



## Guide méthodologique de mise en place d'une mutuelle de santé couplée à une Institution de Micro-Finance, avec un principe d'adhésion obligatoire



Le présent document de capitalisation est élaboré sur la base de l'expérience dans la mise en œuvre d'une mutuelle de santé couplée à une Institution de Micro-Finance, avec un principe d'adhésion obligatoire au Burkina Faso. Cette mutuelle de santé mise en œuvre par l'ONG française ATIA consiste en la mise en place d'une micro-assurance santé pour abaisser les barrières financières de l'accès aux soins couplé à un suivi médico-social pour abaisser les barrières socio-culturelles.

La méthodologie d'intervention d'ATIA repose sur le partenariat avec des associations locales et ATIA a ainsi créé la mutuelle de santé TOND LAAFI (TL) « notre santé » en langue mooré en juin 2018, pour mettre en œuvre cette mutuelle de santé. Depuis 2019, TL a établi un partenariat avec l'IMF YIKRI au Burkina Faso pour offrir micro-assurance et suivi médico-social à l'ensemble de ses membres (environ 10 000 micro-emprunteurs donc 40 000 personnes couvertes par la mutuelle en 2023).

Ce document a été écrit par Yvonne Allard, responsable de programme d'ATIA et directrice de TOND LAAFI (TL) de 2019 à 2022. En 2023, Larissa Ouedraogo, chargée de projet et présente depuis la création de l'association, en a repris la direction.

Pour en savoir plus sur l'historique des programmes de mutuelles de santé mises en place par ATIA, voir <https://reseau-pratiques.org/capitalisation-mise-en-place-de-mutuelles-de-sante/>.

## Table des matières

TERMINOLOGIE .....	4
INTRODUCTION .....	5
DÉFINITION DE CERTAINS CONCEPTS CLÉS UTILISÉS .....	6
<b>PARTIE I : LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE DE SANTÉ POUR L'IMF .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 La vérification des conditions préalables .....</b>	<b>11</b>
Condition 1 : Existence d'un besoin réel en matière de financement des soins de santé .....	11
Condition 2 : Une capacité contributive des bénéficiaires .....	12
Condition 3 : Existence des services de santé et de leur qualité .....	12
Condition 4 : Liens de solidarité assurés entre les futurs mutualistes .....	12
Condition 5 : Un intérêt de la part de l'IMF et de ses dirigeants de mettre en place une mutuelle de santé .....	13
<b>1.2 Les différentes étapes de mise en place d'une mutuelle de santé .....</b>	<b>13</b>
1.2.1 L'étude d'opportunité et diagnostic de la mise en place d'une mutuelle de santé pour l'IMF YIKRI ...	14
1.2.2 L'étude de faisabilité .....	14
1.2.3 Le choix des soins couverts par la mutuelle .....	16
1.2.4 Les services non financiers .....	17
1.2.5 Le calcul de la cotisation .....	18
1.2.6 Le réseau sanitaire et le mode d'octroi des prestations .....	22
<b>PARTIE II : L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE LA MUTUELLE DE SANTÉ .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 L'organisation d'une mutuelle de santé .....</b>	<b>22</b>
2.1.1 Les organes d'une mutuelle de santé .....	22
<b>2.2 Le fonctionnement de la mutuelle de santé .....</b>	<b>25</b>
2.2.1 La gestion des adhésions .....	25
2.2.2 Les modalités d'adhésion et collecte des cotisations .....	26
2.2.3 Le contrôle de l'enregistrement des adhésions .....	28
2.2.4 Le suivi des adhésions .....	28
2.2.5 L'équipe RH .....	29
<b>2.3 La gestion des prestations .....</b>	<b>29</b>
2.3.1 Les modalités de recours aux services de santé .....	29
2.3.2 Le contrôle des droits aux prestations .....	30
2.3.3 Le suivi des prestations maladie .....	31
<b>2.4 La prévention et la gestion des risques majeurs liés à la mutuelle de santé .....</b>	<b>32</b>
<b>2.5 La gestion comptable et financière d'une mutuelle de santé .....</b>	<b>34</b>
2.5.1 La gestion des ressources .....	34
2.5.2 La gestion des opérations comptables .....	35
2.5.3 Le Plan Comptable des Mutuelles de Santé en Afrique de l'Ouest .....	35
<b>PARTIE III : LE SUIVI ET L'ÉVALUATION .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1 Le contrôle interne et l'outil « B'mas » .....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 L'évaluation et les ajustements .....</b>	<b>37</b>
<b>PARTIE IV : L'ANCRAGE INSTITUTIONNEL .....</b>	<b>37</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>39</b>

## Annexes

**Annexe 1 : Questionnaire Formations sanitaires**

**Annexe 2 : Convention de partenariat avec les formations sanitaires**

**Annexe 3 : Description des tâches des équipes de l'Unité de Gestion**

**Annexe 4 : Les outils (fiche d'adhésion, registre du groupe, carte mutuelle, contrat mutuelle, reçus ...)**

**Annexe 5 : Modèle d'une Boîte à images**

**Annexe 6 : Etude de faisabilité**

**Annexe 7 : Guide des procédures opérationnelles de gestion de la mutuelle de santé TOND LAAFI**

**Annexe 8 : Procédure de contrôle saisie BMAS**

**Annexe 9 : Plan Comptable des Mutuelles de Santé**

## TERMINOLOGIE

**AMU** : Assurance Maladie Universelle

**AG** : Assemblée Générale

**ASMADE** : Association Songui Manégré / Aide au Développement Endogène

**BCEAO** : Banque Centrale des Etats de l’Afrique de l’Ouest

**BE** : Bureau Exécutif

**BIT** : Bureau International du Travail

**CA** : Conseil d’Administration

**CHR** : Centre Hospitalier Régional

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CM** : Centre Médical

**CMA** : Centre Médical avec Antenne chirurgicale

**CS** : Comité de Surveillance

**CSPS** : Centre de Santé et de Promotion Sociale

**CSU** : Couverture Santé Universelle

**DCI** : Dénomination Commune Internationale

**UE** : Union Européenne

**DS** : District Sanitaire

**EdM** : Entrepreneurs du Monde

**IMF** : Institution de Micro Finance

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PCMS** : Plan Comptable des Mutuelles Sociales

**PNDES** : Plan National de Développement Economique et Social

**MS** : Mutuelle Sociale

**RA** : Responsable d’Agence

**RAMS** : Réseau d’Appui aux Mutuelles Sociales

**RAMU** : Régime d’Assurance Maladie Universelle

**RP** : Responsable de Programme

**SIG** : Système d’Information et de Gestion

**UEMOA** : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

## INTRODUCTION

ATIA dispose d'une expérience de plus de quinze ans dans la mise en œuvre de mutuelles de santé. Elle a accompagné six mutuelles de santé en Inde, quatre à Madagascar, une au Bangladesh, une aussi au Burkina Faso et une dernière naissante au Togo. La plupart de ces mutuelles de santé sont adossées à des activités de microfinance.

Dans beaucoup de pays en développement, la majorité des activités génératrices de revenu se trouve dans l'économie informelle. Au Burkina Faso, l'accès aux systèmes de sécurité sociale est réservé aux travailleurs du secteur formel. Les travailleurs du secteur informel estimés à plus de 80%<sup>1</sup> de la population active se retrouvent ainsi dans une situation de vulnérabilité en matière de santé.

Dans les pays en développement, une grande partie des travailleurs du secteur informel sont aussi des micro-emprunteurs. En Afrique de l'Ouest, la zone UEMOA compte ainsi plus de 524 IMF qui couvrent 17 millions d'emprunteurs (rapport BCEAO juin 2023). En l'absence d'un système de couverture santé accessible, les micro-entrepreneurs et leurs familles sont fortement vulnérables face à la maladie, ce qui a des conséquences sur leur santé, leurs activités génératrices de revenus et le remboursement de leur crédit. En conséquence, concevoir un dispositif d'accès à la protection sociale pour les bénéficiaires d'une IMF constitue un enjeu clé pour favoriser l'accès à des soins adaptés en termes de coût et de qualité, tout en améliorant la qualité du portefeuille de crédit d'une IMF.

Ce guide méthodologique de mise en place d'un dispositif de santé et de protection sociale à destination des micro-emprunteurs d'une IMF est destiné à toutes les personnes intéressées par la création de mutuelles de santé par des IMF.

Ce guide a pour objectif de permettre d'apprécier le processus et les contraintes de la création de mutuelles de santé adossées à des activités de microfinance. Sans avoir la prétention d'être exhaustif, ce guide présente les principaux enjeux et éléments à prendre en compte en s'appuyant sur les leçons apprises de l'expérience dans la mise en place de la mutuelle TOND LAAFI et son développement au Burkina Faso.

**La Partie I** intitulée **La Mise en place d'une mutuelle de santé pour l'IMF** porte sur les conditions et le processus de création d'une mutuelle. Elle décrit les différentes étapes de constitution d'une mutuelle. Elle donne des indications sur les préalables et les travaux préliminaires à cette création. Elle présente quelques critères à prendre en compte pour définir la formule mutualiste la plus adaptée.

**La Partie II** intitulée **L'organisation et le fonctionnement de la mutuelle de santé** présente une structure organisationnelle type d'une mutuelle de santé : fonctions et relations des principaux organes, les modalités d'adhésion des membres, la gestion des cotisations et des prestations et les outils utilisés pour le suivi. Elle aborde les risques majeurs liés à la micro-assurance santé. Elle donne un aperçu de la gestion comptable et financière d'une mutuelle de santé.

**La Partie III** intitulée **Le suivi et l'évaluation** concerne le contrôle interne qui consiste à suivre l'équilibre du fond mutuel et la consommation des soins ainsi qu'à éviter les fraudes. Cette partie de suivi et d'évaluation se consacre ainsi à l'analyse des ratios pour la viabilité financière et économique de la mutuelle ainsi qu'une analyse des ajustements à apporter.

**La Partie IV** intitulée **L'ancrage institutionnel**, décrit l'étape et les éléments qui confirment la crédibilité de la mutuelle de santé.

---

<sup>1</sup> Gadiaka. K, Secteur informel : En attendant l'effet PNDES. L'Economiste du Faso. Février 2017, Burkina Faso.

## DÉFINITION DE CERTAINS CONCEPTS CLÉS UTILISÉS

### **Accès aux soins**

Est la possibilité pour la population, d'utiliser des soins ou des services de santé. Pour que l'ensemble de la population puisse accéder aux services de santé, il faut que soient levés des obstacles économiques, financiers mais aussi géographiques, psychologiques et culturels.

### **Actuariat**

L'actuariat est décrit comme étant une : « technique appliquant les méthodes statistiques et du calcul des probabilités aux opérations financières, aux problèmes d'assurance, de prévoyance et d'amortissement » L'actuariat est utilisé pour calculer le cout moyen des soins pour un membre de la mutuelle et le montant de cotisation nécessaire pour atteindre un équilibre financier.

### **Convention de partenariat**

Accord conclu entre la formation sanitaire et la mutuelle de santé, comprenant la définition des services couverts, les tarifs à appliquer, le montant et les modalités de remboursement. Les conventions doivent garantir au membre mutualiste la possibilité de disposer de soins de qualité à un tarif raisonnable.

### **Comité d'Initiative**

En Afrique de l'Ouest, le Comité d'Initiative est l'équipe chargée des orientations stratégiques et techniques d'un projet de création d'une mutuelle. Le Comité est composé de personnes ressources qui sont en premier lieu les futurs membres de la mutuelle, c'est-à-dire les bénéficiaires de l'IMF. Les responsables de la santé, les cadres de concertation de la promotion de la protection sociale, les prestataires de soins des zones d'intervention, ... peuvent faire partie du Comité d'Initiative

### **Cotisation**

Somme d'argent déterminée, périodiquement versée à la mutuelle de santé par le membre mutualiste principal pour pouvoir bénéficier de ses services.

### **Cotisations perçues**

Montant total des cotisations versées à la mutuelle, qui comprend les cotisations pour la période en cours mais aussi les cotisations versées en avance (lorsqu'un membre paye 1 année de cotisation en une fois par exemple).

### **Cotisations acquises**

Montant total des cotisations versées à la mutuelle pour la période en cours. Les cotisations futures ne sont pas incluses dans ce montant. Les cotisations acquises représentent le montant total que la mutuelle peut utiliser au moment de la période en cours pour payer les sinistres et ses frais de fonctionnement.

### **Droit d'adhésion**

Somme d'argent versée à une mutuelle de santé 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.

### **Fonds d'amorçage**

Un fonds d'amorçage est un montant nécessaire au démarrage de la mutuelle pour le paiement des sinistres. Il est calculé à partir du prévisionnel-simulation, entre les cotisations acquises et les dépenses de santé prévues.

### **Fonds de réserve**

Capitaux propres constitués par la mutuelle de santé pour faire face à des dépenses futures, en particulier en cas de situations imprévues. Leur montant fait habituellement l'objet de dispositions règlementaires (par exemple, le fond de réserve doit correspondre à 3 mois de dépenses de sinistres).

### **Formation sanitaire**

Au Burkina Faso, 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 et de Promotion Sociale (CSPS), Centre Médical (CM), Centre Médical avec Antenne Chirurgicale (CMA), cabinet médical, hôpital, etc.).

### **Hospitalisation de jour ou mise en observation**

Hospitalisation qui dure moins de 24 heures pendant la journée et/ou la nuit : le patient entre et sort le même jour. Une hospitalisation de jour peut donc concerner tous types de soins dispensés dans une formation sanitaire.

### **Maladie aiguë**

Une maladie aiguë est une affection de courte durée, et d'évolution rapide qui s'associe généralement à une guérison rapide.

Exemple : paludisme, infection pulmonaire, ...

### **Maladie chronique**

Une maladie chronique est une affection de longue durée, qui en règle générale, évolue lentement<sup>2</sup>. Autrement dit, il s'agit d'une maladie qui évolue à long terme, qui est souvent associée à une invalidité, ou à la menace de complications sérieuses, et susceptible de réduire la qualité de vie du patient<sup>3</sup>.

Exemples : Les diabètes, l'asthme, la fibromyalgie, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les scléroses en plaque, les maladies neurodégénératives, les maladies rares (comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies), les maladies transmissibles persistantes (comme le sida ou l'hépatite C) et des troubles mentaux de longue durée (comme la dépression ou la schizophrénie).

### **Médecin-conseil**

Médecin qui travaille pour une mutuelle de santé et lui fournit des conseils ainsi qu'aux prestataires de soins et aux bénéficiaires de la mutuelle. Il conseille la mutuelle dans l'établissement de conventions avec les prestataires de soins. Il contrôle la pertinence des soins donnés, le respect des règles de remboursement. Il peut aussi intervenir dans les activités d'éducation à la santé.

