyse de la gestion, de la situation financière et une explication du résultat de la mutuelle. La présentation est succincte, cette analyse faisant l'objet d'un traitement plus détaillé dans le *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé*, produit et publié par le programme STEP et le CIDR<sup>21</sup>.

### Exemple

Pour illustrer le calcul des différents ratios présentés plus bas, on utilisera l'exemple de la Mutuelle Saphir, qui compte 575 adhérents, tous membres également d'une même coopérative. La mutuelle ne demande pas de droits d'adhésion. Elle reçoit en première année une subvention d'exploitation de la part de la coopérative, destinée à soutenir son démarrage.

La cotisation s'élève à 1 000 UM en année 1, elle sera augmentée à 1 200 UM en année 2. Toutefois, la politique adoptée par la mutuelle est de maintenir la cotisation à un niveau inférieur à son montant normal car les revenus de ses adhérents sont particulièrement faibles. Aussi, organise-t-elle des fêtes et d'autres activités lucratives afin de compléter ses ressources.

Les bilans et comptes de résultat simplifiés des deux premières années de fonctionnement de la mutuelle (année 1 et année 2) se présentent ainsi:

21 Le contenu de ce chapitre est en grande partie extrait de ce guide.

### Compte de résultat exercices 1 et 2

Charges			Produits		
	Année 1	Année 2		Année 1	Année 2
Prestations maladie	650 320	703 520	Subvention d'exploitation	200 000	
Frais de fonctionnement	175 530	90 980	Activités promotionnelles	150 000	230 000
			Cotisations	575 000	690 000
<b>Total des charges</b>	<b>825 850</b>	<b>794 500</b>	<b>Total des produits</b>	<b>925 000</b>	<b>920 000</b>
<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>99 150</b>	<b>125 500</b>			
<b>Total</b>	<b>925 000</b>	<b>920 000</b>	<b>Total</b>	<b>925 000</b>	<b>920 000</b>

### Bilan exercices 1 et 2

ACTIF			PASSIF		
	Année 1	Année 2		Année 1	Année 2
Cotisations à recevoir	75 000	110 000	Réserves		99 150
Banque	52 680	164 660	Report à nouveau	99 150	125 500
Caisse	24 470	18 490	Dettes à CT (factures à payer)	53 000	68 500
<b>Total</b>	<b>152 150</b>	<b>293 150</b>	<b>Total</b>	<b>152 150</b>	<b>293 150</b>

## 3.1 L'analyse de la situation financière par les ratios

Un ratio est un rapport entre deux données chiffrées. Pour qu'il soit intéressant, il doit y avoir une relation entre les deux grandeurs choisies, le numérateur et le dénominateur. Un ratio n'a pas de sens dans l'absolu. Il doit être comparé à quelque chose. Deux types d'analyse sont possibles:

- l'analyse des tendances. Elle consiste à comparer les ratios à différentes dates pour apprécier l'évolution de la situation financière de la mutuelle;
- la comparaison des ratios d'une mutuelle avec ceux d'autres mutuelles. Etant donné le manque d'information dans ce domaine, il sera proposé aux évaluateurs des «normes standards» permettant de caractériser la situation de la mutuelle.

La méthode des ratios dans le domaine financier permet une analyse systématique de la gestion et de la situation de la mutuelle que ce soit à un moment précis ou au cours d'exercices successifs. Cette analyse permet de répondre à trois questions fondamentales:

- la mutuelle est-elle solvable? Autrement dit, est-elle en mesure de faire face à ses engagements? (solvabilité de la mutuelle);
- les cotisations permettent-elles de financer l'activité? (financement de la mutuelle);
- les cotisations sont-elles utilisées essentiellement au paiement des prestations? («bonne marche financière» de la mutuelle).

Les ratios complètent la première information relative à la viabilité que constitue le résultat de l'exercice et son évolution au cours du temps. L'interprétation des ratios est toutefois délicate.

Il faut généralement utiliser non pas un seul ratio mais un ensemble de ratios pour caractériser et interpréter une situation financière.

## La solvabilité

Une mutuelle de santé doit être constamment en mesure de faire face à ses engagements financiers notamment vis-à-vis des prestataires de soins.

Dans le cas contraire, son existence même peut être remise en question à moins de prendre rapidement des mesures exceptionnelles.

Trois ratios permettent de mesurer la solvabilité d'une mutuelle à court, moyen et long terme:

- ✓ le ratio de liquidité immédiate;
- ✓ le ratio de capitaux propres;
- ✓ le ratio de couverture des charges.

### Le ratio de liquidité immédiate

Le ratio de liquidité immédiate évalue la solvabilité de la mutuelle à court terme en comparant les disponibilités, c'est-à-dire les avoirs en caisse et en banque, avec les dettes exigibles à court terme.

$$\text{Ratio de liquidité immédiate} = \frac{\text{Avoirs en caisse} + \text{avoirs en banque}}{\text{Dettes à court terme}}$$

Ce ratio permet ainsi de savoir si la mutuelle peut payer à temps ses fournisseurs (principalement les prestataires de soins dans le cas du système du tiers payant). Plus ce ratio est élevé, plus la liquidité est importante. Un ratio supérieur à 1 est considéré comme satisfaisant.

### Exemple

Pour ses deux premiers exercices, les ratios de liquidité immédiate de la Mutuelle Saphir sont:

- Année 1:  $(24\,470 + 52\,680) / 53\,000 = 1,5$ ;
- Année 2:  $(18\,490 + 164\,660) / 68\,500 = 2,7$ .

### Le ratio de capitaux propres

Ce second ratio indique la capacité de la mutuelle à honorer ses dettes (à court et long terme) sans recourir à l'emprunt. Il rapproche toutes les dettes contractées par la mutuelle (lesquelles ne sont pas toutes exigibles immédiatement) avec ses capitaux propres. Pour être considérée comme solvable, une mutuelle doit avoir un ratio de capitaux propres supérieur à 100 %.

$$\text{Ratio de capitaux propres} = \frac{\text{Capitaux propres}}{\text{Dettes}} \times 100$$

### Exemple:

Les ratios de capitaux propres de la Mutuelle Saphir en années 1 et 2 sont les suivants:

- Année 1:  $99\ 150 / 53\ 000 = 187\ %$ ;
- Année 2:  $(99\ 150 + 125\ 500) / 68\ 500 = 328\ %$ .

### Le ratio de couverture des charges

Ce ratio, appelé également le taux de réserve, est une troisième mesure de la solvabilité d'une mutuelle et plus précisément de son autonomie financière. Il compare les réserves de la mutuelle à ses charges mensuelles en prestations maladie.

Ce ratio peut être exprimé en pour cent:

$$\text{Ratio de couverture des charges} = \frac{\text{Réserves + report à nouveau du résultat}}{\text{Charges en prestations maladie}} \times 100$$

ou en mois:

$$\text{Ratio de couverture des charges} = \frac{\text{Réserves + report à nouveau du résultat}}{\text{Charges en prestations maladie}} \times 12$$

La valeur du taux de réserve à atteindre est généralement fixée entre 50 et 75 %, c'est-à-dire entre six et neuf mois de dépenses en prestations maladie. Il est conseillé de se fixer un taux de neuf mois en période de croissance qui peut ensuite être limité à six mois lorsque la mutuelle a atteint son équilibre et un fonctionnement stable.

### Exemple

Les ratios de couverture des dépenses pour les deux premiers exercices de la Mutuelle Saphir calculés à partir des bilans, sont:

- Année 1:  $99\ 150 / 650\ 320 = 15\ %$  ou 1,8 mois;
- Année 2:  $(99\ 150 + 125\ 500) / 703\ 520 = 32\ %$  ou 3,8 mois.

### Le financement de l'activité de la mutuelle

En principe, une mutuelle doit couvrir ses charges à l'aide des cotisations qu'elle perçoit. Il est intéressant de savoir ce qu'il en est dans la réalité. Deux ratios sont utilisés:

- ✓ le ratio cotisations acquises / charges d'exploitation;
- ✓ le ratio cotisations acquises / charges totales de l'exercice.

### Le ratio cotisations acquises / charges d'exploitation



Ce ratio compare les cotisations aux charges d'exploitation (prestations maladie et frais de fonctionnement) de la mutuelle.

$$\text{Ratio cotisations acquises / charges d'exploitation} = \frac{\text{Cotisations acquises}}{\text{Charges d'exploitation}}$$

### **Le ratio cotisations acquises / charges totales de l'exercice**

Ce second ratio prend en considération l'ensemble des charges de l'exercice: charges d'exploitation, charges financières, charges exceptionnelles.

$$\text{Ratio cotisations acquises / charges totales} = \frac{\text{Cotisations}}{\text{Charges totales de l'exercice}}$$

#### **Exemple**

Dans le cas simplifié de la Mutuelle Saphir, les ratios cotisations acquises / charges d'exploitation et cotisations acquises / charges totales sont identiques. La mutuelle ne compte en effet que des charges d'exploitation. Pour les deux années, ces ratios s'élèvent à:

- Année 1:  $575\,000 / (650\,320 + 175\,530) = 0,7$ ;
- Année 2:  $690\,000 / (703\,520 + 90\,980) = 0,9$ .