### **Médicament de spécialité**

Médicament découvert ou synthétisé par un laboratoire pharmaceutique, et qui est sous la propriété de celui-ci. Le laboratoire a un monopole d'exploitation sur le médicament pendant une vingtaine d'années et lui donne une dénomination commerciale. Les médicaments de spécialité sont plus chers que les médicaments génériques, car ils incluent les frais de recherche et développement.

Pour cette raison, les mutuelles de santé tendent à limiter leur prescription à leurs membres aux seuls cas où les équivalents génériques n'existent pas, ou sont indisponibles.

### **Médicament générique**

Médicament équivalent d'un médicament de spécialité qui n'est plus protégé par des droits de propriété intellectuelle. Il est alors désigné par le nom de son principe actif, en général la Dénomination Commune Universelle (DCI). Un médicament générique est moins cher, car les coûts de recherche/développement

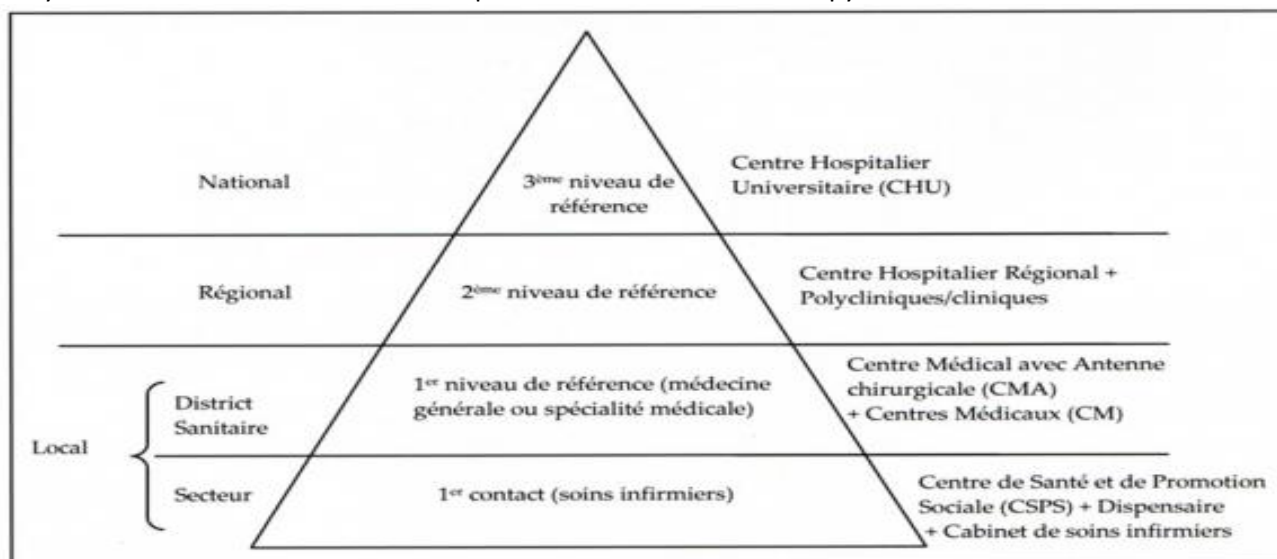
---

<sup>2</sup>Voir OMS : « Définition Organisation Mondiale de la Santé », In : [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/), consulté le 29.06.2015

<sup>3</sup> Voir Glossaire multilingue, BDSP : Banque de donnée en santé publique : « Définition médicament de spécialité », In : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>, consulté le 29.06.2015

et marketing sont négligeables dans son prix de revient<sup>4</sup>. Son efficacité est exactement identique à celle du médicament de spécialité équivalent. C'est la raison pour laquelle les mutuelles de santé encouragent leurs prestataires de santé partenaires à prescrire des médicaments génériques, quand les équivalents génériques existent et sont disponibles. Au Burkina Faso, les prescriptions du premier niveau dans les centres de santé, les dispensaires ou les cabinets de soins infirmiers sont des médicaments génériques. Seuls les centres de « deuxième niveau » peuvent prescrire des spécialités, après un référencement par les centres de premier niveau. Dans les faits, plusieurs centres de premier niveau prescrivent des spécialités car cela leur rapporte des bénéfices supplémentaires.

Le système de santé du Burkina Faso se présente sous la forme d'une pyramide.



### **Membre mutualiste (ou adhérent)**

Personne bénéficiant de la couverture de la mutuelle de santé. Le membre mutualiste principal, par la signature du contrat de mutuelle de santé, s'engage à payer une cotisation en échange des services de la mutuelle de santé. Le membre principal peut ouvrir droit aux services de la mutuelle de santé aux personnes dépendantes directement de lui (personnes à charge), qu'on nommera alors ayants droits. L'ensemble des membres mutualistes principaux et leurs ayants-droits sont nommés membres.

### **Prescriptions de premier niveau**

Première prescription donnée à un malade pour un type de maladie spécifique. En Afrique de l'Ouest, le niveau de santé primaire est le premier niveau de contact avec les services de santé pour les individus, les familles et les communautés. Le niveau de santé secondaire comprend les hôpitaux de référence ou de district et les cliniques spécialisées où les malades se rendent après avoir été orientés par les centres de santé primaire. Le niveau tertiaire comprend les hôpitaux universitaires et les centres médicaux. Ces établissements disposent de spécialistes et d'installations pour des investigations et des traitements médicaux avancés.

### **Protection sociale**

D'après le BIT, 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.

<sup>4</sup> Voir définition ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : « Glossaire », In : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/glossair/glossair.php#SpecialitePharmaceutique>



### **Référencement médical**

Le référencement médical est l'action de conseiller le membre, de le guider vers un médecin spécialiste compétent. Référence obligatoire désigne l'obligation de consulter un médecin d'un échelon donné avant de pouvoir être reçu par une formation sanitaire d'un échelon supérieur.

### **Taux de sinistre à prime d'une mutuelle de santé**

Le terme désigne le rapport entre le montant des sinistres remboursés aux adhérents de la mutuelle et les cotisations versées à cette dernière.

### **Soins de santé de base**

Soins courants dispensés aux patients dans les formations médicales. Ce sont les premiers points 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 primaire**

La notion intègre les soins de santé de base, tels que définis ci-dessus, dans une stratégie de développement, fondée en 1978 par l'OMS dans la Déclaration d'Alma-Ata. Cette stratégie promeut l'accès universel aux soins de santé de base, par le développement de systèmes de santé soutenables pour les sociétés des pays en voie de développement, tout en garantissant un niveau de qualité minimum. Pour garantir cet équilibre, la stratégie met l'accent sur l'implication des populations concernées "dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination".

Tels que définis par cette déclaration, ils comprennent :

1. L'éducation pour la santé
2. La promotion des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles
3. Un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base
4. La lutte contre les maladies transmissibles
5. La vaccination contre les grandes maladies infectieuses
6. La protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale
7. La fourniture de médicaments essentiels
8. Le traitement des maladies et lésions courantes<sup>5</sup>

Les programmes de micro-assurance santé s'insèrent donc dans cette stratégie de développement. Pour cette raison, le terme de soins de santé primaire est souvent préféré à celui de soins de santé de base.

### **Suivi d'hospitalisation (ou visite hospitalisation)**

L'hospitalisation d'un adhérent entraîne un montant de dépense conséquent pour la mutuelle de santé, mais aussi pour l'adhérent qui peut souvent avoir des difficultés à faire des choix éclairés lors de son hospitalisation. En conséquence, les mutuelles de santé mettent souvent en place un suivi d'hospitalisation qui consiste en des visites régulières du membre hospitalisé par un agent de la mutuelle de santé.

1. L'agent effectuant le « suivi hospi » conseille et oriente le membre concernant les étapes de son hospitalisation et la prise en charge de celle-ci, et il surveille le niveau des dépenses engagées et à venir.
2. Le médecin-conseil effectue un suivi médical de l'hospitalisation et suit les prescriptions et dialogue avec le médecin en charge du patient au sein de l'hôpital.

### **Suivi post-hospitalisation (ou visite post-hospitalisation)**

Le suivi post-hospitalisation est une visite effectuée au domicile du membre mutualiste après sa sortie de l'hôpital par l'animateur. Il permet de connaître l'état de santé de la personne, de contrôler la prise du traitement éventuel, de rappeler la possible visite de contrôle et les démarches vis-à-vis de la mutuelle de santé le cas échéant.

---

<sup>5</sup> Voir OMS : « Alma Ata declaration », In: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/), consulté le 29.06.2015

***Système tiers-payant***

La prise en charge en tiers-payant, plutôt qu'en remboursement, signifie que les membres de la mutuelle de santé sont soignés dans les structures conventionnées sans avancer les frais, ce qui contribue à abaisser la barrière financière à l'accès aux soins. La mutuelle de santé est la tierce personne entre le malade et la structure sanitaire conventionnée. Elle récupère les factures des membres ayant bénéficié de soins, effectue un contrôle médical et administratif et rembourse le prestataire partenaire santé conventionné. Le remboursement au prestataire de santé est souvent effectué de façon mensuelle.

***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. Un ticket modérateur de 40% signifie que la mutuelle de santé rembourse 60% des soins.

## PARTIE I : LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE DE SANTÉ POUR L'IMF

### 1.1 La vérification des conditions préalables

La création d'une mutuelle de santé est un processus lent qui passe par plusieurs étapes et fait face à de nombreuses difficultés dont, notamment l'insuffisance des informations sanitaires, financières, démographiques.... disponibles lors des études d'opportunité et de faisabilité. La phase de mise en place de la mutuelle est essentielle pour sa future organisation et gestion. Une erreur dans le choix des activités et services dans la définition de l'organisation de la mutuelle de santé ou encore dans le calcul de la cotisation affectera la viabilité de la mutuelle. La mise en place de la mutuelle est suivie par une phase de croissance, qui doit s'étendre jusqu'à l'atteinte du seuil d'équilibre. Cette phase d'équilibre est elle-même longue. Elle permet d'affiner les hypothèses retenues durant la mise en place, grâce à l'expérience acquise au cours des premières années de fonctionnement. La phase de croissance de la mutuelle sera d'autant plus rapide que la mise en place aura été réalisée avec toute la rigueur nécessaire. Des conditions préalables sont donc à réunir pour mettre en place une mutuelle de santé.

#### Condition 1 : Existence d'un besoin réel en matière de financement des soins de santé

Pour que les futurs mutualistes visés éprouvent un véritable intérêt pour la mutuelle, il est nécessaire non seulement que celle-ci réponde à un besoin réel mais aussi que ce besoin soit considéré comme important et prioritaire.

Au Burkina Faso, selon le PNDES 2016-2020, le financement de la santé par les ménages représente 36,3% des dépenses courantes de santé. Ce fardeau reste élevé car les mécanismes de couverture du risque maladie sont encore faibles. Malgré le vote de la loi portant sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en 2015, la mise en place de l'Assurance Maladie Universelle n'était toujours pas effective en 2024 pour les travailleurs du secteur informel.

En 2017, ATIA a mené une étude de faisabilité au Burkina Faso pour la mise en place d'un dispositif de mutuelle de santé.<sup>6</sup> Cette étude a confirmé que les bénéficiaires de l'IMF YIKRI faisaient face à des barrières financières et socio-culturelles entraînant un retard ou un renoncement aux soins et un appauvrissement du foyer.

Précisément, cette étude a calculé un revenu journalier par unité de consommation inférieur au seuil de pauvreté en parité de pouvoir d'achat (PPA) c'est à dire 400 FCFA (soit environ 0,61€ de revenu par jour et par personne), alors que le coût moyen d'un soin primaire s'élève à 3 000 FCFA et celui d'une hospitalisation à 22 000 FCFA. Le paludisme, qui entraîne un risque de mortalité principalement chez les enfants et les femmes enceintes, représente plus de la moitié des cas de maladies, mais « de nombreux patients retardent leur traitement dans une structure sanitaire et préfèrent utiliser des plantes médicinales pour se soigner. A cause de ce retard, plusieurs cas de référence pour le paludisme grave nécessitent des transfusions sanguines »<sup>7</sup>.

Par ailleurs, cette enquête a aussi révélé que 28% des familles avaient déjà dû renoncer à des soins et 29% avaient dû puiser dans le fonds de roulement de leur activité génératrice de revenus pour prendre en charge les dernières dépenses de soins (majoritairement des soins primaires).

---

<sup>6</sup> Cette étude de faisabilité a comporté 200 enquêtes et 14 entretiens qualitatifs auprès de bénéficiaires de l'IMF YIKRI à Ouagadougou ainsi que 30 enquêtes de mesure du niveau de pauvreté avec l'outil d'ATIA « photo de famille » et deux Focus Group de 15 personnes, 8 entretiens avec des prestataires de soins, et des entretiens avec les acteurs clés dans le secteur.

<sup>7</sup> MCHIP/USAID, en collaboration avec le Programme National de Lutte contre le Paludisme, Rapport sur la mise en œuvre du programme de lutte contre le paludisme au Burkina Faso. USA, mars 2013.

Malgré ce constat, seules quatre mutuelles sociales étaient recensées à Ouagadougou en 2017, avec un taux de pénétration inférieur à 1 %. Globalement, ces mutuelles fonctionnaient selon une adhésion volontaire avec d'importantes difficultés de recouvrement, ne ciblent pas spécifiquement les populations pauvres, proposant une cotisation familiale trop élevée et n'offrant pas d'accompagnement médico-social dont les familles vulnérables ont besoin en parallèle.

### **Condition 2 : Une capacité contributive des bénéficiaires**

Un niveau de revenus moyen minimum est nécessaire pour permettre à la mutuelle de proposer des services attractifs à un prix compatible avec le pouvoir d'achat du plus grand nombre. Une situation de trop grande pauvreté peut compromettre le démarrage d'une mutuelle ou sa viabilité. La mutuelle doit adapter les soins couverts à la capacité de contribution de sa population cible.

Coupler la mutuelle de santé à une IMF permet de pouvoir faire varier le montant de la cotisation en fonction du montant du prêt et d'avoir ainsi un montant de cotisation adapté au niveau de pauvreté des membres de la mutuelle.

### **Condition 3 : Existence des services de santé et de leur qualité**

L'accès des mutualistes aux services de santé et aux prestations requiert nécessairement l'existence préalable d'infrastructures sanitaires dotées de ressources financières, humaines et matérielles pour leur bon fonctionnement, et suffisamment proches du lieu de domicile et de travail des adhérents. L'existence (et l'application !) de protocoles de traitement par maladie au niveau national est aussi un bon indicateur d'un système de soin rigoureux.

L'évaluation du système de soin existant et de sa qualité permet d'adapter les services proposés par la mutuelle. Par exemple, dans le cas de Ouagadougou, certaines formations sanitaires ne sont pas bien considérées par la population parce qu'elles sont, par exemple, régulièrement confrontées à des ruptures de stocks de médicaments ou parce que l'accueil n'y est pas toujours convenable.