La valeur des ratios indique que les cotisations ne couvrent qu'une partie des charges et, par conséquent, que les résultats positifs de la mutuelle sont dépendants d'autres produits.

#### **La «bonne marche financière» de la mutuelle**

L'assurance santé est avantageuse pour les adhérents si une part importante des cotisations est utilisée au paiement des prestations et que les frais de fonctionnement sont bas. Il convient dès lors d'évaluer si la mutuelle alloue de façon optimale ses ressources (en particulier les cotisations perçues) au paiement des prestations. C'est l'objectif du troisième élément d'appréciation de la viabilité financière d'une mutuelle.

Deux ratios sont utilisés afin d'évaluer la bonne marche financière d'une mutuelle de santé:

- ✓ le ratio de sinistralité;
- ✓ le ratio des frais de fonctionnement brut.

#### **Le ratio de sinistralité**

Le ratio de sinistralité mesure la part des cotisations utilisée pour le remboursement ou le paiement des prestations maladie.

$$\text{Ratio de sinistralité} = \frac{\text{Prestations maladie}}{\text{Cotisations acquises}} \times 100$$

Ce ratio doit être au moins de 75 % au moins. Il ne s'agit pas d'une norme fixe, mais d'un point de repère indicatif que l'expérience pourra confirmer.

Lorsque ce ratio est trop faible, cela signifie qu'une part importante des cotisations est consacrée à autre chose que la couverture des dépenses de santé. Les adhérents peuvent alors se demander pourquoi ils cotisent. Un ratio trop élevé peut traduire une situation difficile pour la mutuelle dont la marge brute est trop faible pour couvrir ses autres charges.

### Exemple

Les ratios de sinistralité pour les deux années de fonctionnement de la Mutuelle Entraide s'élèvent à:

- Année 1:  $650\,320 / 575\,000 = 113\%$ ;
- Année 2:  $703\,520 / 690\,000 = 102\%$ .

### Le ratio des frais de fonctionnement brut

Le ratio des frais de fonctionnement brut mesure la part des ressources financières de la mutuelle utilisées pour son fonctionnement.

$$\text{Ratio des frais de fonctionnement brut} = \frac{\text{Charges de fonctionnement}}{\text{Total des produits}} \times 100$$

On admet généralement que ce ratio doit être inférieur ou égal à 15 %.

### Exemple

Le ratio des frais de fonctionnement brut de la mutuelle calculé pour ses deux premières années de fonctionnement est:

- Année 1:  $175\,530 / 925\,000 = 19\%$ ;
- Année 2:  $90\,980 / 920\,000 = 10\%$ .

## Exemple d'analyse de la situation financière de la mutuelle par les ratios

Sur la base des bilans et des comptes de résultats de la Mutuelle Saphir pour ces deux premières années de fonctionnement, on constate que celle-ci réalise des excédents dès son démarrage; tout semblerait donc aller pour le mieux. Toutefois, l'analyse par les ratios permet de relever deux faiblesses importantes:

- le ratio cotisations acquises / charges totales de l'exercice et le ratio de sinistralité doivent retenir l'attention. Ils indiquent clairement que les cotisations de la mutuelle ne suffisent pas à couvrir ses charges. L'équilibre financier de la mutuelle repose en grande partie sur ses autres produits, surtout en année 1. Consciente que la subvention n'est pas une ressource durable, la mutuelle a décidé d'augmenter ses cotisations en année 2, elles passent ainsi de 1 000 à 1 200 UM par adhérent et par an. Les valeurs des ratios s'améliorent mais elles restent encore trop faibles dans le cas du ratio cotisations acquises / charges totales et anormalement élevées pour celui de sinistralité. On notera par ailleurs que cette amélioration ne résulte pas seulement de l'augmentation des cotisations, mais aussi de la baisse des frais de fonctionnement que la mutuelle a rationalisé en année 2. Le ratio des frais de fonctionnement brut se situe en année 2 à un niveau acceptable (10 %).

Sur la base des chiffres de l'année 2, la mutuelle peut envisager trois stratégies pour l'année 3:

- elle peut augmenter sa cotisation dont le montant devrait s'élever à 1 600 UM par adhérent et par an pour que la mutuelle puisse se passer des autres produits. Le risque est cependant de dépasser la capacité contributive des adhérents et donc de faire chuter les adhésions. Une autre possibilité est de maintenir le niveau des cotisations mais de réduire les prestations;
  - elle peut poursuivre sa stratégie actuelle qui est de proposer une cotisation inférieure à son montant normal et continuer d'organiser des activités à but lucratif, telles que des fêtes. Toutefois, si pour une raison quelconque la mutuelle ne peut maintenir le même niveau d'activités, elle sera rapidement dans l'impossibilité d'honorer ses engagements;
  - une troisième possibilité est de combiner en partie les deux stratégies précédentes. La mutuelle peut augmenter quelque peu ses cotisations (par exemple 1 400 UM) et continuer de réaliser d'autres activités lucratives, ce qui lui permettrait d'améliorer ses ratios de bonne marche financière et de financement de ses activités et de constituer plus rapidement un niveau de réserves satisfaisant;
- le niveau de réserves est faible puisque le ratio de couverture des dépenses n'atteint que 32 % en fin d'année 2. Dans un contexte exceptionnel (épidémie, etc.), la mutuelle pourrait être rapidement en situation de crise financière et serait dépendante d'un appui extérieur (par exemple de la coopérative), pour faire face à ses engagements.

## 3.2 L'analyse de la viabilité économique

L'analyse de la viabilité économique d'une mutuelle de santé (comme de toute autre organisation) consiste à prendre en compte des coûts additionnels appelés «coûts cachés» qui correspondent à des ressources mises à la disposition d'une mutuelle sans que celle-ci n'ait à en supporter la charge financière. Les coûts cachés ne sont pas inclus dans la comptabilité mais ils conditionnent pourtant le fonctionnement et la viabilité de la mutuelle.

**Les coûts cachés** Il existe trois grandes catégories de coûts cachés.

### Les biens et les services

Les biens comprennent les locaux, les véhicules, le matériel et autres fournitures mis à la disposition de la mutuelle sans que celle-ci n'ait à les financer.

Les services, les prestations dont bénéficie gratuitement la mutuelle tels que la préparation des états financiers, le financement de sessions de formation, la prise en charge de frais divers par une structure extérieure.

### **Les ressources sous forme de travail**

La mise à disposition de personnel rémunéré (animateurs, gestionnaires, etc.) par une structure extérieure.

L'utilisation de personnel bénévole. Le bénévolat est l'un des principes de la mutualité, mais il est possible que certaines fonctions, notamment de gestion ou d'animation, ne puissent être remplies durablement de cette façon. Le fait pour une mutuelle de devoir compter sur la bonne volonté d'adhérents ou autres individus pour assurer des tâches importantes peut entraîner à terme des blocages si ceux-ci se retirent. La mutuelle doit donc distinguer les fonctions bénévoles (participation aux organes de la mutuelle) et celles dont la rémunération devrait être envisagée.

### **Les avantages financiers et les privilèges liés au statut**

Une mutuelle peut bénéficier de divers avantages financiers temporaires (par exemple une réduction de tarifs accordée par un hôpital durant la première année de fonctionnement) qui représentent des charges supplémentaires que la mutuelle devra assumer plus tard. Il est donc intéressant de les considérer dans l'immédiat comme des coûts cachés afin de mesurer la capacité de la mutuelle à les financer le moment venu. La mutuelle peut avoir des avantages liés à son statut juridique (exonération fiscale par exemple) qui peuvent disparaître si l'acquisition d'un nouveau statut est prévu.

Les coûts cachés mettent en évidence que le fonctionnement de la mutuelle est dépendant d'une série d'apports et d'avantages non comptabilisés. Si ces apports ou avantages viennent à cesser, la viabilité de la mutuelle peut être remise en cause. Il est donc intéressant de calculer le résultat économique d'une mutuelle qui correspond au résultat d'un exercice donné compte tenu des coûts cachés relatifs à ce même exercice. Ce résultat économique permet une première mesure de la capacité de la mutuelle à prendre en charge l'ensemble de ses coûts.

Le calcul du résultat économique se déroule en trois étapes.

1. Il faut d'abord identifier précisément les coûts cachés. Pour ce faire, il faut examiner le fonctionnement de la mutuelle systématiquement et rechercher chaque coût caché en se référant aux trois catégories précédentes (biens et services, travail, avantages financiers et statutaires). L'identification des apports réalisés par des structures extérieures peut être facilitée par l'utilisation d'un tableau de rôles qui répartit toutes les fonctions

et les tâches au sein de la mutuelle entre les acteurs internes et externes.

2. Ces coûts cachés sont ensuite valorisés. A ce stade, la mutuelle doit se préoccuper essentiellement des coûts qui ne seront pas assumés de façon durable par l'extérieur.
3. Le résultat économique de la mutuelle peut être ensuite calculé. Si la prise en compte des coûts cachés, valorisés dans le calcul du résultat, aboutit à un résultat économique négatif, cela signifie que la mutuelle est dépendante de ces ressources extérieures et que sa viabilité à moyen terme n'est pas assurée.