Pour apporter une réponse à ces difficultés, TOND LAAFI a décidé 1) de conventionner avec des pharmacies privées pour pallier les ruptures de stocks de médicaments et 2) de développer des liens et un suivi rapproché avec les prestataires de santé conventionnés pour les inciter à améliorer l'accueil des adhérents.

### **Condition 4 : Liens de solidarité assurés entre les futurs mutualistes**

L'intérêt d'adhérer à une mutuelle de santé provient 1) de la volonté de se protéger du risque (principe d'adhésion à une assurance) et 2) d'un principe de solidarité (mon argent me permettra à moi ou à d'autres personnes de se soigner). Pour des populations vulnérables, le principe d'assurance, de payer pour un risque potentiel, est souvent peu attractif car les dépenses de première nécessité représentent déjà une part importante voire supérieure au budget familial. La solidarité devient alors la base fondamentale de la mutualité.

Les liens de solidarité nécessaires à la mise en place d'une mutuelle de santé peuvent provenir de plusieurs situations : habitants d'un même village, d'une même commune, d'un quartier, travailleurs d'une même entreprise, membres d'une coopérative, membres d'un même mouvement social, etc. Les implications de cette solidarité sont doubles :

- chaque membre paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade. Le montant de la cotisation n'est pas déterminé par l'âge, le sexe ou l'état de santé du membre<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Le montant de la cotisation peut néanmoins dépendre du niveau de pauvreté des membres. Ainsi, depuis avril 2024, le montant de la cotisation des membres de l'IMF YIKRI est indexé au montant de leur crédit, avec l'hypothèse que le montant du crédit accordé est corrélé négativement au niveau de pauvreté des micro-emprunteurs.

- chaque membre bénéficie des mêmes services en cas de maladie.

La mutualité instaure donc une solidarité entre malades et bien-portants, entre jeunes et vieux et entre les différentes catégories professionnelles et sociales.

L'IMF YIKRI cible les populations vulnérables, en particulier les femmes, à qui elle propose des services de microfinance sociale adaptés. L'IMF est très présente au niveau de la société civile locale grâce à sa méthodologie qui repose sur la constitution de groupes de personnes au sein d'associations pour construire une confiance, des liens forts et une dynamique collective. Les membres de ces groupes, qui se réunissent mensuellement, bénéficient d'épargne, de formations économiques et financières, sociales et sanitaires et de prêts productifs. L'existence de liens de solidarités entre ces membres existait donc déjà avant la mise en place de la mutuelle de santé.

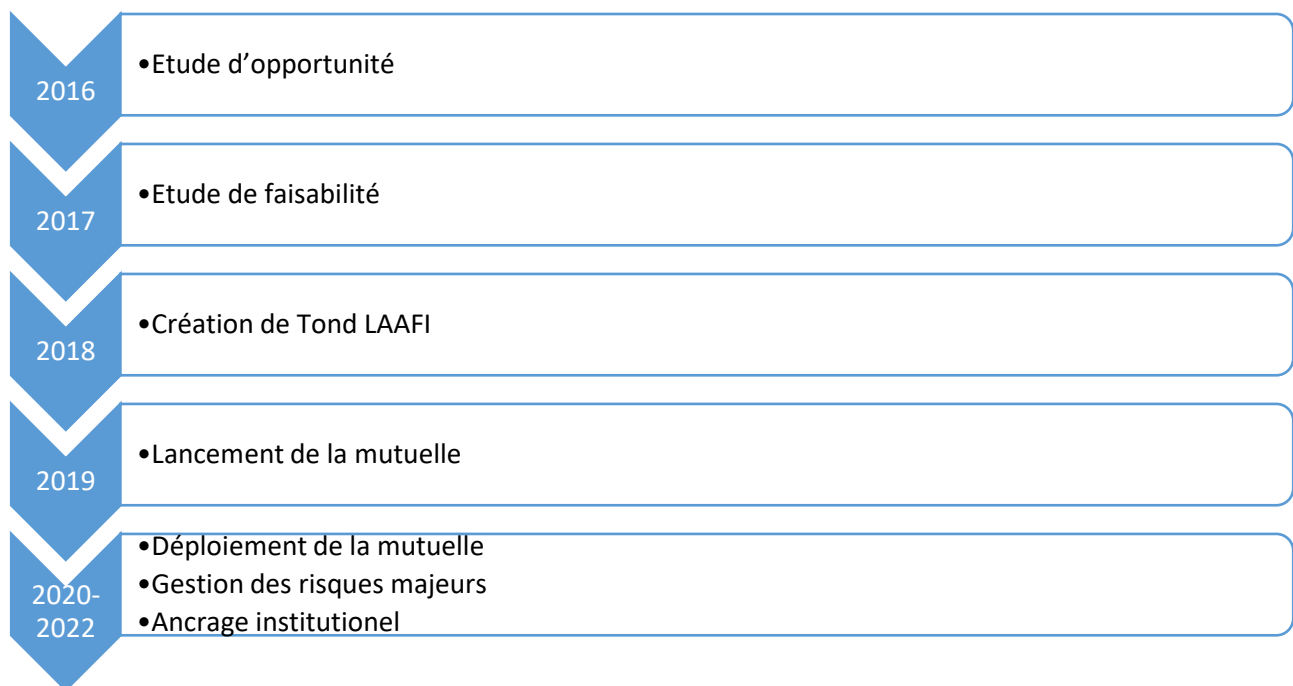
### Condition 5 : Un intérêt de la part de l'IMF et de ses dirigeants de mettre en place une mutuelle de santé

Pour être viable financièrement, une mutuelle de santé doit fonctionner sur un principe d'adhésion obligatoire. S'il est possible, à l'aide de campagnes de sensibilisation répétées, de convaincre la majorité des micro-emprunteurs de l'intérêt d'une mutuelle de santé, certains resteront toujours réticents à ce coût supplémentaire. Pour que la mutuelle de santé « tienne bon », il est alors nécessaire que les dirigeants et les salariés de l'IMF soient eux-mêmes convaincus de l'intérêt de cette mutuelle de santé et soient prêts à la « défendre » face à des micro-emprunteurs mécontents, voire à accepter de perdre certains de leurs bénéficiaires qui refuseraient catégoriquement le principe de l'adhésion obligatoire.

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

Chaque mutuelle de santé émane d'une dynamique sociale particulière et originale. Cependant, on peut retrouver des étapes importantes dans la mise en place des initiatives mutualistes. La prise en compte de ces étapes peut renforcer la bonne réussite et la pérennisation de la mutuelle de santé.

Pour TOND LAAFI, cinq (5) grandes étapes ont caractérisé sa mise en place.



## 1.2.1 L'étude d'opportunité et diagnostic de la mise en place d'une mutuelle de santé pour l'IMF YIKRI

Entrepreneurs du Monde (EdM) et ATIA sont deux ONGs qui se connaissent bien<sup>9</sup> et partagent la même vision sociale d'aide aux familles les plus démunies. Début 2015, EdM souhaitant compléter ses services sociaux à destination de ses bénéficiaires et ATIA désirant étendre ses programmes de santé et protection sociale, elles ont décidé d'étudier l'opportunité de la mise en place d'une mutuelle de santé pour les familles vulnérables de la nouvelle IMF lancée par EdM au Burkina Faso : YIKRI.

En 2016, une étude d'opportunité a confirmé les besoins des bénéficiaires de l'IMF YIKRI en terme d'accès aux soins ainsi que la nécessité de poursuivre la réflexion sur la mise en place d'une mutuelle de santé. Pendant cette étude, les initiateurs de la mutuelle, ATIA, EdM et YIKRI, ont développé une concertation étroite avec les futurs bénéficiaires pour recueillir leur point de vue, préciser les besoins et définir les actions à entreprendre. Pour favoriser l'implication des futurs bénéficiaires de la mutuelle, des séances d'échanges et de sensibilisation sur les problèmes du financement des soins de santé ont été mises en place avec les bénéficiaires.

A l'issue de cette étude, la pertinence de la mutuelle a été confirmée mais l'ensemble des parties prenantes a décidé d'attendre que les activités de prêts productifs de l'IMF soient lancées et stabilisées avant de poursuivre la création de la mutuelle, afin d'éviter une transmission d'informations simultanées trop importantes aux micro-emprunteurs.

## 1.2.2 L'étude de faisabilité

Le principal objectif de l'étude est de déterminer la faisabilité de la mise en place d'une mutuelle de santé pour les bénéficiaires de l'IMF et si ce dispositif est en mesure de répondre aux besoins et aux attentes des bénéficiaires. L'étude de faisabilité constitue une étape très importante dans la création d'une mutuelle de santé puisqu'elle va déterminer ses principales composantes (choix de la formule mutualiste, calcul du montant de la cotisation, détermination du panier de soins, soins couverts, identification des prestataires de santé...). Elle a été menée d'avril à août 2017 pour TOND LAAFI (**voir l'étude en annexe 6**)

De façon spécifique, il s'agit de déterminer :

- Le profil socio-économique des bénéficiaires, leurs parcours de soins, leurs besoins et leurs attentes en termes de santé, ...
- Le réseau des formations sanitaires fréquentées par les bénéficiaires et voir quelles sont celles qui pourraient s'inscrire dans le projet.
- Les produits et les services à proposer qui caractériseraient la mutuelle ainsi que son organisation.

Il est important de bien connaître la situation dans laquelle la mutuelle de santé va être déployée grâce à des données solides sur les aspects démographiques, socio-économiques, culturels, sanitaires, financiers et juridiques. Il convient de consulter la littérature existante et de se renseigner auprès de différentes institutions et organisations pour recueillir les informations déjà disponibles pour l'identification des besoins, de la capacité contributive des bénéficiaires...

Si des réseaux de mutuelles existent dans le pays, il faut absolument les consulter. Au Burkina Faso, le Secrétaire Permanent du RAMS a participé à l'état des lieux de l'environnement institutionnel et du secteur de la mutualité et l'ASMADE a partagé ses données sur les produits proposés par les autres mutuelles burkinabé.

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

---

<sup>9</sup> Elles ont toutes les deux été créées par des anciens salariés et collègues de l'ONG Inter Aide.

- Partir des revenus disponibles et fixer des objectifs en relation avec ceux-ci
- Identifier les besoins prioritaires et évaluer les moyens financiers nécessaires pour les satisfaire

Ces deux démarches requièrent la prise en compte du niveau de revenus des bénéficiaires visés. La capacité contributive varie d'un public cible à un autre. La capacité à payer peut-être faible, dans ce cas, la première démarche convient. Les services offerts sont en effet, décidés en fonction de la part contributive. Dans le cas de la deuxième démarche, les bénéficiaires ont des facilités à contribuer pour satisfaire leurs besoins, dans ce cas, la cotisation est décidée pour satisfaire tous les besoins sans que la capacité contributive soit un frein. Dans le cas de TOND LAAFI, la première démarche a été privilégiée. Les futurs mutualistes n'étaient prêts qu'à cotiser 1000 FCFA mensuellement pour la prise en charge de leurs soins.

Pour l'étude de faisabilité de la mise en place de la mutuelle de santé TOND LAAFI, différents types de collecte de données (questionnaires, focus groups, littératures existantes, projections des décaissements de YIKRI ...) ont été utilisés pour pouvoir aboutir à la proposition du couple produit et cotisation et définir les modalités.

Les informations à recueillir concernent notamment :

#### **Les aspects démographiques**

- la croissance de la population cible
- la répartition de la population de la zone par tranches d'âge et par sexe
- la taille moyenne et la composition des familles (hommes, femmes, enfants, autres personnes à charge)
- la dynamique des mouvements migratoires

#### **L'offre de soins**

- le nombre et la répartition des prestataires de soins
- la nature des services de santé (consultation, maternité, hospitalisations, etc.)
- la qualité des soins
- l'effectif et les qualifications du personnel de santé
- la perception des prestataires par la population
- les distances entre les prestataires de soins et la population cible
- les circuits de distribution des médicaments
- la disponibilité en médicaments essentiels et génériques

#### **Les formes de solidarité et d'organisation de la population**

- les formes d'organisation de la population (communautés de base, comités de quartier, coopératives, associations, tontines, etc.)
- l'organisation et le fonctionnement des associations
- les pratiques d'entraide existantes en matière de santé.

#### **Les revenus des familles et les dépenses de santé**

- les activités économiques de la population
- la nature des productions
- le niveau des revenus et leur répartition
- le budget familial annuel et la part de ce budget consacrée à la santé.

#### **La situation sanitaire et les besoins en matière de santé**

- les besoins prioritaires en matière de santé
- les taux de fréquentation des services de santé
- les affections courantes
- les taux de morbidité, de mortalité, la malnutrition, etc.

#### **Le financement des soins**

- les modalités de financement des frais de santé
- le coût des soins

- les initiatives en matière de financement de la santé.

#### **Le cadre juridique et institutionnel**

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

### **1.2.3 Le choix des soins couverts par la mutuelle**

Une mutuelle de santé pour l'IMF cherche une formule qui prend en compte les besoins spécifiques des micro-entrepreneurs.

Elle peut couvrir une ou plusieurs catégories de soins :

- Les soins de santé de base ou « petits risques » : Les soins de santé de base sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les centres de santé, premier point de contact de la population avec les systèmes de santé. Ils comportent les soins préventifs et l'éducation à la santé (les vaccinations, le suivi des nourrissons, la planification familiale) et les soins curatifs (consultations, soins infirmiers, accouchements, ...)
- Les soins hospitaliers. Ces soins comprennent tant l'hébergement à l'hôpital que les actes médicaux, chirurgicaux, techniques et les médicaments consommés. Compte tenu du coût élevé des prestations liées à l'hospitalisation, on les range souvent sous la rubrique « gros risques ».
- Les soins spécialisés comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, dentiste, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques telles que la radiologie et la biologie clinique.
- Les médicaments : il est important de déterminer la liste de ceux qui seront remboursés par la mutuelle. Etant donné la différence de prix entre les médicaments de marque (spécialités) et les médicaments essentiels et génériques, il est judicieux de faire le choix de ne rembourser que ces derniers lorsqu'ils sont disponibles ou éventuellement les spécialités correspondantes sur la base du prix des génériques.

Une mutuelle de santé peut prendre en charge, intégralement ou en partie, les frais auxquels doivent faire face ses adhérents. Les mécanismes utilisés pour attribuer aux adhérents une partie des dépenses de santé sont souvent :

- Le ticket modérateur : Le ticket modérateur représente la part des dépenses de santé qui n'est pas couverte par la mutuelle et reste donc à la charge de l'adhérent. Il est exprimé en pourcentage. On l'appelle ticket modérateur parce qu'il permet de souligner la valeur des soins de santé et de limiter la tendance à la surconsommation.

Exemple : la mutuelle de santé TOND LAAFI prend en charge 60% du coût des soins, le ticket modérateur est donc de 40%. Pour une consultation de 2 000 francs CFA, la mutuelle remboursera 60% de 2 000 francs CFA soit 1 200 francs CFA alors que l'adhérent devra verser 800 francs CFA.

- Une mutuelle peut fixer un plafonnement des prises en charge. La mutuelle peut donc limiter sa prise en charge à un montant maximum pour un épisode maladie. La part des frais supérieure à ce montant est à la charge de l'adhérent. Le plafonnement de la prise en charge permet de limiter les dépenses de la mutuelle et de la protéger de cas exceptionnellement coûteux qui pourraient entraîner la faillite de la mutuelle.



Exemple : Si la mutuelle a fixé le plafond en matière d'hospitalisation à 300 000 francs CFA et qu'un adhérent a une facture de 1 000 000 francs CFA, il ne sera remboursé qu'à hauteur de 300 000, les 700 000 francs CFA restant à sa charge.

Dans de nombreux pays, la notion même d'assurance santé est difficile à faire comprendre et admettre par les bénéficiaires (d'où le principe d'une adhésion obligatoire)

En conséquence, le choix des soins couverts n'a rien d'évident. D'une part les assurés souhaitent le plus souvent que la mutuelle couvre leurs dépenses courantes en santé, voir les "extras" qu'ils ne peuvent s'offrir (vitamines, fortifiants divers avec une faible capacité préventive ou thérapeutique). D'autre part, le rôle de la mutuelle serait précisément de couvrir les "risques majeurs", c'est à dire les maladies, moins fréquentes, mais suffisamment graves et coûteuses pour mettre en péril l'activité économique des bénéficiaires. Il y a alors un arbitrage à faire entre la demande immédiate des membres et l'objet principal de la mutuelle qui est de couvrir les risques les plus sérieux. Sous la pression des membres, les mutuelles risquent de faire des choix démagogiques (par exemple le remboursement de fortifiants demandés par les bénéficiaires mais peu profitables à leur santé) qui finalement pénalisent les adhérents confrontés à des risques majeurs.

Une mutuelle doit donc faire un arbitrage entre d'une part le remboursement de soins demandés par ses assurés (pour être sûr de conserver suffisamment d'adhérent) et d'autre part le remboursement de soins plus rares mais absolument nécessaires pour éviter des situations catastrophiques (comme les hospitalisations).

Pour TOND LAAFI, ATIA a défini le panier de soins sur la base de la propension à payer des micro-entrepreneurs de sorte que les cotisations santé permettent la prise en charge des dépenses de soins et que le fonds mutuel soit équilibré, sans subvention.

Le panier de soins inclut la prise en charge de 60% des dépenses de soins primaires et d'hospitalisation dans les formations sanitaires conventionnées, principalement publiques et en pharmacie en cas d'indisponibilité des médicaments<sup>10</sup>. TOND LAAFI négocie avec les prestataires de soins pour une prise en charge en tiers payant afin d'éviter que les familles ne doivent avancer les dépenses. La mutuelle de santé couvre un maximum de quatre personnes dans le foyer.

En 2016, le Burkina Faso a mis en place la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Cependant cette gratuité n'est pas complètement effective en ce qui concerne les médicaments en raison des problèmes de rupture de stock et des circuits de vente parallèle au sein même des formations sanitaires, d'où la nécessité d'une prise en charge en pharmacie<sup>11</sup>.

## 1.2.4 Les services non financiers

Pour faire en sorte que les familles adhérentes utilisent les mutuelles, sollicitent des soins et acceptent le principe d'adhésion obligatoire, la mutuelle de santé peut mettre en place plusieurs services non financiers.

C'est le cas de TOND LAAFI qui propose les services suivants :

- **Une permanence téléphonique.** Elle est tenue par un médecin conseil et les animateurs de la mutuelle 24h/24h et 7j/7j. Elle est un service d'information et d'orientation médicale.
- **Une permanence physique dans l'IMF partenaire.** Cette permanence sert à renseigner les mutualistes, à renforcer leurs connaissances sur la mutuelle et l'utilisation de ses services. C'est un service

---

<sup>10</sup> Les soins suivants ne sont pas pris en charge : scanner, rééducation, chimiothérapie, traitement déjà pris en charge par l'Etat, épidémie et maladie chronique.

<sup>11</sup> D'après l'annuaire statistique 2016 du Ministère de la santé seulement 28% des dépôts de médicaments essentiels génériques n'ont pas connu de rupture de médicaments traceurs. Par exemple, le médecin chef d'un CSPS enquêté lors de l'étude de faisabilité révèle qu'en 2017, il a dû faire face à une rupture de stock d'antipaludéens, pendant trois mois, lors de la saison épidémique.

qui permet aussi d'assurer le lien entre l'IMF et la mutuelle. Les éventuels problèmes de fonctionnement, par exemple, peuvent être résolus rapidement.

- **Des visites régulières auprès des prestataires de soins conventionnés.** Ces visites permettent de s'assurer que les procédures sont bien respectées et surtout améliorent l'accueil réservé aux adhérents. Plus la relation entre la mutuelle de santé et les prestataires de santé sera bonne, mieux les adhérents à la mutuelle seront reçus et écoutés, ce qui est primordial pour améliorer le recours aux soins des populations vulnérables<sup>12</sup>. La fréquence de ces visites dépend de l'ancienneté du partenariat et du nombre d'adhérents qui visite le prestataire.

- **Des suivis hospitalisation et post-hospitalisation.** Les adhérents sont souvent très inquiets lors d'une hospitalisation, ils peuvent être perdus et impressionnés s'ils viennent pour la première fois. Le suivi proposé au patient par la mutuelle permet de réduire son anxiété lors de l'hospitalisation. Par ailleurs, les dépenses étant très importantes, les suivis lors des hospitalisations permettent d'éviter une surfacturation de la part des prestataires de soins et de s'assurer que les adhérents bénéficient bien du tiers-payant.

- **Des visites à domicile effectuées par les animateurs.** Ces visites visent à renforcer davantage les connaissances, la compréhension et donc l'utilisation des services de la mutuelle. Elles permettent aux bénéficiaires et aux animateurs de mieux se connaître. Cet espace plus intime permet de fournir des conseils plus ajustés, y compris en matière de santé préventive.

- **Une permanence médicale.** Elle est tenue par un médecin conseil de la mutuelle. Elle permet d'écouter et de conseiller les mutualistes et donne lieu à des lettres de référencement vers un prestataire de soins du réseau en cas de besoin.

- **Des animations en santé préventive.** Organisées très régulièrement, elles ont pour objectif d'informer et de sensibiliser sur les maladies fréquentes dans les zones d'intervention (paludisme, typhoïde, jaunisse, dengue, diarrhée, etc.), et d'éduquer sur les gestes de base en matière d'hygiène et de prévention.

Tous ces services d'accompagnement médico-social permettent d'augmenter l'utilisation de la micro-assurance santé et de réexpliquer en continu les principes du service de la mutuelle. Ils permettent d'améliorer l'orientation des adhérents dans leur parcours de soins, notamment face à une médecine peu régulée et parfois peu scrupuleuse, qui a tendance à profiter du manque de connaissances des familles. La mise en place d'une mutuelle s'accompagne d'un conventionnement avec les structures de soins publiques et privées (y compris les médecins de quartier), permettant de s'assurer du sérieux et de la qualité des soins proposés, et parfois de négocier des tarifs préférentiels... Valoriser ces économies permet aussi de convaincre les familles du retour sur investissement de leur prime d'adhésion, même si elles ne sont pas hospitalisées.

Ces services non financiers sont une nécessité pour que les familles aient recours aux soins. Ils permettent de combattre les superstitions et le recours à des pratiques non scientifiques, qui peuvent aggraver la situation en retardant l'accès aux soins nécessaires. Mais c'est surtout en donnant confiance et en accompagnant les familles (en les prenant parfois littéralement par la main !) qu'on leur permet de se soigner. Sinon de mauvaises expériences (mauvais accueil, corruption...), le manque d'information sur les symptômes ou sur « où aller », ou simplement l'habitude de ne pas se soigner, gardent les familles éloignées des soins. C'est cette « barrière psycho-sociale » que les mutuelles visent à franchir par les services non financiers.

## 1.2.5 Le calcul de la cotisation

Il est important de souligner que le montant des cotisations détermine la viabilité future de la mutuelle :

---

<sup>12</sup> Une étude anthropologique réalisée en 2021 par Ethno Logik a notamment montré que les adhérents de la mutuelle de santé AFAPFi à Madagascar évaluaient la qualité des soins qu'ils recevaient principalement à partir de l'accueil qu'ils recevaient.

- Si la cotisation est trop faible, la mutuelle sera déficitaire avec un risque de faillite en cours d'exercice si elle n'arrive pas à mobiliser des ressources supplémentaires (subventions, fonds de garantie, etc.).
- Si la cotisation est trop élevée, la mutuelle sera du point de vue financier peu accessible pour un grand nombre d'adhérents potentiels.

Le calcul des cotisations repose sur l'estimation de **la fréquence de survenue des risques de maladie et du coût des soins**. Dans la plupart des cas, peu de données fiables sont disponibles pour permettre d'effectuer ces estimations avec précision. Le montant des cotisations à calculer sera donc assez imprécis. **Il faudra impérativement assurer un suivi rigoureux du montant des cotisations et du coût des soins lors des premiers mois de la mutuelle pour procéder aux ajustements nécessaires.**

La méthode de calcul suivante est la plus utilisée. Il faut rappeler que les cotisations doivent servir à rembourser les dépenses de santé correspondantes aux soins couverts par la mutuelle, à constituer des réserves afin de renforcer la solidité financière de la mutuelle et à financer les coûts de fonctionnement de la mutuelle.

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

- ⇒ Prime de risque = taux de fréquentation attendu × (coût moyen du service – ticket modérateur à la charge du malade).
- ⇒ Marge de sécurité = fixée fréquemment à 10% de la prime de risque. Elle est liée à l'incertitude concernant le calcul de la prime de risque.
- ⇒ Coût unitaire de fonctionnement = estimation des coûts de fonctionnement totaux divisés par le nombre de bénéficiaires attendus.

<b>Cotisation individuelle par soins de santé couverts = Prime de risque + Marge de sécurité + Coût unitaire de fonctionnement</b>
--

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

Si plusieurs soins de santé sont couverts, la cotisation individuelle totale est égale à la somme des cotisations calculées par soin. Dans la plupart des mutuelles, la cotisation familiale est égale à la cotisation individuelle totale multipliée par le nombre moyen de membres à charge par famille. Ces calculs aboutissent à l'estimation d'une cotisation annuelle. On peut ensuite la fractionner par jour, mois, etc., en fonction de la périodicité de versement des cotisations la plus adaptée au regard des revenus des micro-entrepreneurs. En général, plus le revenu est bas, plus les gens préfèrent des paiements réguliers d'une petite somme au lieu d'un versement important. Le risque de ces paiements réguliers est d'augmenter les coûts de fonctionnement et du point de vue de la mutuelle, il est donc préférable que les paiements soient effectués en une seule fois.

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

1. On estime la capacité contributive de la population cible, c'est-à-dire le montant moyen que chaque individu ou famille serait en mesure de cotiser. On peut souligner que cette capacité contributive dépend beaucoup de l'intérêt que les micro-entrepreneurs accordent aux dépenses de santé. La sensibilisation de la population et l'utilité du service proposé ont donc également un impact sur leur volonté de payer une contribution.

2. On calcule la cotisation correspondante à chaque type de soin dont la couverture est envisagée. On élabore ensuite plusieurs scénarii de couverture des dépenses de santé en combinant la couverture de différents types de soins. Le montant total de la cotisation relative à chaque scénario doit être compatible avec la capacité contributive de la population cible.

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

Une fois que la capacité contributive de la population a pu être évaluée, ainsi que le coût des soins et les coûts de fonctionnement, le montant de la cotisation au lancement de la mutuelle peut être fixé. Ce montant pouvant être plus faible au démarrage que le montant « cible » nécessaire à l'autonomie financière de la mutuelle. Les coûts des mutuelles de santé développées par ATIA sont en effet répartis en trois (3) grands « blocs » :

- le remboursement des soins des adhérents
- le coût de fonctionnement de la micro-assurance santé (logiciel de gestion, saisie et suivi des sinistres, suivi comptable, contrôle des prescriptions par les médecins conseils, conventionnement avec les prestataires de soins, remise des cartes mutuelles aux bénéficiaires, hotline d'information...)
- le coût des services médico-sociaux (appui aux prestataires de soins : aide en petits matériels comme des bancs et des chaises, formation pour améliorer la rationalisation des prescriptions..., sensibilisation et prévention auprès des adhérents, notamment pour diminuer les inégalités de genre : par exemple, formation en Santé Sexuelle et Reproductive).

L'objectif d'ATIA est que la cotisation des adhérents couvre le fonds mutuel et le service de micro-assurance santé, afin que même en l'absence de subvention externe, les mutuelles partenaires puissent continuer à rembourser les soins des familles vulnérables. Le coût des services médico-sociaux doit par contre être pris en charge par des subventions externes afin que le coût de l'adhésion à la mutuelle reste abordable pour des familles vulnérables. En conséquence, ATIA renforce les capacités de ses mutuelles partenaires pour 1) établir et mettre en place progressivement un montant de cotisation - variable en fonction du niveau de pauvreté des familles – qui permettent d'assurer une autonomie du fonds mutuel et du service de micro-assurance santé et 2) demander et gérer des subventions de façon autonome pour financer les services médico-sociaux.

L'étude de faisabilité permet ainsi de calculer un montant de cotisation « cible » qui doit permettre à long terme non seulement de prendre en charge les dépenses de soins mais aussi les dépenses de fonctionnement de la micro-assurance santé. Cette méthode reflète le coût réel du dispositif et facilite les projections financières.

Pour TOND LAAFI, l'étude de faisabilité de 2017 a estimé une cotisation « cible » familiale (4 membres par famille) de 2 000 FCFA par mois (pour financer le coût des soins ainsi que le coût de fonctionnement de la mutuelle) alors que la capacité contributive des bénéficiaires a été évaluée à 1 000 FCFA. Au lancement de la mutuelle, l'AG s'est prononcée sur la cotisation familiale mensuelle de 1 000 FCFA, la moitié de la cotisation devant donc être subventionnée au démarrage.

Au démarrage, il est ainsi possible que le coût de fonctionnement de la mutuelle représente plus de 50% des coûts totaux (ce qui signifie que le remboursement d'un soin de 1000 FCFA coûte à la mutuelle en réalité 2000 FCFA (1000 pour le soin et 1000 pour les frais de fonctionnement). A termes, dans le modèle prévu par ATIA, les frais de fonctionnement doivent représenter entre 10% et 30% des coûts totaux de la mutuelle<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Pour en savoir plus sur le détail de ce modèle, voir le document : <https://reseau-pratiques.org/capitalisation-mise-en-place-de-mutuelles-de-sante/>

En 2017, le montant de la cotisation initiale de 1000 FCFA a permis de couvrir l'intégralité des dépenses des soins, mais pas les coûts de fonctionnement. Après quelques années, une fois que les services de la mutuelle ont pu faire leurs preuves auprès des adhérents, le montant de la cotisation est augmenté pour couvrir les dépenses de soins et les coûts de fonctionnement de la micro-assurance santé.