### Exemple

La Mutuelle Saphir introduite dans l'exemple précédent bénéficie de deux aides extérieures.

- La coopérative met à sa disposition un petit local qui sert de bureau et dont le loyer s'élèverait à 15 000 UM par an si la mutuelle devait le payer.
- Elle bénéficie de l'aide d'une structure d'appui à la coopérative à qui elle confie une partie de sa comptabilité et qui établit ses comptes annuels. Si ces travaux comptables devaient être confiés à un personnel salarié cela représenterait une charge annuelle estimée à 94 000 UM.

Les résultats économiques des deux premières années sont les suivants:

	Année 1	Année 2
Résultat de l'exercice	99 150	125 500
Coûts cachés	109 000	109 000
<b>Résultat économique</b>	<b>-9 850</b>	<b>16 500</b>

La mutuelle n'aurait donc pu assumer seule la totalité de ses charges en année 1, ce qui aurait été en revanche possible en année 2 mais avec pour conséquence une constitution de réserves particulièrement faible.

### L'analyse de la viabilité économique par les ratios

Une autre mesure de la viabilité économique de la mutuelle est possible en utilisant la méthode des ratios.

Deux ratios peuvent être utilisés à cet effet.

#### Le taux de financement propre

Ce ratio mesure le rapport entre les produits propres (avant subvention) d'une mutuelle et la totalité des charges de l'exercice (charges comptabilisées + coûts cachés).

$$\text{Taux de financement propre} = \frac{\text{Total des produits propres}}{\text{Charges comptabilisées} + \text{Coûts cachés}} \times 100$$

Pour une mutuelle qui recherche l'autonomie financière, ce taux doit être au moins égal à 100 %. Plus il est élevé et plus la mutuelle est en mesure de financer elle-même la totalité de ses coûts.

### Exemple

Dans le cadre de la mutuelle prise en exemple, les produits propres en année 1 et 2 s'élèvent respectivement à 725 000 UM (produits avant la subvention de 200 000 UM) et 920 000. Les charges totales s'élèvent à 934 850 (825 850 + 109 000) en année 1 et 903 500 (794 500 + 109 000) en année 2. Les taux de financement propre de ces deux années sont les suivants:

- Année 1:  $725\ 000 / 934\ 850 = 78\ %$ ;
- Année 2:  $920\ 000 / 903\ 500 = 102\ %$ .

### Le ratio cotisations acquises / (charges + coûts cachés)

Ce second ratio mesure le rapport entre les cotisations acquises et la totalité des charges de l'exercice (y compris les coûts cachés).

$$\text{Ratio cotisations acquises/charges totales} = \frac{\text{Cotisations acquises}}{\text{Charges comptabilisées} + \text{coûts cachés}} \times 100$$

Lorsque ce ratio est supérieur à 100 %, la mutuelle est en mesure d'assumer seule la totalité des charges d'un exercice sur la seule base des cotisations de ses adhérents.

### Exemple

Les cotisations acquises de la mutuelle en année 1 et 2 s'élèvent respectivement à 575 000 et 690 000. Les ratios cotisations acquises/charges totales sont égaux à:

- Année 1:  $575\ 000 / 934\ 850 = 62\ %$ ;
- Année 2:  $690\ 000 / 903\ 500 = 76\ %$ .

Les cotisations actuelles ne suffiraient pas à couvrir la totalité des charges de la mutuelle, ce qui n'est pas une surprise puisque celles-ci sont déjà inférieures aux charges comptabilisées.



## L'évaluation et les ajustements du fonctionnement d'une mutuelle de santé

Le tableau de bord d'une mutuelle de santé permet un pilotage à court terme qui suffirait à une gestion efficace de la mutuelle si son évolution n'était qu'une simple succession d'exercices annuels, ce qui n'est pas le cas. Cet enchaînement d'exercices s'inscrit en effet dans un processus à plus long terme déterminé par l'évolution des objectifs et du fonctionnement de la mutuelle.

- La mutuelle ne connaît pas une évolution linéaire mais plutôt une succession de phases de développement dont les principales sont, très schématiquement:
  - ✓ la naissance: elle est officialisée par l'AG constitutive durant laquelle la mission de la mutuelle et ses objectifs de départ sont fixés;
  - ✓ l'apprentissage et la croissance: les premiers exercices s'inscrivent dans une phase d'apprentissage et de croissance au cours de laquelle la mutuelle doit affiner les hypothèses retenues lors de l'étude de faisabilité, apprendre à maîtriser son fonctionnement, s'adapter aux imprévus, se faire connaître de ses bénéficiaires potentiels et chercher à atteindre un équilibre financier. Il s'agit d'une phase initiale durant laquelle la mutuelle est particulièrement fragile: les adhésions fluctuent, les réserves financières sont faibles, le partenariat avec les prestataires n'est qu'à ses débuts, etc.;
  - ✓ la phase d'équilibre: la mutuelle a atteint ses objectifs de départ: son organisation est rodée, son fonctionnement est stabilisé et sa situation financière est solide. A partir de ce stade, la mutuelle peut maintenir un certain statu quo, ou se fixer de nouveaux objectifs, accroître ses services, etc., et entrer ainsi dans une nouvelle phase de développement.
- Les objectifs fixés par les adhérents à long (objectifs généraux) et à court terme (objectifs opérationnels) tracent la voie à suivre par la mutuelle. Pour reprendre la comparaison avec le pilotage d'une voiture, les objectifs opérationnels sont les villes d'étape et les objectifs généraux les villes de destination finale.

Pour maîtriser son développement, une mutuelle de santé doit pouvoir, au fur et à mesure de son évolution, se situer par rapport aux différentes phases qu'elle traverse ainsi que par rapport à ses objectifs. En d'autres termes, elle doit évaluer son évolution et son avancée vers l'atteinte des buts fixés.

## 4.1 L'évaluation

L'évaluation consiste à apprécier si les objectifs fixés sont totalement, partiellement ou non atteints. Elle s'attache à identifier les raisons des écarts entre le niveau d'atteinte des objectifs et les prévisions<sup>22</sup>. Par les informations et les analyses qu'elle fournit, l'évaluation constitue un puissant moyen d'amélioration du fonctionnement de la mutuelle.

L'évaluation est une activité périodique. Elle peut être réalisée en cours ou en fin d'exercice ou de façon plus espacée suivant les moyens disponibles pour la réaliser. L'évaluation peut avoir des objets divers. Par exemple elle peut avoir pour objet la viabilité, la pertinence, l'efficacité, l'efficience, ou l'impact de la mutuelle ou porter sur un aspect particulier de son fonctionnement (promotion auprès du public cible).

Les mécanismes et les supports d'évaluation ne seront pas développés ici. Ils font l'objet d'un guide spécifique<sup>23</sup> auquel les lecteurs sont invités à se référer.

On se limitera ici à décrire les différentes formes d'évaluation et à illustrer, à l'aide d'un exemple, leur rôle concernant les ajustements du fonctionnement d'une mutuelle.

### Les différentes formes d'évaluation

Il existe de nombreuses manières de concevoir l'évaluation et celle-ci peut avoir de multiples fonctions et revêtir plusieurs formes. On se contentera ici de distinguer trois grandes formes d'évaluation:

22 BIT-STEP, CIDR. 2001: *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé* (Genève), vol. 1 et 2.

23 *Ibid.*

- ✓ l'auto-évaluation;
- ✓ l'évaluation interne;
- ✓ l'évaluation externe.

### **L'auto-évaluation**

L'auto-évaluation est une évaluation menée par les principaux concernés, c'est-à-dire les adhérents. Elle repose sur une approche participative qui permet aux adhérents de mesurer eux-mêmes le niveau de réalisation des objectifs qu'ils se sont fixés et de contrôler la bonne exécution des actions programmées.

L'auto-évaluation constitue un moment important de réflexion des adhérents sur:

- ✓ leur engagement par rapport aux principes de base de la mutuelle: solidarité, démocratie, responsabilité, etc.;
- ✓ le passé et l'avenir de la mutuelle, son fonctionnement, son financement, son rayonnement et sa capacité à répondre aux besoins.

En impliquant tous les adhérents dans le processus d'analyse et de prise de décisions, l'auto-évaluation constitue un instrument majeur d'animation et d'information.

Les principaux inputs d'une auto-évaluation sont:

- ✓ le rapport annuel d'activité et, à travers celui-ci, les documents de suivi, le budget, les comptes annuels, les ratios financiers, etc. ainsi que les différents supports (tableaux, affiches, etc.) de communication qui en dérivent;
- ✓ les tableaux de rôle théorique et réel;
- ✓ les témoignages des adhérents.

### **L'évaluation interne**

On appellera ici évaluation interne une composante de l'auto-évaluation qu'il est cependant intéressant de distinguer de celle-ci, car elle n'intervient pas au même moment. Il s'agit de l'évaluation annuelle dressée par les responsables et les gestionnaires de la mutuelle à l'issue d'un exercice, au moment de la préparation du rapport annuel d'activités. Cette évaluation repose sur la synthèse et l'analyse des informations de tous les domaines de gestion. Elle prépare l'auto-évaluation menée avec tous les adhérents.

### **L'évaluation externe**

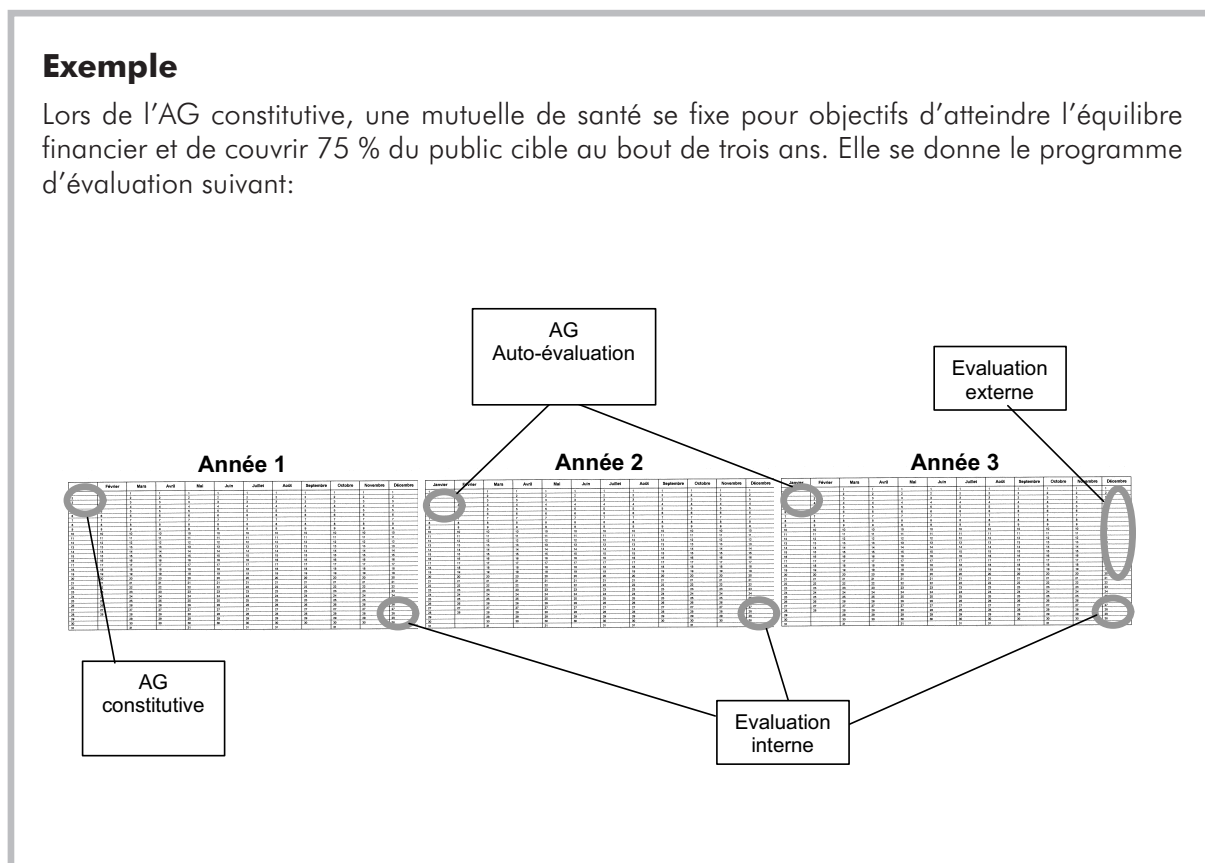
Cette troisième forme d'évaluation repose sur une intervention extérieure (ONG, mutualité, agence de coopération, bureau d'études, etc.). Son intérêt repose sur l'indépendance des évaluateurs et leur «recul» par rapport aux activités de la mutuelle. Cette évaluation permet également de mettre en jeu des compétences et des moyens non nécessairement disponibles au sein de la mutuelle.



Ces trois types d'évaluation sont complémentaires mais n'interviennent pas simultanément. L'évaluation interne et l'auto-évaluation sont annuelles, la première précédant et préparant la seconde. L'auto-évaluation peut se dérouler le temps d'une AG ou sur une plus longue période, suivant son ampleur. L'évaluation externe est généralement moins fréquente. Elle intervient au cours ou à l'issue d'un programme pluriannuel.

### Exemple

Lors de l'AG constitutive, une mutuelle de santé se fixe pour objectifs d'atteindre l'équilibre financier et de couvrir 75 % du public cible au bout de trois ans. Elle se donne le programme d'évaluation suivant:



Le suivi et l'évaluation constituent un dispositif global indispensable au pilotage de la mutuelle au quotidien ainsi qu'à moyen et long terme. Toutefois, la bonne conduite des activités ne repose pas seulement sur des outils et des techniques. Elle dépend aussi des compétences, de l'expérience, du savoir-faire, de la capacité d'analyse, du bon sens, voire de l'intuition, des responsables et des gestionnaires de la mutuelle.

L'exemple suivant illustre la conduite d'une mutuelle sur la base des activités de suivi et d'évaluation.

## Exemple

Une organisation villageoise décide de créer une mutuelle de santé. Le village compte 6 000 habitants. Il est doté d'un dispensaire (consultations, soins ambulatoires et accouchements) et est situé près de l'hôpital régional (hospitalisations et chirurgie). Avec l'aide d'une ONG locale, l'organisation villageoise réalise une étude de faisabilité qui débouche sur l'élaboration, pour l'année 1, de trois scénarios. Ceux-ci sont proposés aux habitants du village lors d'une AG constitutive. Tous les scénarios ont en commun de reposer sur une adhésion familiale et de fixer une cotisation par bénéficiaire. Ils ont été établis à partir des animations réalisées dans le village et sur la base des besoins exprimés par les habitants. Les trois scénarios sont les suivants:

- 1.1 La mutuelle couvrira les tarifs de consultation à 100 % plus les médicaments (génériques) à 50 % au dispensaire, avec une cotisation de 800 UM/an/personne.
- 1.2 La mutuelle couvrira uniquement les médicaments pour les consultations au dispensaire à 70 %, avec une cotisation de 400 UM/an/personne.
- 1.3 La mutuelle couvrira les tarifs de consultation plus les médicaments à 90 %, avec une cotisation de 700 UM/an/personne.

Dans ces trois scénarios, le montant des droits d'adhésion est fixé à 100 UM par adhérent (montant forfaitaire). Les cotisations sont annuelles et doivent être payées dans les quinze premiers jours de janvier.

Ces trois scénarios sont présentés lors de l'AG constitutive. A l'issue des débats, le troisième scénario (1.3) a été retenu et sera mis en œuvre pour la première année.

### Premier exercice

Sur la base du scénario retenu, les objectifs fixés pour le premier exercice de la mutuelle sont d'atteindre 500 adhérents soit 3 000 bénéficiaires (la taille moyenne d'une famille est de six personnes).

La fiche de synthèse de suivi-évaluation de l'année 1 montre que globalement les résultats de l'exercice sont bons sur le plan financier. La mutuelle a réalisé un excédent et ses ratios ont pour la plupart des valeurs satisfaisantes. Toutefois, le ratio de sinistralité est inférieur à la norme habituelle de 75 %. Cela résulte notamment du montant de cotisation qui apparaît trop élevé. La mutuelle souffre d'un problème d'attractivité: près de la moitié des cotisations est utilisée à autre chose qu'au paiement de prestations maladie, les adhérents peuvent se demander en quoi il est intéressant de cotiser.

De fait, les résultats ne sont pas bons en ce qui concerne les adhésions. Les objectifs fixés en début d'exercice sont loin d'être atteints puisque la mutuelle ne compte que 150 adhérents et 675 bénéficiaires.

La taille moyenne des familles mutualistes qui ne s'élève qu'à 4,5 personnes laisse penser que les adhérents n'ont pas cotisé pour l'ensemble de leurs personnes à charge. Le taux d'utilisation moyen des consultations observé sur toute l'année est nettement supérieur à celui attendu et confirme une probable sélection adverse (les chefs de famille ont choisi de cotiser pour les personnes qui présentent un risque de maladie plus élevé).

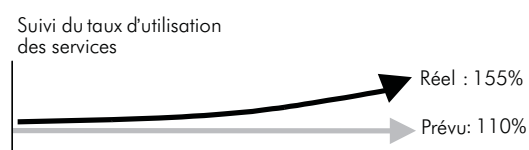
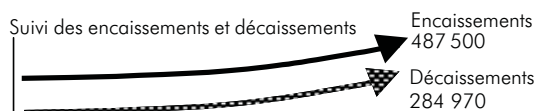
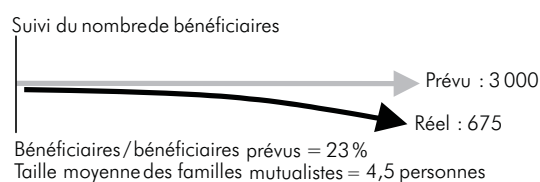
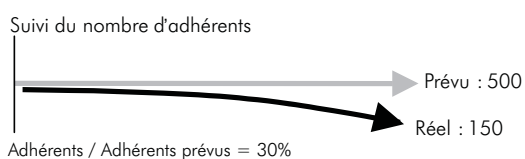
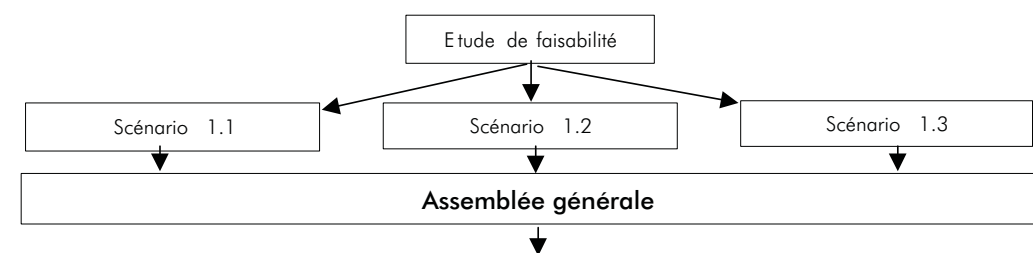
Afin de compléter l'analyse des résultats de ce premier exercice, les responsables de la mutuelle ont organisé des réunions avec les familles mutualistes et des personnes non-mutualistes.