Dans le cas des adhésions liées aux IMFs, pour que les populations les plus vulnérables puissent maintenir leur adhésion à la mutuelle, le montant de la cotisation est indexé au montant du prêt. Ainsi, dans le cas de TOND LAAFI, en avril 2024, le montant de la cotisation a été fixé à 1500 FCFA par mois en moyenne (allant de 0 FCFA à 3500 FCFA en fonction du montant du prêt), avec un objectif à terme d'arriver à un montant de cotisation moyen de 2000 FCFA pour couvrir le remboursement des soins et les frais de fonctionnement de la micro-assurance santé<sup>14</sup>.

Dans le cas du Burkina Faso, l'IMF YIKRI avait aussi initialement accepté de cotiser 250 FCFA par mois par famille pour participer au subventionnement de la mutuelle de santé, mais face à des difficultés de trésorerie, l'IMF a cessé cette participation à partir de décembre 2022.

L'étude de faisabilité a par ailleurs établi deux risques majeurs. Le premier était la sous-utilisation du service de soins en raison de la faible qualité de l'offre de soins.

L'étude de faisabilité a en effet montré les limites de l'offre de soins dans les zones d'intervention : manque d'infrastructures, sous dotation des infrastructures en moyens humains et matériels qui a été accentuée avec la mise en place de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, faiblesse au niveau de la qualification du personnel, rupture de stocks de médicaments, salubrité variable, manque de qualité de l'accueil, etc.

La pierre angulaire des mutuelles de santé est en effet le réseau de prestataires de soins conventionnés. TOND LAAFI a ainsi densifié son réseau avec les centres privés à prix social et des pharmacies, afin de palier le risque de la sous-utilisation du service due à la faible qualité de l'offre de soins, surtout celle des services publics. La règle décidée est de conventionner l'ensemble des formations sanitaires publiques puis de compléter avec de l'offre privée si nécessaire. De plus, l'augmentation de la fréquence de recours aux soins repose fortement sur le travail des équipes terrain à travers l'intensification du service d'accompagnement médico-social.

Un deuxième risque est l'impact négatif sur le taux de recouvrement d'une cotisation collectée à échéance mensuelle, plutôt qu'une cotisation payée en une seule fois au début de l'adhésion. Dans le cas de TL, mensualiser la cotisation était une adaptation nécessaire : l'étude de faisabilité a calculé un revenu journalier par unité de consommation inférieur au seuil de pauvreté, c'est à dire 400 FCFA alors que la cotisation moyenne à payer en une seule fois serait de 6 000 FCFA.

L'expérience a montré que certains mutualistes décident finalement de payer en une seule fois leurs cotisations.



Les apprentissages tirés de la recherche et de la collecte des données et d'informations lors des études d'opportunité et de faisabilité sont qu'il faut prendre garde à ne rechercher que les informations pratiques et utiles pour la mise en place de la mutuelle de santé. L'expérience a montré que beaucoup d'informations sont accumulées sans être utilisées car inutiles et inexploitable. Pour TOND LAAFI, certaines questions ont été simplifiées pour être traduites en questions fermées (ex : recours aux soins, parcours de soins, ...). La variété des réponses est telle qu'il est difficile d'analyser et exploiter de façon qualitative et quantitative les réponses. Il faut donc bien réfléchir en amont au résultat final attendu et à

<sup>14</sup> A Madagascar, cette stratégie a déjà été mise en place avec succès par AFAFI, une mutuelle de santé accompagnée par ATIA. Ainsi, le montant de cotisation initiale pour les membres de l'IMF CEFOR était de 1700 Ariarys en moyenne (environ 0,35 euros) par mois. Ce montant a été revu en octobre 2023 et a été fixé à 4,5% du montant du prêt avec un plafond de cotisation à 60 000 Ariarys, ce qui correspond à un montant de cotisation mensuel moyen égal à 3500 Ariarys, et permet de couvrir le coût des soins et les coûts de fonctionnement de la micro-assurance santé.

la façon dont les questionnaires vont être traités pour ne pas perdre trop de temps ou se retrouver avec des données inutilisables car trop spécifiques.

## 1.2.6 Le réseau sanitaire et le mode d'octroi des prestations

La mutuelle de santé, à travers ses médecins-conseils, gère le réseau de formations sanitaires. Les médecins-conseils prospectent et négocient les conventions avec les formations sanitaires. Ils valident les sinistres, font des visites de contrôle et des bilans réguliers. Ils sont les garants du respect des engagements contractuels des formations sanitaires, notamment en termes de qualité de la prise en charge, de tarification des services de santé couverts et des modalités de paiement. Cette relation contractuelle constitue un aspect important de la gestion d'une mutuelle de santé.

Le paiement des soins peut s'effectuer de deux (2) manières :

1) L'adhérent paye la totalité des soins et est remboursé par la mutuelle dans un second temps. Pour les micro-entrepreneurs, les inconvénients de cette forme de paiement sont d'une part, l'obligation de disposer de la totalité de la somme nécessaire au paiement des soins et, d'autre part, de devoir effectuer des démarches supplémentaires pour se faire rembourser. Pour la mutuelle de santé, l'avantage de ce système est qu'il limite la surconsommation, la tendance aux abus ou la facturation frauduleuse. L'inconvénient est l'important coût administratif de cette gestion.

2) Le paiement direct par la mutuelle. Dans la plupart des cas, l'adhérent ne paie que sa propre charge au prestataire. La mutuelle verse au prestataire le restant sur présentation d'une facture. Ce système est appelé « tiers payant » parce que ce n'est pas l'adhérent qui paie, mais la mutuelle, considérée comme tierce partie.

Ce système est très pratique pour les « gros risques », impliquant des frais importants auxquels l'adhérent ne peut pas faire face (hospitalisation, chirurgie, etc.). Le système du tiers payant est incontestablement le plus avantageux pour les micro-entrepreneurs. Les difficultés de disponibilités financières, de démarches à entreprendre ou de délai d'attente pour le remboursement des frais ne se posent pas. L'adhérent n'a donc pas besoin de préfinancer les grosses dépenses et peut par conséquent continuer son activité. Le système peut être administrativement moins coûteux (regroupement des paiements par prestataire et non par patient), mais le contrôle de la conformité des soins donnés est plus difficile. De plus, les risques de surconsommation et de montée des coûts sont plus élevés. Le contrôle assidu des médecins-conseils permet d'atténuer ces risques.

## PARTIE II : L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE LA MUTUELLE DE SANTÉ

### 2.1 L'organisation d'une mutuelle de santé

Les membres d'une mutuelle de santé ont le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision. Cette gestion participative se concrétise à travers des instances qui garantissent la participation des membres aux prises de décisions et au contrôle du fonctionnement de la mutuelle.

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

L'organisation classique d'une mutuelle de santé en Afrique de l'Ouest comprend les organes suivants :

- Une assemblée générale (AG)
- Un conseil d'administration (CA)
- Un bureau exécutif (BE)
- Un comité de surveillance (CS)

Toutefois, chaque mutuelle doit veiller à adapter cette organisation en fonction de ses particularités. Une mutuelle de petite taille peut, par exemple, regrouper le CA et le BE en un seul organe. L'assemblée générale est l'organe de décision le plus important de la mutuelle.

En amont de la composition de ces organes, en Afrique de l'Ouest, **un Comité d'Initiative** est à la base de la création de la mutuelle. Ce Comité d'Initiative est composé de personnes-ressources qui se réunissent deux fois, dont une pour une présentation de la mutuelle en création et une deuxième pour valider les statuts et règlements de la mutuelle. Les personnes-ressources sont :

- En premier lieu les futurs membres de la mutuelle c'est-à-dire les bénéficiaires de l'IMF.
- Les responsables de la santé, les cadres de concertation de la promotion de la protection sociale, les prestataires de soins des zones d'intervention... peuvent faire partie du Comité d'Initiative. Il faut les réunir afin d'une part de présenter la mutuelle et associer ces personnes-clés dans le projet, et d'autre part de sélectionner les personnes motivées et dynamiques pour faire partie des organes de la mutuelle.
- Des représentants de l'IMF partenaire peuvent aussi faire partie de ce comité d'Initiative afin de favoriser l'implication de l'IMF dans le projet.

Plusieurs sujets sont discutés dont notamment les principes de fonctionnement et services à offrir par la mutuelle de santé, les étapes de la mise en place de la mutuelle, l'élaboration d'un chronogramme provisoire d'activités, etc.

Le rôle du Comité d'Initiative s'arrête au moment où les organes de la mutuelle sont mis en place lors de l'AG. Le Comité d'Initiative joue en effet le rôle d'interface entre les initiateurs de la mutuelle et les futurs mutualistes d'autant plus qu'il est impossible d'impliquer tous les bénéficiaires dans la réalisation des études préalables à la mise en place de la mutuelle.

La constitution de la mutuelle se réalise lors d'une Assemblée Générale. Les étapes pour préparer l'AG sont les suivantes :

- Élaboration d'un projet de Statuts
- Elaboration d'un projet de Règlement Intérieur
- Établissement de l'ordre du jour
- Convocation de l'AG

Les différents documents seront adressés aux autorités administratives pour enregistrement, conformément à la réglementation en vigueur. Les statuts et le Règlement Intérieur de TOND LAAFI ont été revus par le Directeur de la Promotion de la Mutualité afin d'être conformes à la réglementation UEMOA.

L'AG met en place les organes chargés d'assurer le démarrage et la promotion de la mutuelle. Des fonctions et des responsabilités ainsi que l'autorité des différents organes de la mutuelle sont définies pour assurer un fonctionnement efficace.

**L'Assemblée Générale** est l'organe de prise de décisions le plus important de la mutuelle. C'est elle qui détermine sa politique générale. Les décisions engagent tous les membres et tous les organes.

**Le Conseil d'Administration** est responsable de la gestion de la mutuelle. Il assume cette mission dans le respect du cadre défini par l'Assemblée Générale.

**Le Bureau Exécutif**, encore appelé Comité d'exécution, Comité de gestion ou Comité de direction assure la gestion quotidienne de la mutuelle. 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 notamment veiller à une bonne liaison entre les adhérents et l'administration, négocier les contrats avec les prestataires de soins, faire toute proposition utile au CA pour une meilleure atteinte des objectifs de la mutuelle, négocier des contrats et accords, gérer les biens et les fonds de la mutuelle, tenir les documents de gestion, préparer pour le CA le budget et veiller à sa bonne exécution, présenter les comptes annuels et l'exécution du budget au CA, engager et superviser le personnel ....

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

- ⇒ Le BE peut être désigné au sein du CA. Il s'agit alors d'un BE restreint, permettant un fonctionnement souple et des décisions rapides. Il sera composé au moins du président, du secrétaire général et du trésorier. C'est le cas dans beaucoup de mutuelles communautaires, les fonctions liées à la gestion quotidienne sont assurées par des personnes bénévoles qui font partie du Bureau Exécutif. Ces fonctions ont trait à l'enregistrement des adhésions et du versement des cotisations, au contrôle et à la préparation des paiements.
- ⇒ Le BE peut être composé de personnel salarié auquel le CA confie la gestion quotidienne de la mutuelle. Un de ses membres, le directeur participera aux réunions du CA pour y rendre compte de la gestion, mais il siège à titre consultatif et ne participe pas aux votes. C'est le cas de TOND LAAFI. Les mutuelles peuvent se professionnaliser et recruter du personnel salarié permanent. Le BE est dans ce cas couramment appelé « **Unité de Gestion** » de la mutuelle à qui sont confiées toutes les tâches administratives, comptables, secrétariat... liées à la gestion d'une mutuelle. L'Unité de Gestion de TOND LAAFI est composée d'une équipe de direction, coordination, animation des activités, gestion financière et comptable et d'une équipe support (**voir annexe 3 du descriptif des tâches de l'Unité de Gestion**). Toutes ces équipes sont permanentes et à temps plein. A cette équipe, peuvent s'ajouter les **Conseillers permanents** de la mutuelle qui sont habituellement les représentants de l'IMF, en l'occurrence ici YIKRI et les représentants de l'appui technique et financier de la mutuelle dont ici ATIA.

**Le Comité de Surveillance** élu par l'Assemblée Générale, a pour mission de contrôler l'exécution des décisions prises par celle-ci, de proposer des améliorations et de garantir un fonctionnement efficient des organes de la mutuelle autres que l'Assemblée Générale. Il contrôle et vérifie la régularité des caisses et des comptes. Il a accès à tous les documents de gestion et comptables de la mutuelle. Chez TOND LAAFI, ce comité est composé du responsable administratif et financier de l'IMF YIKRI et d'un représentant de l'ONG EdM.

Concrètement chez TOND LAAFI, la mutuelle a mis en place des services administratifs dotés d'un personnel salarié et formé. Dans ce cas de figure les tâches de gestion courante de la mutuelle sont réalisées par les services administratifs. Le Comité de Surveillance s'assure de la conformité des actes de la mutuelle avec ses statuts et son règlement intérieur. Il vérifie que les procédures de gestion sont correctement suivies. Il veille également à la bonne tenue de la comptabilité et à la transparence des opérations financières.

**Un Comité Consultatif** peut être mis en place. Il est composé de bénéficiaires de l'IMF, de responsables de formations sanitaires conventionnées, d'employés de l'IMF, du directeur de la mutuelle, de personnes travaillant dans le secteur de la mutualité et de la coopération internationale. Leur candidature est validée par les membres du CA. Leur rôle est d'améliorer le fonctionnement de la mutuelle. Ce comité n'a pas pu être mis en place par TOND LAAFI par manque de candidats engagés à dégager du temps pour travailler bénévolement pour la mutuelle.

De manière concrète, le CA doit suivre en permanence la gestion de la mutuelle et faire face aux problèmes qu'elle rencontre. Les membres du CA sont tous des bénévoles qui acceptent de mettre leurs compétences et une partie de leur temps au service des autres. Ce sont des responsables actifs, ils ont la



confiance des membres. Ils doivent organiser des rencontres régulières entre leurs membres, il en résulte un contrôle social d'autant plus qu'une mutuelle a pour but la défense des intérêts communs et collectifs. Développer cet esprit d'appartenance sociale peut limiter les abus et fraudes éventuels. TOND LAAFI a subi un manque d'intérêt et d'investissement du premier CA constitué à la création de la mutuelle (par exemple le président du CA n'a jamais cotisé durant son mandat, selon les textes, il n'était donc pas concrètement membre de TOND LAAFI, les réunions du CA n'étaient pas critiques ni constructives, le CA réclamait des moyens de déplacement notamment la mise à disposition de motos et carburant et des allocations pour remplir leur rôle de représentants de la mutuelle, ... De cette expérience, TOND LAAFI a mieux préparé et organisé les futures élections par des campagnes de sensibilisation dans les agences de YIKRI sur le rôle du CA. Une nouvelle équipe motivée, dynamique et investie a été mise en place. Une petite allocation pour la communication et déplacement a été accordée au CA pour faciliter leur travail.

## 2.2 Le fonctionnement de la mutuelle de santé

### 2.2.1 La gestion des adhésions

L'étape d'information et de sensibilisation officialise la mise en place effective de la mutuelle. Il s'agit d'informer les futurs mutualistes du démarrage effectif des services de la mutuelle, bien expliquer les principes de fonctionnement de la mutuelle, la solidarité, la prévoyance, les droits et les devoirs des membres mutualistes, etc.

Les autorités, les prestataires de soins et autres partenaires de la mutuelle sont aussi informés du démarrage officiel des activités de la mutuelle.

TOND LAAFI consacre **trois mois d'information et de sensibilisation** auprès des futurs mutualistes avant l'adhésion à la mutuelle.

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. Elle permet aussi de limiter certains risques liés à la mutuelle (sélection adverse, risque moral, fraudes et abus) en rappelant les procédures de la mutuelle et en contrôlant les informations liées au bénéficiaire (photos, noms et prénoms des ayants droits) lors de la délivrance de la carte d'adhérent.

Dans l'organisation mutualiste, l'adhésion à la mutuelle peut être possible à n'importe quel moment de l'année, on parle de période d'adhésion ouverte. Si au contraire, l'adhésion n'est possible que pendant une période limitée dans l'année, on parle d'adhésion fermée. Dans ce dernier cas, le risque de sélection adverse est limité et la gestion de collecte des cotisations est limitée sur une période réduite, ce qui réduit le travail de suivi des adhésions et de contrôle des prises en charge.

Une telle solution est souvent utilisée en milieu rural, elle correspond à un paiement des cotisations au moment des récoltes ou dans le secteur informel quand elle intervient au moment de la disponibilité de revenus en fonction des activités principales des bénéficiaires. Dans le cas des mutuelles adossées à une IMF, l'adhésion à la mutuelle est fermée et intervient au moment du décaissement du crédit.

Une des limites de ce mécanisme est que, généralement, la couverture s'arrête lorsque le crédit ou le cycle de crédit s'arrête. Des adhésions volontaires peuvent alors être proposées pour maintenir une continuité de la couverture, mais avec un fort risque de sélection adverse inhérent à tout système d'adhésion volontaire.

La méthodologie de groupes de l'IMF YIKRI permet que l'adhésion à la mutuelle soit obligatoire pour les emprunteurs et volontaire pour les autres membres des groupes qui épargnent. Il s'agit donc d'une adhésion volontaire, mais au sein d'un groupe « captif », qui se réunit régulièrement et qui devrait générer une émulation de par l'adhésion obligatoire des emprunteurs.

Une mutuelle doit chercher à accroître le nombre de ses membres. Plus ce nombre sera élevé, plus le partage des risques sera efficace. De plus, un volume important d'activités permet de réaliser des

économies d'échelle, de recruter du personnel salarié et renforce le pouvoir de négociation de la mutuelle auprès des formations sanitaires, des partenaires techniques, des pouvoirs publics ...



L'utilisation des boîtes à images est une bonne pratique. Les boîtes à images sont de bons supports pour réaliser des séances de promotion, information et sensibilisation. Plusieurs aspects des mutuelles de santé peuvent être mis en exergue et une meilleure compréhension des personnes analphabètes. Un modèle de sensibilisation à l'aide de boîtes à image est disponible **en annexe 5**.

## 2.2.2 Les modalités d'adhésion et collecte des cotisations

TOND LAAFI a adopté une organisation des procédures d'adhésion et de collecte des cotisations avec les équipes de l'IMF YIKRI qui permet de plus intégrer les activités de la mutuelle à celles de microfinance. Cette organisation est complétée par la mise en place d'**une permanence en agence** pour recevoir quotidiennement chaque micro-entrepreneur qui vient décaisser son micro-crédit et donc adhérer à la mutuelle.

### **Adhésion liée au crédit :**

Les bénéficiaires qui souscrivent un crédit adhèrent **obligatoirement** à la mutuelle pour la durée totale du remboursement du crédit. Lors du montage de dossier de crédit, l'animateur de l'IMF: - Complète la **fiche adhésion emprunteur** - S'assure, dans la mesure du possible, que **les ayants-droit sont éligibles** (cf : critères d'éligibilité des ayants-droits) - Précise au bénéficiaire qu'il devra amener 1 000FCFA le jour du décaissement de son crédit pour honorer sa **première échéance de cotisation santé, une photo d'identité pour le membre mutualiste principal et un justificatif de scolarité** (certificat de scolarité ou bulletin scolaire) pour les enfants entre 18 et 21 ans - Laisse la fiche adhésion TL emprunteur dans le **dossier de crédit**. A l'issue du comité de crédit, le responsable d'agence : - Transmet le PV de comité de crédit par e-mail au responsable TL - Regroupe les fiches adhésion TL emprunteur des bénéficiaires dont la demande de crédit a été acceptée pour transmission à TL par l'animateur de permanence. Pour les demandes de crédit refusées ou ajournées, les fiches adhésion TL emprunteur restent dans le dossier de demande de crédit. Au bureau de TL, un recoupement est fait pour vérifier que le PV du comité de crédit (qui liste l'ensemble des crédits acceptés) correspond bien à l'ensemble des fiches d'adhésion transmises, ce qui permet de détecter facilement si des fiches d'adhésion se sont perdues en cours de route.

**Renouvellement** : à chaque renouvellement de dossier de crédit, l'animateur : - Coche la **case « renouvellement »** de la fiche adhésion TL emprunteur - Note sur la fiche adhésion TL emprunteur uniquement le nom du membre mutualiste principal, le code identifiant, appelé « Perfect » et confirme avec lui les membres mutualistes (maximum 3 ayants-droit) - Si le membre mutualiste principal souhaite changer d'ayants-droit, complète à nouveau l'ensemble de la fiche adhésion TL emprunteur - S'assure dans la mesure du possible que les membres de la famille choisis par le membre mutualiste principal comme ayants-droit sont éligibles (cf : critères d'éligibilité des ayants-droits) - Précise au membre mutualiste principal qu'il devra amener 1 000 FCFA le jour du décaissement de son crédit pour honorer sa première échéance de cotisation santé, un justificatif de scolarité (certificat de scolarité ou bulletin scolaire) à jour pour les enfants entre 18 et 21 ans, ainsi que sa carte mutuelle si ses ayants-droit restent inchangés. Laisse la fiche adhésion TL emprunteur dans le dossier de crédit.

Il faut noter que chaque numéro de code est unique et correspond à un bénéficiaire précis. Il permettra d'identifier facilement ce dernier à travers les différents documents de gestion des prestations. 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.

**Adhésion volontaire** : les bénéficiaires qui sont dans des groupes mais qui n'ont pas de crédit peuvent adhérer volontairement à la mutuelle TL pour une durée de 12 mois renouvelable. Les demandes sont traitées uniquement en réunion de groupe. Le bénéficiaire doit prévoir les 1 000 FCFA correspondants à la première échéance de cotisation santé.

A noter : Au moment du démarrage dans une nouvelle agence, les bénéficiaires qui ont un crédit en cours avec un nombre d'échéances restant à rembourser supérieure à 4 mois peuvent exceptionnellement adhérer volontairement à TL. Lors de la réunion du groupe (au moment des opérations financières), l'animateur : - S'assure que le bénéficiaire épargnant est en mesure d'honorer immédiatement sa première échéance de cotisation santé (1 000 FCFA) - Complète **la fiche adhésions TL épargnant** après s'être assuré, dans la mesure du possible, que les membres de la famille choisis par le bénéficiaire comme ayants-droit sont éligibles - Explique au bénéficiaire épargnant les conditions générales d'utilisation (date de couverture, services pris en charge...) - Précise au bénéficiaire YKRI épargnant qu'il devra amener le jour de la signature de son contrat mutuelle une photo d'identité de lui-même et un justificatif de scolarité (certificat de scolarité ou bulletin scolaire) pour les enfants entre 18 et 21 ans - Invite le bénéficiaire épargnant à passer dans un délai d'au moins 7 jours à l'agence afin de signer son contrat et récupérer sa carte mutuelle.

**Critère d'éligibilité des ayants droits** chez TOND LAAFI → Conjoint.e → Enfant(s) mineur(s) à charge → Enfants entre 18 et 21 ans scolarisés sur présentation d'un justificatif de scolarité (certificat de scolarité ou bulletin scolaire) constituant un foyer commun et/ou résidant dans une même zone. → Au cas par cas : enfants à charge de plus de 18 ans ayant un handicap créant une forte dépendance

**Procédure de remise de la carte de mutuelle pour les adhérents emprunteurs** : le jour du décaissement de son crédit, avant la signature du contrat de prêt du bénéficiaire, le caissier-comptable : - Encaisse les 1 000 FCFA pour la première cotisation et note le paiement de la cotisation santé dans **le carnet de reçus adhésion TL**. - Fait signer le bénéficiaire à qui il remet deux des trois **reçus**. Le bénéficiaire se présente ensuite avec ses deux reçus, devant l'animateur TL en charge de la permanence. L'animateur TL de permanence : - Récupère un des reçus, la photo d'identité du membre mutualiste principal et les justificatifs de scolarité - **Agrafe et tamponne la photo** sur la carte mutuelle - Fait signer au bénéficiaire **le contrat mutuelle** en deux exemplaires - Remet un exemplaire du contrat mutuelle au bénéficiaire - Tamponne **les mois de couverture** sur la carte mutuelle - Remet la carte au membre mutualiste principal - Agrafe le reçu au deuxième exemplaire du contrat signé - Ré-explique au bénéficiaire les services de la mutuelle.

A la fin de la journée : - Le Responsable d'Agence « RA » et l'animateur de permanence TL vérifient tous les documents collectés et signent les **bordereaux d'envoi** - L'animateur TL transmet tous les contrats signés et les reçus de la journée à TOND LAAFI auprès des opérateurs de saisie.

**Procédure de finalisation de l'adhésion** et de remise de la carte de mutuelle pour **les adhérents épargnants** : pour les adhérents épargnants, la procédure de signature du contrat mutuelle et de remise de la carte de mutuelle se fait en agence auprès de l'animateur TL de permanence et est identique à celle des adhérents emprunteurs.



En l'absence de photo, pour vérifier l'identité des ayants droits, surtout dans le cas d'enfants, une astuce utilisée par les prestataires de soins est d'appeler l'enfant par le prénom indiqué sur la carte d'adhérent. Le nombre d'ayants droit étant limité à 3 chez TOND LAAFI, il est fréquent que des adhérents essaient d'utiliser la mutuelle pour des enfants qui n'ont pas été indiqués comme ayant droit. Si l'enfant

ne répond pas au prénom indiqué sur la carte d'adhérent, il est probable qu'il s'agisse alors d'un autre enfant, qui n'est pas couvert par la mutuelle (et ne devra donc pas bénéficier du tiers payant).

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

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

- 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 des bénéficiaires.

Le nombre d'adhérents, de personnes à charge calculé à partir de ces deux documents doit être le même. Ce contrôle est réalisé par la personne chargée des enregistrements, notamment l'opérateur de saisie.

L'opérateur de saisie vérifie ensuite sur B'mas la cohérence sur le statut des contrats (encours vs suspendus). **Le document de procédure de contrôle de saisie B'mas en annexe 8** donne les indications à suivre pour le contrôle des données relatives aux rapports sur les contrats (nombre totale des adhésions, renouvellement, taille des familles, familles en cours, familles suspendues, ....)

Le contrôle peut être mensuel, trimestriel ou autre en fonction de la fréquence et de l'importance des entrées et des sorties de bénéficiaires.

### 2.2.4 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 de la mutuelle. Il est complété, de façon plus espacée, par l'évaluation de la croissance des adhésions et du renouvellement d'adhésion des adhérents.

Les indicateurs de suivi des adhésions sont entre autres :

- **L'évolution du nombre d'adhérents et de bénéficiaires** : La mutuelle suit 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 adhérents qui ne paient plus leurs cotisations ou qui ne renouvellent pas leur prêt. 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.
- **La taille moyenne des familles mutualistes par rapport à la taille moyenne des familles dans la population 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 le plus grand nombre de personnes à charge possible et ainsi leur ouvrir le droit aux prestations. 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. Quatre personnes par famille adhérente chez TOND LAAFI sont acceptées.

- 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.

Chez TOND LAAFI, la progression de la taille des ménages vers le plafond de quatre (4) personnes est un signe de bonne santé de la mutuelle. La mutuelle vérifie cependant que les ménages ne cherchent pas systématiquement à aller vers ce plafond en inscrivant comme à charge des personnes qui ne font pas partie du ménage.

## 2.2.5 L'équipe RH

Avec l'expérience de plusieurs mutuelles, ATIA considère que les ratios RH suivants sont les minimums pour assurer une gestion efficace d'une mutuelle adossée à une IMF (en plus des postes de directions et de gestions financière) :

- 1 encodeur pour 4000 contrats
- 1 médecin conseil pour 5000 contrats
- 1 animateur qui effectue des visites terrains auprès des formations sanitaires et des bénéficiaires pour 1500 contrats

## 2.3 La gestion des prestations

### 2.3. 1 Les modalités de recours aux services de santé

Les modalités de recours aux services de santé doivent être simples afin d'être facilement comprises par les adhérents et ainsi favoriser un accès fluide aux soins. Dans le système de tiers payant, les modalités doivent être cohérentes avec les règles et procédures de gestion des prestataires de soins. Des mécanismes sont mis en place pour éviter la survenue de certains risques liés à la mutuelle de santé notamment les fraudes, les surconsommations de soins, .... La mutuelle passe des contrats avec des prestataires 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 mutuelle.

Chez TOND LAAFI, pour être couvert par la mutuelle, l'adhérent doit être à jour dans le paiement de ses cotisations. L'adhérent n'est couvert que dans les formations sanitaires, prestataires de soins partenaires de TOND LAAFI. Des exceptions de recours à d'autres prestataire de soins en dehors du réseau sanitaire de TOND LAAFI peuvent avoir lieu. TOND LAAFI définit les modalités de prise en charge des dépenses de soins qui font l'objet de procédures précises convenues entre la mutuelle et les prestataires de soins.

Les prospections et contacts effectués lors de l'étude d'opportunité et de faisabilité ont pour but d'évaluer les possibilités d'établir des conventions entre les prestataires de soins et la mutuelle. Les données sur l'état général des infrastructures, les équipements, les activités et les tarifs, le circuit du patient, la qualité de l'accueil, les statistiques de fréquence, les distances à parcourir par les futurs mutualistes ... sont entre autres les données collectées pour évaluer les formations sanitaires, potentiels partenaires de la mutuelle. **(voir questionnaire sur l'évaluation des formations sanitaires en annexe 1).**

En cas d'insuffisance de services de qualité, la mutuelle examine la possibilité d'en assurer, par exemple en formant les responsables des formations sanitaires, en donnant du matériel de soins (bancs, stéthoscopes, kits de petites chirurgie...). L'objet principal de la mutuelle est le meilleur accès de ses mutualistes à des soins de santé de qualité. Par ailleurs, la qualité des relations de la mutuelle avec les prestataires de soins détermine, en partie, son efficacité.