Les principaux résultats de ces réunions sont les suivants:

- l'ensemble des familles considère que les cotisations sont trop élevées. Ceux qui ont cotisé se situent dans la tranche des familles les plus riches du village. Beaucoup de familles auraient souhaité adhérer mais n'ont pas trouvé la totalité de l'argent nécessaire pour payer les cotisations en début d'exercice;

## Fiche de synthèse

### Premier exercice



#### Compte de résultats

Charges		Produits	
Prestations	256 331	Cotisations	472 500
Frais gestion	50 000	Dr. adhésion	15 000
Total charges	306 331	Total produits	487 500
<b>Résultat (+)</b>	<b>181 169</b>		
<b>Total</b>	<b>487 500</b>	<b>Total</b>	<b>487 500</b>

#### Bilan après affectation

Actif		Passif	
Disponibilités	202 530	Réserves	181 169
Créances	0	Dettes CT	21 361
<b>Total</b>	<b>202 530</b>	<b>Total</b>	<b>202 530</b>

#### Ratios financiers:

Liquidités immédiates	948 %	Cotisations/charges totales	154 %
Capitaux propres	848 %	Sinistralité	54 %
Couverture des charges	71 %	Frais de fonctionnement brut	16 %
	(8,5 mois)		

- une grande majorité des familles rencontrées souhaitent que la mutuelle couvre aussi les dépenses à l'hôpital régional ainsi que les accouchements au dispensaire;
- beaucoup de familles n'ont pas encore bien compris le fonctionnement de l'assurance. D'autres se méfient et attendent de voir si la mutuelle fonctionne bien avant, éventuellement, d'adhérer.

A l'issue de cette première évaluation interne, le CE et le CA préparent trois nouveaux scénarios pour le second exercice:

- 2.1 Continuer sur la lancée du premier exercice en conservant les mêmes prestations et les mêmes cotisations. L'avantage de ce scénario est que la mutuelle est financièrement solide. L'inconvénient est que la cotisation est économiquement peu accessible et la mutuelle est peu attractive.
- 2.2 Conserver le même montant de cotisation, le même niveau de prise en charge des consultations et ajouter une prise en charge à 50 % des dépenses d'hospitalisation et à 70 % des dépenses d'accouchement. L'avantage de ce scénario est qu'il répond aux attentes de la plupart des familles du village. L'inconvénient est que le montant de la cotisation reste hors de portée des familles les plus pauvres.
- 2.3 Conserver les prestations du premier exercice (prise en charge des consultations) mais diminuer le montant de la cotisation qui passerait de 700 à 500 UM. L'avantage de ce dernier scénario est qu'il pourrait améliorer l'accessibilité économique de la mutuelle et la rendre plus attractive. L'inconvénient est qu'il ne prend pas en compte l'élargissement des prestations à l'hospitalisation et aux accouchements demandé par les familles.

## Deuxième exercice

Les trois scénarios sont présentés en AG au début de l'année 2. Après de longs débats, le second scénario (2.2) est finalement retenu avec cependant une modification importante: le choix sera laissé aux familles de payer leur cotisation annuellement ou mensuellement afin d'améliorer l'accessibilité financière et économique de la mutuelle.

Les objectifs en matière d'adhésion restent les mêmes que pour l'année 1: 500 adhérents et 3 000 bénéficiaires. Une grande campagne de sensibilisation, d'animation et d'information sera lancée dans le village, juste après l'AG, afin d'expliquer l'intérêt de la mutuelle et son fonctionnement.

La fiche de synthèse de suivi-évaluation de l'année 2 montre que le résultat annuel reste excédentaire, mais le taux de réserve (ratio de couverture des charges) a diminué à cause de l'augmentation des activités de la mutuelle. Il ne correspond plus qu'à l'équivalent de près de quatre mois de fonctionnement. Le ratio de liquidité immédiate a fortement chuté: la mutuelle va rencontrer des difficultés pour payer sa dette (factures du mois de décembre de l'année 2) au début de l'année 3. De fait, on constate avec les données du suivi budgétaire que la mutuelle aurait pu connaître une situation de crise financière en cours d'exercice.

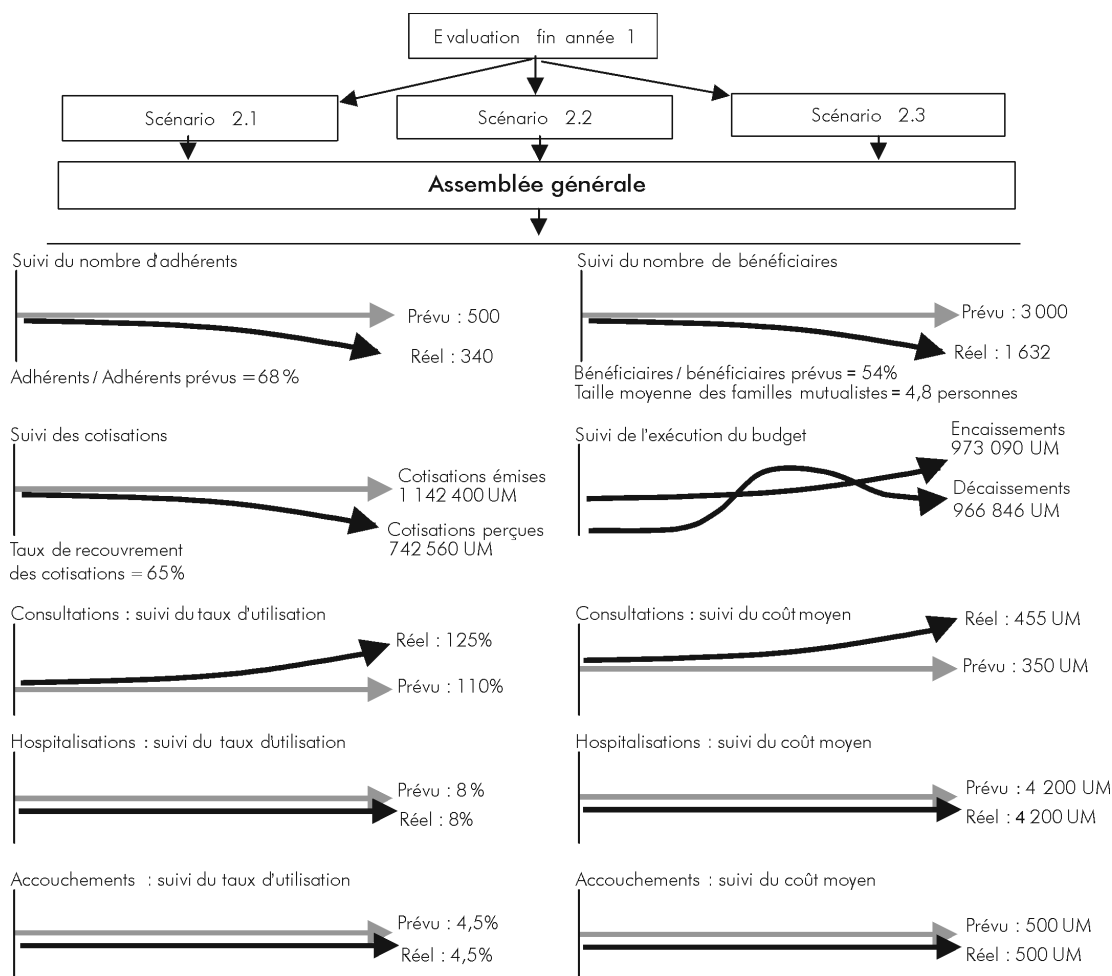
Cette situation résulte de deux facteurs:

- une augmentation des dépenses due à une escalade du coût des consultations en cours d'année. Le tableau de bord a permis aux responsables de la mutuelle de détecter ce dérapage et d'intervenir auprès de l'infirmier, mais le coût moyen observé sur l'année (455 UM) s'avère nettement plus élevé que celui prévu (350 UM).
- Un taux de recouvrement des cotisations très faible (65 %). La quasi-totalité des familles a choisi de cotiser mensuellement, mais beaucoup ont accumulé les retards de paiement.