L'élaboration d'une convention entre la mutuelle et le prestataire de soins définit le fonctionnement du partenariat. Elle décrit les engagements réciproques des deux parties, précise les mécanismes de prise en charge (avec ou sans tiers payant), les délais de paiement, les contrôles ainsi que les normes de qualité (protocoles thérapeutiques, qualité des soins à respecter, ...). La prise en charge des mutualistes est donc conditionnée par la signature préalable de la convention avec les prestataires de soins répondant aux critères d'évaluation de l'étude d'opportunité et de faisabilité et confirmés par le médecin conseil de la mutuelle (**voir modèle de Convention en annexe 2**).

TOND LAAFI négocie avec les prestataires de soins pour une prise en charge en tiers payant afin d'éviter que les bénéficiaires ne doivent avancer les dépenses, en présentant leur carte mutuelle à-jour du paiement de la cotisation. Le panier de soins inclut la prise en charge de 60 % des dépenses de soins primaires et d'hospitalisation (y compris les actes et soins, les médicaments, les examens paracliniques, le séjour) au sein du réseau de prestataires de soins conventionnés, principalement publics, mais aussi privés à but social et des pharmacies privées. Le réseau de structures de santé conventionnées doit répondre aux besoins et à la demande des bénéficiaires. Il doit être dense et de proximité ainsi que diversifié et complet. Les bénéficiaires doivent pouvoir être reconnus et avoir accès sans difficultés à la prise en charge en tiers payant. Ils doivent également avoir accès aux médicaments prescrits. Les animateurs « formations sanitaires » effectuent une permanence hebdomadaire dans chaque structure et participent à leurs réunions d'équipe régulières afin de créer un lien de confiance avec les agents de santé et rappeler les services et procédures de la mutuelle. Cette activité est fondamentale afin de s'assurer que les familles bénéficient effectivement du service de micro-assurance santé et contribue à une bonne prise en charge des bénéficiaires.

Les permanences régulières des animateurs de TOND LAAFI dans les formations sanitaires partenaires ont permis de résoudre rapidement les problèmes liés à l'utilisation des services de la mutuelle aussi bien par les adhérents que par les prestataires des soins. On peut donner à titre d'exemple les mutualistes qui ne maîtrisent pas l'utilisation de la carte mutuelle, qui n'ont pas compris qu'il faut présenter sa carte à jour pour être pris en charge, les mutualistes qui pensent qu'ils sont prioritaires dans l'ordre des consultations chez le médecin et sont donc mécontents du service quand il leur est demandé de respecter l'ordre, les agents de santé qui ne maîtrisent pas bien l'utilisation des outils de la mutuelle d'autant plus qu'on remarque un turn-over important du personnel, les problèmes de facturation qu'il faut surveiller régulièrement...

### **2.3.2 Le contrôle des droits aux prestations**

Le contrôle des droits aux prestations est réalisé pour d'une part, vérifier si l'adhérent est à jour de ses cotisations et d'autre part, que les personnes qui se présentent avec une carte d'adhérent sont bien des adhérents de la mutuelle, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'usurpation d'identité par des individus non mutualistes.

Dans le système du tiers payant, ce contrôle est réalisé par le prestataire de soins souvent défini dans le contrat qui régit les relations entre le prestataire et la mutuelle. Le prestataire de soins doit vérifier la validité de la carte d'adhérent. Concrètement, le système de tampon mis en place par la mutuelle sur les cartes d'adhérents permet aux prestataires de soins de simplement vérifier si le mois en cours a bien été tamponné (ce qui signifie que le bénéficiaire est à jour de sa cotisation). Ce type de contrôle est également pratiqué 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. La mutuelle doit vérifier à son tour, avant de procéder au remboursement, que le bénéficiaire a droit aux prestations et que les soins prestés sont effectivement couverts par la mutuelle.

### 2.3.3 Le suivi des prestations maladie

L'angoisse majeure des responsables d'une mutuelle est sa viabilité financière. Cette viabilité est la capacité de la mutuelle à couvrir financièrement et durablement les charges et à faire face à ses engagements financiers dans les délais. Il s'agit d'utiliser et d'analyser les ratios des taux d'utilisation des services et les coûts moyens des services.

La mutuelle de santé a souvent besoin d'un fonds de départ afin de consolider sa fondation. Il s'agit du fonds d'amorçage qui est un montant nécessaire au démarrage de la mutuelle pour le paiement des sinistres. Le calcul de ce montant se fait à partir du prévisionnel-simulation, entre les cotisations acquises et les dépenses de santé prévues.

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 mutualistes, sur la base des outils de gestion convenus entre la mutuelle et les prestataires de soins (**voir les outils en annexe 4**). Lorsque la mutuelle reçoit la facture du prestataire de soins, elle doit réaliser un contrôle des recours aux soins.

Ce contrôle 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 coût du produit de la mutuelle, de détecter les anomalies en matière d'utilisation des services de santé par les bénéficiaires (par exemple la sélection adverse, la surconsommation), de détecter et de corriger les anomalies chez les prestataires de soins (la surprescription par exemple), d'affiner le calcul des cotisations, les prévisions budgétaires, etc.

Au sein de TOND LAAFI, le médecin conseil vérifie les soins, leur éligibilité ou exclusion, les pratiques thérapeutiques, les médicaments prescrits, vérifie que les montants facturés correspondent à ceux fixés par le contrat entre la mutuelle et le prestataire, valide enfin les sinistres qui seront payés par le fonds mutuel. Le médecin conseil est sur un niveau de détail poussé sur la partie coûts des soins tandis que les services financiers suivent de près l'évolution du fonds mutuel. La direction et la coordination de la mutuelle peuvent ainsi analyser les différents ratios et les projections peuvent être revisités pour s'assurer de la viabilité des services de la mutuelle.

De manière plus globale, à partir du moment où une mutuelle rembourse des soins, il est important de s'assurer que les "bonnes pratiques" sont respectées. C'est le rôle des médecins conseil, et ces derniers doivent se maintenir à jour des recommandations internationales qui évoluent régulièrement. Dans les pays riches, l'assurance maladie (au travers de ses délégués) rencontre les médecins libéraux et les alerte sur leur profil de prescription au regard de ce qui serait attendu dans le bassin de population qu'ils desservent. (Ex: proportion de prescription d'antibiotiques trop élevée, etc...)

Les principaux indicateurs de suivi des prestations maladie sont donc **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 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 est défini lors de l'élaboration des hypothèses d'utilisation des services.

Le taux d'utilisation est établi d'une part, pour juger du niveau des cotisations. Le taux d'utilisation réel est comparé avec celui employé dans le calcul des cotisations. Lorsque le taux d'utilisation réel est régulièrement supérieur au taux ayant servi au calcul, la cotisation est sous-évaluée et la mutuelle sera confrontée à des difficultés financières. A l'inverse, quand le taux réel est inférieur, la mutuelle peut baisser le montant des cotisations ou augmenter le niveau de prise en charge, entre autres. D'autre part, le taux d'utilisation est établi pour caractériser les variations saisonnières d'utilisation, pour identifier l'apparition d'épidémie ou d'éventuelles anomalies de consommation ou de prescription.

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.

Au Burkina Faso, le taux d'utilisation de la mutuelle connaît un taux élevé pendant la période de pic du paludisme.

### **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 (données par un même prestataire).

Cet indicateur est à comparer avec le coût moyen employé dans le calcul des cotisations et 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. 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 des prestataires de soins, la mutuelle doit alors réagir.

Le suivi des prestations doit être régulier. Le calcul des indicateurs et le remplissage des outils de suivi sont généralement mensuels et s'effectuent après réception et contrôle des factures des prestataires de soins. Ce suivi permet de visualiser l'évolution mensuelle des indicateurs de suivi.

Dans le cas de la mutuelle TOND LAAFI, l'outil de gestion B'mas permet notamment de pouvoir calculer des coûts moyens des soins par maladie et/ou par prestataires de soins. La comparaison du coût entre prestataire de soins pour une même maladie peut être un bon moyen pour déceler des pratiques de surprescriptions de médicaments, et un bon levier de négociation pour demander à certains prestataires de soins de réduire leurs coûts.

## **2.4 La prévention et la gestion des risques majeurs liés à la mutuelle de santé**

Certains problèmes se posent ou risquent de se poser à la mutuelle. Il est prudent de prendre des mesures préventives ou correctives pour ne pas mettre en péril la viabilité de la mutuelle.

Maintenant que les ménages et les prestataires de soins connaissent mieux la mutuelle, les risques de fraude, surconsommation et sur prescription, ... pourraient commencer à se développer. Les indicateurs d'utilisation et coûts sont très utiles à surveiller et la vigilance des médecins conseils doit rester constante.

Les risques majeurs auxquels s'expose la mutuelle :

### **Le risque moral**



Les cotisations sont indépendantes du montant des dépenses prises en charge par la mutuelle. Cela pourrait inciter les mutualistes à consommer un maximum de soins pour « rentabiliser » leurs cotisations. Pour réduire ce risque, les mesures telles que l'introduction d'un ticket modérateur, l'utilisation d'un seuil à partir duquel les dépenses sont remboursées, le reste étant à la charge des mutualistes, l'instauration d'un système de référence obligatoire (il s'agit de déterminer les conditions d'accès aux soins d'un échelon supérieur, souvent plus coûteux) peuvent être prises.

Chez TOND LAAFI, fort probablement, le niveau élevé du ticket modérateur (40%) réduit la consommation de soins. Il permet de lutter contre les recours inutiles aux soins de santé. Son rôle de modération est moindre pour les hospitalisations où il peut constituer en revanche un risque financier pour les bénéficiaires et une barrière.

### **Le risque de sur prescription et surconsommation**

Les indicateurs « utilisation et coûts » sont très utiles à surveiller et la vigilance des médecins conseils doit rester constante. Les prestataires de soins peuvent prescrire des soins inutiles impliquant l'augmentation des coûts de santé. Quelques mesures sont prises par les mutuelles pour minimiser ce risque. Il s'agit entre autres de standardiser des schémas de traitements et contrôler de leur respect par le médecin conseil de la mutuelle, obliger les prestataires de prescrire des médicaments essentiels génériques, limiter le remboursement de certains médicaments, instaurer des plafonds dans la couverture des soins de santé, instaurer de jours de carence par exemple le premier jour d'hospitalisation à la charge du patient pour éviter des hospitalisations non indispensables, exiger la référence obligatoire.... Pour la référence obligatoire, il s'agit pour la mutuelle d'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 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

### **Le risque de sélection adverse**

Une mutuelle de santé cherche à accroître le nombre de ses membres. Plus ce nombre est élevé, plus le partage des risques sera efficace. On parle de sélection adverse lorsque les personnes présentant un risque élevé de maladie constituent une part des adhérents plus élevée que dans la population générale. Cette situation peut compromettre la viabilité financière de la mutuelle, car elle entraîne de grosses dépenses par mutualiste. A titre d'exemple, au Burkina Faso où l'adhésion à la mutuelle est **obligatoire** pour les emprunteurs et **volontaire** pour les épargnants de l'Institution de Micro Finance partenaire, on constate que le coût des soins pour les adhésions volontaires est à peu près égal à 1,4 fois le montant des cotisations, alors qu'il est à l'équilibre pour les adhésions obligatoires. Comme pour tout système d'adhésion volontaire, TOND LAAFI fait face au risque de sélection adverse, les personnes qui adhèrent volontairement sont davantage malades que la moyenne des membres mutualistes. Ces personnes risquent en plus d'arrêter de payer leur cotisation une fois qu'elles ont reçu les soins nécessaires.

### **Les fraudes et les abus**

Les fraudes et abus peuvent résulter, entre autres, de la pression qui peut s'exercer sur un mutualiste de la part de sa famille, de son cercle d'amis ou de son voisinage. Par exemple, lorsqu'un enfant non couvert tombe malade, la tentation sera alors grande de le faire passer pour l'un de ceux inscrits sur la carte mutualiste.

Pour lutter contre ces fraudes et abus, il faut un contrôle minutieux par l'agent de santé avant le recours aux soins, et dans un deuxième temps la mutuelle vérifie que les personnes pour lesquelles les prestataires de soins facturent des soins, sont réellement tombées malades durant la période concernée. La mutuelle choisit un échantillonnage de personnes et vérifie l'effectivité des services. La fraude n'est pas évitée, mais elle peut être repérée et sanctionnée. On peut imposer une photo d'identité du mutualiste principal et ses ayant droits sur la carte. Cette solution est tout de même chère et peut de ce fait freiner les adhésions. Seule la photo du membre principal est exigée chez TOND LAAFI.

### **L'occurrence de cas « catastrophiques »**

Pour une mutuelle de santé sans plafonnement des prises en charge, la survenue de cas « catastrophiques » est particulièrement grave lorsqu'une mutuelle commence ses activités : si une dépense de santé exceptionnellement élevée survient à ce moment, la mutuelle sera très rapidement en situation de crise financière.

La réponse à ce risque est la constitution de **réserves** financières importantes. Le fonds de réserves est constitué par le solde des cotisations acquises et les dépenses de soins. Dans la gestion du fonds mutuel, pour utiliser les réserves, il faut prendre en compte le ratio de réserves sur les cotisations acquises. Si ce ratio est supérieur à 3, on peut utiliser les réserves.

L'accès à un fonds national de garantie constitue une protection supplémentaire efficace. Il n'est pas encore mis en place pour les mutuelles de santé au Burkina Faso. Il est prévu d'instituer un fonds national de garantie au sein de chaque Etat membre de l'UEMOA, destiné à préserver les droits des membres des mutuelles sociales, unions de mutuelles sociales et fédérations et de leurs ayants droit.

La mise en place de fonds de garantie peut protéger la mutuelle d'événements particuliers, comme une épidémie, pouvant fragiliser le fonds mutuel. Cependant, cet appui ne doit en aucun cas modifier les responsabilités des membres ainsi que la viabilité de la mutuelle.

## **2.5 La gestion comptable et financière d'une mutuelle de santé**

### **2.5.1 La gestion des ressources**

Une gestion rigoureuse et efficace est importante pour favoriser **la confiance des adhérents**. La confiance est particulièrement importante dans les mutuelles où les adhérents sont tenus de verser régulièrement des cotisations sans nécessairement consommer le service dans l'immédiat. Les adhérents ne bénéficient en effet des prestations de la mutuelle que lors de l'apparition d'une maladie, qui peut survenir plusieurs mois après le versement de leurs cotisations. Ils doivent avoir la certitude que la mutuelle sera en mesure de les aider lorsqu'ils seront dans le besoin. Une gestion efficace favorise également **la confiance des prestataires des soins** envers la mutuelle. Ceux-ci doivent en effet être certains que la mutuelle sera constamment en mesure de rembourser les factures correspondantes aux soins donnés aux bénéficiaires, et que ce remboursement sera effectué dans les délais annoncés (tous les mois dans le cas de TOND LAAFI).