Le ratio de sinistralité a nettement progressé. Les adhésions ont augmenté; toutefois, la mutuelle est encore loin de son objectif de 3 000 bénéficiaires. De même, le taux de fidélisation (c'est-à-dire le pourcentage d'adhérents de l'année 1 qui ont renouvelé leur adhésion en année 2) s'élève à 60 %, ce qui est peu élevé. En revanche, la taille moyenne des familles mutualistes a augmenté légèrement (4,8 personnes par famille).

## Fiche de synthèse

### Deuxième exercice



#### Compte de résultats

Charges		Produits	
Prestations	949 620	Cotisations	1 142 400
Frais gestion	75 000	Dr. adhésion	28 000
<b>Total charges</b>	<b>1 024 620</b>	<b>Total produits</b>	<b>1 170 400</b>
<b>Résultat (+)</b>	<b>145 780</b>		
<b>Total</b>	<b>1 170 400</b>	<b>Total</b>	<b>1 170 400</b>

#### Bilan après affectation

Actif		Passif	
Disponibilités	6 244	Réserves	326 949
Créances	399 840	Dettes	79 135
<b>Total</b>	<b>406 084</b>	<b>Total</b>	<b>406 084</b>

#### Ratios financiers

Liquidité immédiate	8 %	Cotisations/charges totales	111 %
Solvabilité	413 %	Sinistralité	83 %
Couverture des charges	34 %	Frais de fonctionnement brut	7 %
	(4,1 mois)		

Les responsables de la mutuelle concluent de cette évaluation interne que l'élargissement des prestations et la mensualisation des cotisations ont permis d'augmenter les adhésions, mais que le montant des cotisations continue de limiter l'accessibilité économique de la mutuelle, malgré la possibilité de payer mensuellement. De plus la mutuelle doit résoudre un problème important de retard dans le paiement des cotisations.

Trois nouveaux scénarios sont préparés pour être présentés à l'AG en début de la troisième année.

- 3.1 La mutuelle conserve les mêmes prestations et le même montant de cotisation mais prévoit une exclusion des adhérents qui accumulent plus d'un mois de retard. L'avantage de ce scénario est qu'il devrait permettre d'améliorer le taux de recouvrement des cotisations. Il risque cependant d'entraîner de nombreuses exclusions en cours d'année et de diminuer le nombre d'adhérents.
- 3.2 La mutuelle conserve le même niveau de prestations mais diminue les cotisations qui passeraient de 700 à 600 UM/an/personne. Ce nouveau montant correspond à un calcul de la cotisation sur la base des données recueillies durant les deux premières années de fonctionnement de la mutuelle. Il repose cependant sur une marge bénéficiaire réduite qui nécessiterait plusieurs années pour constituer un niveau de réserves suffisant. L'avantage de ce choix est que la cotisation a baissé. Cependant la mutuelle sortant financièrement fragilisée de son second exercice, tout dérapage éventuel en troisième année pourrait aggraver cette fragilité. Le taux de réserve étant peu élevé, la mutuelle doit éviter de prendre trop de risques.
- 3.3 La mutuelle modifie ses niveaux de prise en charge des dépenses de soins de la façon suivante: consultations 30 %, hospitalisations 80 % et accouchements 90 %. Le montant de cotisation est diminué et passe de 700 à 552 UM/an/personne. L'avantage de ce scénario est qu'il baisse sensiblement le montant de cotisation tout en mettant l'accent sur les gros risques. La diminution du niveau de prise en charge des dépenses de consultation sécurise la mutuelle, car ces prestations s'avèrent être les plus difficiles à maîtriser. L'inconvénient réside dans cette diminution du niveau de prise en charge des dépenses de consultation car celles-ci constituent l'origine de la mise en place de la mutuelle. Un tel scénario est une réorientation des prestations de la mutuelle qui pourrait être mal acceptée par les adhérents.

### **Troisième exercice**

Ces trois scénarios sont présentés à l'AG, organisée en début de troisième année. Les responsables de la mutuelle mettent un accent particulier, lors de la présentation de leur rapport annuel, sur les difficultés rencontrées, leurs conclusions et la nécessité de réfléchir sur le problème des adhésions et du recouvrement des cotisations.

Le troisième scénario est retenu par l'AG. Il est décidé de poursuivre le système de cotisation mensuelle mais de plafonner le niveau de retard de paiement acceptable à l'équivalent de deux mois de cotisation. Afin d'être en mesure de payer rapidement les factures de décembre de l'hôpital et du dispensaire, l'assemblée demande au CE d'entreprendre une action de recouvrement des cotisations impayées de l'année 2. Tout adhérent qui n'aura pas payé au moins la moitié de son retard se verra exclu de la mutuelle.

La fiche de synthèse de suivi-évaluation de l'année 3 laisse penser que le scénario adopté pour ce troisième exercice correspond à un couple prestations / cotisations équilibré (le montant des cotisations semble toutefois un peu élevé).

Tous les ratios indiquent une situation financière satisfaisante. L'objectif des 3 000 bénéficiaires, ce qui représente 50 % des habitants du village, est enfin atteint. La taille moyenne des familles mutualistes augmente mais reste inférieure à la moyenne de six personnes par foyer. Cette augmentation traduit une atténuation de la tendance à opérer une sélection parmi les membres des familles. Le taux de fidélisation est élevé et le taux de recouvrement des cotisations s'est amélioré.

Les taux d'utilisation des différents services de santé couverts semblent s'être stabilisés depuis l'année 2, y compris pour les consultations. Pour ces dernières, il semble désormais nécessaire de modifier les prévisions en tablant sur un taux d'utilisation de 125 % et non plus 110 %.

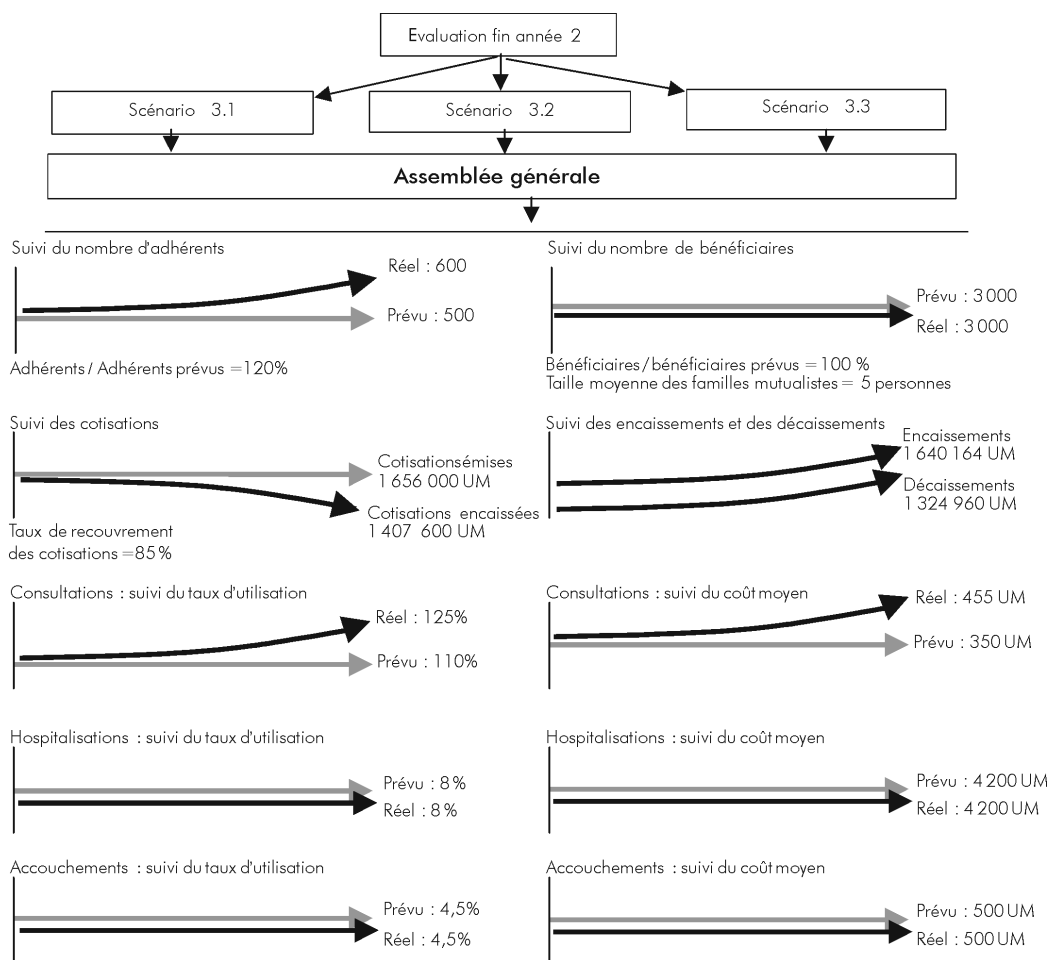
La mutuelle de santé semble avoir atteint son seuil d'équilibre. Les prochaines recommandations du CE et du CA pourraient être:

- soit de conserver les mêmes prestations et montant de cotisation en année 4. Cette option permettrait de constituer des réserves financières conséquentes en prévision de l'adoption d'objectifs plus ambitieux pour les années suivantes (meilleure prise en charge des services par exemple);
- soit de diminuer très légèrement les cotisations ou d'élargir un peu les prestations.

Quel que soit le scénario adopté en année 4, la mutuelle devra poursuivre ses actions de sensibilisation, d'animation et d'information de la population du village et tenter d'accroître le nombre de ses bénéficiaires.

## Fiche de synthèse

### Troisième exercice



#### Compte de résultats

Charges		Produits	
Prestations	1 260 900	Cotisations	1 656 000
Frais fonction.	90 000	Dr. adhésion	29 400
<b>Total charges</b>	<b>1 350 900</b>	<b>Total produits</b>	<b>1 685 400</b>
<b>Résultat (+)</b>	<b>334 500</b>		
<b>Total</b>	<b>1 685 400</b>	<b>Total</b>	<b>1 685 400</b>

#### Bilan après affectation

Actif		Passif	
Disponibilités	315 204	Réserves	658 449
Créances	448 320	Dettes	105 075
<b>Total</b>	<b>763 524</b>	<b>Total</b>	<b>763 524</b>

#### Ratios financiers

Liquidité immédiate	300 %	Cotisations/charges totales	123 %
Capitaux propres	627 %	Sinistralité	76 %
Couverture des charges	49 % (5,8 mois)	Frais de fonctionnement brut	7 %



# **Bibliographie**



- ATIM, Chris. 2000: *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé: Synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre* (Washington, BIT/STEP, BIT/ACOPAM, PHR/USAID, ANMC, WSM).
- BIT. 2002: *Sécurité sociale: un nouveau consensus* (Genève).
- BIT/ACOPAM, ANMC, WSM. 1997: *Mutuelles de santé en Afrique, Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*.
- BIT/STEP, ANMC, WSM. 2000: *Mutuelles de santé en Afrique: Caractéristiques et mise en place, Manuel de formateurs* (Genève).
- BIT/STEP, BIT/ACOPAM, PHR/USAID, GTZ, ANMC, WSM. 1998: *Plate-forme d'Abidjan: Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique* (Genève).
- BIT/STEP, BIT/SEED. 2001: *Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs. Guide* (Genève).
- BIT/STEP, CIDR. 2000: *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé* (Genève), tomes 1 et 2.
- COUILBAULT, F., ELIASHBERG, C., LATRASSE, M. 1999: *Les grands principes de l'assurance* (L'Argus Editions), 2e édition.
- DESOUCHES, M. J., HUON de PENANSTER, S. 2000: *Comptabilité et gestion des associations* (Paris, Encyclopédie DELMAS), 8e édition.
- FNMF (Fédération nationale des Mutuelles françaises). 1997: *La constitution des mutuelles, Guide de l'administrateur* (Paris).
- INSTITUT NORD-SUD. 1989: *La gestion des petites et moyennes organisations africaines, Manuel du formateur et du conseiller en gestion*, Gestion Nord-Sud (Montréal).
- KADDAR, Miloud et coll. 1997: «Prépaiement des soins de santé», *L'enfant en milieu tropical* (Paris, CIDEF), n° 228.
- LASSEGUE, Pierre. 1996: *Gestion de l'entreprise et comptabilité* (Paris, Editions Dalloz), 11e édition.
- LOUIS, R. 1986: «Organisation et fonctionnement administratif des coopératives» *Manuel de formation coopérative fascicule 2* (Genève, BIT).
- Projet DMC/PNUD/FED. 1995: *Guide pratique du commissariat aux comptes des unions de GVC, Module n° 1 Le travail de contrôle régulier*, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- module n° 2 Le travail d'analyse périodique, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- module n° 3 Le travail de vérification annuelle, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- : *Manuel de gestion des unions de GVC, La gestion budgétaire, manuel n°1 Elaboration du budget*, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- manuel n° 2 *Contrôle budgétaire*, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.

- manuel n° 3 Le plan de trésorerie, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
  - Régions forestières, L'organisation du travail comptable du GVC de base, Module de formation n° 4 Schémas comptables et opérations détaillées, Ministère de l'agriculture et des ressources animales, République de Côte d'Ivoire.
- SIMONET, Guy. 1998: *La comptabilité des entreprises d'assurance*, Les fondamentaux de l'assurance, Comptabilité-gestion (L'Argus Editions), 5e édition.

# **Glossaire**



## **Assemblée générale**

L'assemblée générale regroupe l'ensemble des adhérents ou des actionnaires. Dans les organisations de l'économie sociale (mutuelles, coopératives, associations), l'assemblée générale est l'organe de décision le plus important. Elle détermine les objectifs et la politique générale de l'organisation.

## **Association**

Groupement de personnes qui se réunissent librement en vue d'atteindre un but déterminé ou de défendre des intérêts communs. Exemple: association de producteurs, de consommateurs, de défense des droits de l'homme, sportive, culturelle, etc. Au contraire des sociétés commerciales, les associations mènent leurs activités dans un but non lucratif.

## **Assurance**

Système de couverture des risques ou des événements incertains, par la répartition préalable, entre plusieurs personnes, des coûts résultant de la survenue de ces risques.

Dans le langage courant, l'assurance désigne:

- le contrat qui garantit des prestations définies en cas de survenue d'un risque précis, contre le paiement d'une prime ou de cotisations par le «client»;
- l'entreprise ou organisation (commerciale ou non, publique ou privée) qui gère des contrats d'assurance.

## **Assurance commerciale**

Système de couverture des risques par un contrat passé entre un assureur (ou compagnie d'assurances) et un assuré (individu ou groupe). En contrepartie d'un versement de primes/cotisations, l'assureur garantit à l'assuré le paiement d'une indemnité convenue en cas de survenue d'un risque déterminé (incendie, inondation, vol, accident, maladie, perte de récoltes, etc.). Les assurances commerciales sont à but lucratif.

## **Assurance groupe**

Contrat d'assurance passé entre une compagnie d'assurance commerciale et un groupe de bénéficiaires (le plus souvent tout le personnel d'une entreprise). Il s'agit d'une couverture complémentaire aux systèmes de sécurité sociale, soit dans le domaine des soins de santé (exemple: assurance hospitalisation), soit dans celui des pensions de retraite (revenu garanti après la fin de carrière du salarié).

## **Assurance santé obligatoire (assurance maladie obligatoire)**

Système légal et obligatoire de prise en charge par la collectivité des dépenses de santé d'un individu dans le cadre d'un régime de sécurité sociale généralisé et organisé par l'Etat.

## **Assurance santé complémentaire (assurance santé 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**

Expression généralement utilisée pour désigner les systèmes d'assurance obligatoire existant dans certains pays développés (par exemple en Europe) et basés sur la solidarité nationale. Le gouvernement de Bismarck, en Allemagne, a été 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 en constituent un exemple.

Bénéficiaire (d'un SA)

Toute personne qui, à titre d'adhérent ou de personne à charge, bénéficie des services du SA.

Contrôle social

Désigne le contrôle interne induit par l'existence de relations sociales entre les adhérents (ils se connaissent, ils sont du même groupe ethnique, etc.). Le contrôle social ne constitue pas un mécanisme formel de contrôle.

Convention (entre un SA et un prestataire de soins)

Accord conclu entre le prestataire de soins et le SA, comprenant la définition des services couverts, les tarifs à appliquer, le montant et les modalités de remboursement. Les conventions doivent garantir, à l'adhérent, la possibilité de disposer de soins de qualité à un tarif raisonnable et connu d'avance.

## **Coopérative**

Association de personnes qui se sont volontairement groupées pour atteindre un but commun, par la constitution d'une entreprise dirigée démocratiquement, en fournissant une quote-part équitable du capital nécessaire et en acceptant une juste participation aux risques et aux fruits de cette entreprise au fonctionnement de laquelle les adhérents participent activement (Extrait de la Recommandation 127 sur les coopératives de l'Organisation internationale du Travail).

## **Cotisation**

Somme d'argent déterminée, périodiquement versée au SA par l'adhérent pour pouvoir bénéficier de ses services. La cotisation désigne le plus souvent la contribution de l'adhérent lorsque celle-ci est proportionnelle au salaire; dans le cas contraire (montant fixe), il est fréquent d'utiliser le terme de «prime».

## **Coûts cachés**

Ils correspondent à des ressources mises à disposition et utilisées par le SA et qui ne sont pas comptabilisées dans le compte de résultat.

## **Droit d'adhésion**

Somme d'argent versée à un SA par le nouvel adhérent au moment de son inscription: elle couvre les frais administratifs et n'est pas récupérable en cas de démission. Le droit d'adhésion est également appelé droit d'entrée, d'inscription ou d'admission.



## **Echelon des infrastructures sanitaires**

Ensemble des infrastructures de santé dont les fonctions sont identiques. Les dispensaires, centres de santé ou cabinets médicaux constituent le premier échelon; les hôpitaux de zone le deuxième échelon; les hôpitaux régionaux ou les hôpitaux universitaires le troisième. En général, il faut un système de référence pour passer d'un échelon à l'autre (sauf en cas d'urgence), ce qui veut dire, par exemple, que pour accéder à un hôpital, il faut y être «référé» par un dispensaire.

## **Excédent**

Désigne la différence entre les produits et les charges de l'exercice lorsque les produits sont supérieurs aux charges. Suivant les législations et le statut juridique de l'organisation, d'autres termes peuvent être utilisés comme bénéfice ou gain.

## **Exercice (comptable)**

Période sur laquelle sont établis les états financiers. Le choix de l'exercice est généralement soumis à une réglementation. Souvent, il correspond à l'année civile.

## **Fonds de garantie**

Désigne un fonds auquel un SA peut faire appel en cas de difficultés financières. Généralement, le fonds de garantie intervient sous forme de prêt au SA qui le sollicite. Les cas qui permettent de recourir au fonds de garantie sont souvent définis avec précision. L'intervention du fonds de garantie peut être conditionnée à des modifications dans le fonctionnement du SA.

## **Fonds de réserve**

Capitaux propres constitués par le SA pour faire face à des dépenses futures en particulier en cas de situations imprévues. Leur montant fait habituellement l'objet de dispositions réglementaires.

## **Forfait (prestation)**

Désigne le montant versé comme prestation aux adhérents lorsqu'il est fixé d'avance et indépendamment du montant réel des frais médicaux.

## **Formation médicale ou formation sanitaire**

Toute structure ou institution intervenant dans le domaine de la santé en tant que prestataire de soins de santé auprès de la population (centre de santé, dispensaire, cabinet médical, hôpital, etc.).

## **Franchise**

Lorsqu'un SA ne couvre que les montants supérieurs à une somme fixée à l'avance, cette somme est appelée franchise. La franchise est en général fixée en fonction du type de services couverts.

## **Garanties**

Ensemble des avantages octroyés par un assureur à un assuré en contrepartie du versement de cotisations ou d'une prime d'assurance.

## **Médecin-conseil**

Médecin qui travaille pour un SA et lui fournit des conseils ainsi qu'aux prestataires de soins et aux patients. Il conseille le SA dans l'établissement de conventions avec les prestataires de soins. Il contrôle la pertinence des soins donnés, le bien-fondé et le respect des règles de remboursement. Il peut aussi intervenir dans les activités d'éducation à la santé.

## **Médicament générique**

Médicament désigné par le nom de son principe actif le plus important, et non par son appellation commerciale. En général, la Dénomination Commune Internationale (DCI), établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), correspond au nom générique.

## **Médicaments essentiels**

Les médicaments essentiels sont ceux qui sont sélectionnés par l'OMS en raison de leur importance pour prévenir ou soigner les maladies les plus fréquentes dans un pays. L'emploi de cette sélection permet d'améliorer la thérapie, de garantir un bon usage des médicaments et contribue à réduire les dépenses de santé.

## **Mouvement social**

Tout groupe social organisé (association de personnes, syndicat, groupement, mutuelle, coopérative...) qui mène des actions en faveur du bien-être de ses adhérents et de la société en général.

## **Mutualisation du risque**

Principe selon lequel les risques individuels sont regroupés pour être redistribués entre les adhérents. Il s'agit d'un partage du risque sur lequel reposent les mécanismes d'assurance.

## **Offre de soins**

Désigne l'ensemble des services de santé disponibles pour une population donnée.

## **Patient**

Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.

## **Période probatoire ou période d'attente**

Egalement appelée période d'observation ou stage d'attente (ou tout simplement «stage»), elle correspond au temps pendant lequel un nouvel adhérent paie ses cotisations sans avoir droit aux services du SA. Cette période est nécessaire pour éviter que certaines personnes ne s'affilient uniquement au moment précis où elles en ont besoin et ne se retirent ensuite (par exemple adhésion en prévision d'un accouchement).

## **Personnalité juridique**

La personnalité juridique peut être accordée aux personnes physiques ou morales. La personne physique est tout être humain, tandis que la personne morale est un groupement d'individus auquel la loi reconnaît une personnalité juridique distincte de celle de ses adhérents. 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, société à responsabilité limitée (SARL), etc.

## **Personne à charge**

Personne qui, sans être adhérent du SA, bénéficie de ses services en raison de son lien de parenté avec un adhérent (par exemple un conjoint, un enfant, un ascendant, etc.).

## **Perte**

Désigne la différence entre les produits et les charges de l'exercice lorsque les charges sont supérieures aux produits. Suivant les législations et le statut juridique de l'organisation, d'autres termes peuvent être utilisés comme «déficit».

## **Plafonnement des prises en charge**

Le SA peut limiter sa prise en charge à un montant maximum pour un événement particulier. La part des frais supérieure à ce montant est à la charge de l'adhérent. Ce plafonnement permet de limiter les dépenses du SA et de le protéger de cas «catastrophiques» qui, par leur coût très élevé, pourraient entraîner la faillite du système.

## **Portefeuille de risques**

Ensemble des contrats écrits ou non en cours de validité. Chaque contrat couvre une ou plusieurs personnes contre une certaine quantité de risques correspondants aux prestations couvertes.

## **Prestataires de soins**

Terme général désignant toute personne ou formation médicale, qui dispense des soins de santé à un patient.

## **Prévoyance**

Attitude qui consiste à prendre un certain nombre de mesures, à s'organiser pour pouvoir faire face à la survenue future d'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).

## **Réassurance**

La réassurance est un mécanisme selon lequel un système d'assurance souscrit une assurance auprès d'une autre assurance. Il s'agit donc de l'assurance de l'assureur. C'est une assurance de deuxième degré pour un SA qui le lie à un réassureur. Ce mécanisme permet une diversification des risques et leur répartition sur une base plus large.

## **Référence obligatoire**

Désigne l'obligation de consulter un médecin d'un échelon donné avant de pouvoir être reçu par une formation médicale d'un échelon supérieur. Le médecin réfère le patient à l'échelon supérieur

## **Règlement intérieur**

Document qui fixe les règles et modalités pratiques de fonctionnement d'une association, que tous les adhérents doivent s'engager à respecter. Le règlement intérieur complète et rend plus explicites les statuts.

## **Risque**

Probabilité qu'un événement (bon ou mauvais) se produise. Par extension, événement indésirable contre la survenance duquel on s'assure. Les principaux risques sociaux sont: la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage, le décès, etc. (voir sécurité sociale). Les risques sociaux positifs sont le mariage, la naissance, etc.

## **Risque de surprescription**

Les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation des prestations en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du fait que ce dernier sait qu'il est assuré.

## **Risque de surconsommation**

Il se rapporte au phénomène suivant lequel les bénéficiaires d'une assurance ont tendance à consommer abusivement ou plus que d'ordinaire, les services proposés, de manière à «valoriser» au maximum les cotisations versées.

## **Risques de santé**

En matière de soins de santé, on fait la différence entre gros risques et petits risques. Les gros risques sont ceux qui impliquent des dépenses importantes, comme une hospitalisation, un accouchement, une opération chirurgicale, etc. Les petits risques sont ceux qui impliquent des dépenses moins élevées, comme les consultations auprès d'un médecin généraliste ou l'achat de médicaments.

## **Santé**

Selon la définition de l'OMS: «la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité».

## **Sécurité sociale**

Protection que la société accorde à ses adhérents, grâce à une série de mesures publiques, contre le dénuement économique et social où pourraient les plonger, en raison de la disparition ou de la réduction sensible de leur gain, la maladie, la maternité, les accidents du travail et les maladies professionnelles, le chômage, l'invalidité, la vieillesse ou un décès; à cela s'ajoute la fourniture de soins médicaux et l'octroi de prestations aux familles avec enfants. (D'après la Convention n° 102 de l'Organisation internationale du Travail concernant la sécurité sociale [norme minimum]).

## **Sélection adverse**

Il y a sélection adverse ou antisélection, lorsque les personnes courant un risque plus élevé que la moyenne s'affilient à un système d'assurance, dans une proportion supérieure à celle qu'elles représentent dans la population générale. Cette situation peut compromettre la viabilité financière du système par un niveau de dépenses trop élevé par adhérent.

## **Sinistralité** (d'un SA)

Désigne la relation entre les prestations dont bénéficient les adhérents et les cotisations qu'ils paient au SA.

## **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. Ils 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 de la population à la gestion des services et à la prise en charge de leurs coûts.

## **Soins ambulatoires**

Soins effectués dans un établissement médical mais sans hospitalisation ou internement du patient.

## **Soins à domicile**

Soins dispensés au domicile du patient. Dans certains pays, les médecins ou les infirmières effectuent ainsi des visites à domicile, dont les tarifs sont plus élevés pour tenir 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 en hôpital comptant au moins une nuit.

## **Soins spécialisés**

Consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques (radiologie, biologie clinique, etc.).

## **Spécialité**

Médicament protégé par un brevet et vendu sous un nom de marque choisi par le fabricant.

## **Ticket modérateur**

Il représente la part du coût du service couvert déduite du montant remboursé à l'adhérent. Il est exprimé en pourcentage. On l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de modérer la consommation de soins de santé.

## **Tierspayant**

Système de paiement des dépenses de santé dans lequel l'adhérent ne paie au prestataire que la partie du coût des soins qui est à sa charge (ticket modérateur). Le SA paie le complément de ce coût directement au prestataire.