La gestion d'une mutuelle comporte une part de variabilité et ce, d'autant que la mutuelle de santé peut entraîner une modification des attitudes des adhérents et des prestataires de soins (sélection adverse, risque moral, surprescription, etc.). Une mutuelle de santé doit donc se doter de mécanismes de prévision et de contrôle, d'outils de gestion comptable et financière et d'un suivi à la fois rigoureux et efficace pour faire face à toute éventualité et être en mesure de remplir les engagements vis-à-vis des adhérents et des prestataires de soins. L'expérience des mutuelles de santé existantes montre que, lorsque les mécanismes de gestion sont mal préparés, la mutuelle a de fortes chances de connaître des dysfonctionnements importants qui l'obligeront, durant ses premiers exercices, à revoir ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Très souvent, il en résulte un manque de crédibilité vis-à-vis des adhérents potentiels et des prestataires de soins. Les mutuelles connaissent souvent, d'une part un taux d'utilisation peu élevé et d'autre part, des problèmes de régularité des cotisations. Ces difficultés peuvent résulter d'un manque de motivation des adhérents, de problèmes d'organisation de la mutuelle, de prestations mal adaptées aux besoins des familles, de cotisations trop élevées, etc. De création récente en Afrique de l'Ouest par exemple, les mutuelles en gestation ou fonctionnelles ne disposent pas de référentiels solides pour affiner leur démarche et accroître leur chance de succès. De plus, ces MS fonctionnent selon une adhésion volontaire avec d'importantes difficultés de recouvrement, proposent une cotisation familiale trop élevée

pour les familles vulnérables et n'offrent pas d'accompagnement médico-social dont les familles précaires ont besoin.

## 2.5.2 La gestion des opérations comptables

La **gestion comptable** a pour but d'enregistrer les différentes opérations de la mutuelle, sous la forme d'entrées et de sorties de ressources, de les classer et de les traiter. La gestion comptable suit les différentes phases de réalisation des activités de la mutuelle sur une période donnée, généralement un an. Elle repose sur des méthodes et documents communs à toutes les organisations qui sont réglementées par la législation. Le dispositif comptable peut cependant être adapté à la taille, aux activités et autres particularités de chaque mutuelle de santé. Au Burkina Faso, le Plan Comptable des Mutuelles de Santé « PCMS » est le support de référence en matière de gestion comptable.

**Les réserves** : La mutuelle de santé reposant sur un principe d'obligation, la mutuelle garantit par conséquent à l'adhérent la prise en charge de ses dépenses de soins. Elle doit également faire face à ses engagements vis-à-vis des prestataires de soins. La mutuelle met en place des mécanismes de consolidation financière qui lui permettront de faire face aux imprévus. Ces mécanismes financiers sont essentiellement les réserves. La constitution des réserves 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. La formation de réserves constitue une règle élémentaire de prudence en matière de gestion d'une mutuelle soumise à de nombreux imprévus. Les réserves permettent aussi d'accroître sa solidité financière.

Le défi pour une mutuelle est de réussir à maintenir l'**équilibre** entre le montant de ses dépenses de soins et le montant des cotisations acquises. Le ratio sinistres à primes ou ratio de sinistralité mesure ce rapport entre le montant des dépenses de soins et le montant des cotisations acquises.

Chez TOND LAAFI, il varie de 80 à 85%. Cela signifie que le produit est pour l'instant équilibré tout en ayant une petite marge de réserves. Cela montre également que les cotisations des bénéficiaires sont effectivement redistribuées et utilisées pour la prise en charge des soins des familles.

## 2.5.3 Le Plan Comptable des Mutuelles de Santé en Afrique de l'Ouest

Le Plan Comptable des Mutuelles de Santé « PCMS » est un cadre et support réglementaire de référence en matière de gestion comptable des mutuelles sociales au sein de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine « UEMOA ».

Dans les Etats de l'UEMOA, pour pallier les difficultés d'accès aux soins de santé, de nombreuses mutuelles ont été créées en vue d'assurer une forme de protection sociale aux populations non couvertes par les systèmes formels de sécurité sociale. L'UEMOA reconnaît le rôle important des mutuelles dans la politique d'accessibilité des populations aux soins de santé. Ces organisations mutualistes apparaissent comme un facteur d'atténuation des écarts de couverture entre le secteur formel et le secteur informel et une alternative aux difficultés et insuffisances relevées dans le fonctionnement des régimes légaux. Le PCMS est le principal outil de gestion dont disposent les mutuelles sociales en vue de produire une information financière fiable et harmonisée. Il permet de mesurer leur performance et de contribuer à la pérennité de leurs activités.

Voir l'annexe 9a et 9b sur la mise en place concrète de ce PCMS.

## PARTIE III : LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

La mise en place d'un système de suivi et évaluation est très importante. Le système doit permettre de suivre les adhésions, les prestataires de services, l'évolution des soins remboursés, le coût moyen des soins, les ratios financiers, etc. Le suivi doit permettre de repérer les problèmes ou changements importants de manière à ce que les responsables de la mutuelle puissent prendre les décisions et mesures qui s'imposent en temps utile.

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. 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. 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.

Le suivi et l'évaluation constituent un dispositif global indispensable au pilotage de la mutuelle au quotidien ainsi qu'à moyen et long terme. Néanmoins, la bonne conduite des activités ne repose pas seulement sur des outils et des techniques. Elle dépend aussi des compétences, de l'expérience, de la capacité d'analyse, du bon sens, voire de l'intuition, des responsables et des gestionnaires de la mutuelle.

La tenue des Comités de Pilotage des parties prenantes, donc la mutuelle, l'IMF et leurs partenaires techniques et financiers respectifs est un facteur clé de réussite de la mutuelle. Les échanges permettent de faire un suivi des avancées et résultats, de partager les problèmes et de prendre les décisions stratégiques, notamment liées aux améliorations des services et procédures. TOND LAAFI, YIKRI, ATIA et EdM tiennent des Comités de Pilotage régulièrement. Des enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires sont à organiser régulièrement afin de recueillir leurs retours sur les prestations dispensées et connaître les besoins en améliorations et accompagnement.

Dans ce cadre de suivi et évaluation, le croisement des données du terrain et les données affichées sur les outils de suivi est important. Il est indispensable que les responsables de la mutuelle recherchent la cohérence des données.

A titre illustratif, les activités liées au service médico-social sont à suivre pour s'assurer de leur effectivité. S'assurer que le nombre de visites à domicile par exemple annoncé par les animateurs correspondent réellement aux visites à domicile effectuées chez les bénéficiaires. De même, il est nécessaire de vérifier régulièrement que les remboursements des frais de soins individuels éventuels des bénéficiaires faits par l'intermédiaire des animateurs ont été effectivement faits. TOND LAAFI a connu des fraudes importantes lorsque les contrôles de ce type ont manqué. Contacter directement les bénéficiaires est une des solutions pour vérifier l'exactitude des informations fournies.

ATIA a choisi de greffer une recherche-action à la mise en place de TOND LAAFI pour mesurer l'impact de la mutuelle. Cette évaluation est en effet nécessaire pour valider scientifiquement le modèle proposé.

Tout ce dispositif d'évaluation est utile à la mutuelle, dans sa relation avec l'IMF pour valoriser les résultats et donc l'engagement des équipes de l'IMF ainsi que pour la visibilité, la crédibilité et le plaidoyer pour la mutuelle, notamment pour l'AMU/CSU en Afrique de l'Ouest.

### **3.1 Le contrôle interne et l'outil « B'mas »**

Les mutuelles d'ATIA utilisent un système de suivi-évaluation interne qui contribue directement au pilotage des services de la mutuelle. « B'mas » est le Système d'Information et de Gestion « SIG » développé par ATIA. Ce logiciel permet la gestion du service de micro-assurance santé et du service médico-social. B'mas permet la gestion des adhésions, la collecte des cotisations, les prestations de soins et l'ensemble des activités médico-sociales. Il permet l'édition de tableaux de bord relatifs aux différentes fonctions d'une mutuelle de santé, ce qui contribue au suivi des activités et de la réalisation des extrants (**voir le document de Procédure contrôle saisie B'mas en annexe 8**).

## 3.2 L'évaluation et les ajustements

L'évaluation et les ajustements du fonctionnement d'une mutuelle de santé sont continus. La mutuelle connaît une succession de phases de développement dont les deux premières sont, la création ou mise en place suivie d'une phase d'apprentissage et de croissance au cours desquelles 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 et partenaires et chercher à atteindre un équilibre financier. Pendant la phase d'équilibre, l'organisation de la mutuelle est rodée, son fonctionnement est stabilisé et sa situation financière est solide. A partir de ce stade, la mutuelle peut se fixer de nouveaux objectifs, accroître ses services, etc., et entrer ainsi dans une nouvelle phase de stabilisation et pérennisation.

Pour maîtriser son développement, une mutuelle de santé doit donc 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.

A titre illustratif, ATIA a défini un modèle de mise en place, développement et pérennisation d'une mutuelle de santé. TOND LAAFI est en son cycle 2 de développement et transition.

	<b>Cycle 1</b> <b>Mise en place et rodage</b>	<b>Cycle 2</b> <b>Développement et transition</b>	<b>Cycle 3</b> <b>Stabilisation et pérennisation</b>
Population cible	Un groupe de bénéficiaires "porte d'entrée" avec une taille significative et une adhésion obligatoire : une IMF est un groupe idéal.	Extension à d'autres groupes "organisés" (associations, coopératives, etc.) qui acceptent de cofinancer la cotisation de leurs membres.	Extension à des bénéficiaires dans le cadre d'actions CSU (habitants d'une commune, etc.) avec subvention de la cotisation pour les populations vulnérables.
Pérennité Technique / Opérationnelle	Le Responsable de Programme (RP) d'ATIA est directeur de la mutuelle.	Le RP d'ATIA devient conseiller technique et fait monter en compétences la direction locale.	Le RP d'ATIA finalise l'autonomisation de la direction y compris sur la capacité à innover et gérer de nouveaux développements.
Pérennité Institutionnelle	La mutuelle intègre un réseau de mutuelles de santé et d'acteurs de la CSU / AMU.	La mutuelle identifie / élabore des actions qui s'intègrent dans la mise en œuvre de la CSU.	La mutuelle est partenaire des autorités publiques pour la mise en œuvre de la CSU.
Pérennité Financière / économique	La cotisation payée par les bénéficiaires permet l'autonomie du fonds mutuel. Les dépenses de fonctionnement sont subventionnées par des bailleurs de fonds.	La mutuelle fait évoluer le montant de cotisation pour tendre vers l'autonomie sur le fonds mutuel et le fonctionnement du service de micro-assurance santé.	La mutuelle est autonome financièrement et est capable de lever des fonds pour subventionner de nouveaux développements ou services.

## PARTIE IV : L'ANCRAGE INSTITUTIONNEL

Pour s'assurer un ancrage institutionnel, une mutuelle de santé prend en compte quelques éléments et met en place des techniques et opérations dédiées :

**La dynamique des politiques publiques de développement dans les pays :** Dans les pays où intervient ATIA pour la mise en place des MS, les politiques publiques locales reconnaissent le droit à la protection sociale. Les pouvoirs publics traduisent la volonté des gouvernements d'apporter des réponses adéquates, notamment à la précarité, à l'exclusion sociale et aux difficiles conditions de vie des personnes pauvres. Au Burkina Faso, cette volonté est réaffirmée dans la Politique Sectorielle Travail, Emploi et Protection Sociale (PS/TEPS 2018-2027). Il est important pour une MS de bien connaître les politiques de

couverture de soins, et notamment la volonté, ou non, de mettre en place une Couverture Santé Universelle. Pour cela, il ne suffit pas de connaître les lois existantes mais aussi de bien identifier quels sont les acteurs les plus importants : selon les pays, il peut s'agir du ministère de la santé, du ministère du travail, d'organisations internationales étrangères (comme l'OMS, le BIT ou la Banque Mondiale). Le rôle de la mutuelle sera alors de se faire connaître de ces acteurs principaux pour 1) être au courant des évolutions législatives à venir et 2) pouvoir contribuer à ces évolutions pour qu'elles correspondent au mieux aux besoins des travailleurs du secteur informel.

**Le réseautage :** Faire partie d'un réseau dédié au plaidoyer des mutuelles de santé et les politiques de santé et protection sociale, notamment la mise en œuvre de l'AMU/CSU est une force pour toute mutuelle qui se veut être reconnue de la protection sociale. TOND LAAFI a intégré le Réseau d'Appui aux Mutuelles Sociales « RAMS ». TOND LAAFI contribue au plaidoyer à travers le RAMS en étant un membre actif. Développer des collaborations avec des structures expertes reconnues dans le domaine de la mutualité sociale pour s'assurer un ancrage institutionnel solide et une bonne intégration dans le contexte national est une nécessité pour se faire connaître et réussir à être plus valorisée et sollicitée afin de partager l'expérience.

TOND LAAFI a adopté un plaidoyer plus direct auprès du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Protection Sociale dont dépend l'AMU et qui la reconnaît désormais comme une mutuelle clé. A cet effet, le ministère fait appel à TOND LAAFI pour le partage de son expertise auprès d'autres mutuelles et partenaires techniques et financiers de la mutualité sociale au Burkina Faso en matière de mesures incitatives à l'action mutualiste.

Pour une mutuelle naissante, se créer sa notoriété est un exercice qui demande beaucoup de temps et d'énergie. La notoriété dont bénéficie TOND LAAFI émane de la visibilité externe développée pour sensibiliser et informer sur l'accès aux services de micro-assurance santé intégrant un mécanisme de protection sociale contributif pour les populations vulnérables. Les rencontres formelles ou informelles avec des personnes clés de la protection sociale notamment les services techniques des ministères de la santé et la protection sociale, les bailleurs de fonds notamment le BIT, l'UE, les inviter à visiter la mutuelle afin de leur présenter le dispositif et fonctionnement de la mutuelle... font partie des bonnes pratiques pour développer son réseau. Inviter ces acteurs aux locaux de la mutuelle et aux activités effectuées par la mutuelle s'est notamment révélé de loin le meilleur moyen de les convaincre acteurs de la pertinence et du professionnalisme de TOND LAAFI.

**La capitalisation :** L'organisation d'ateliers de capitalisation permet de diffuser les avancées de la mise en œuvre de la mutuelle, de présenter davantage la mutuelle et son modèle, de partager des connaissances et des bonnes pratiques, et in fine présenter les résultats clés en terme d'impact de la mutuelle et son modèle de fonctionnement. Ces ateliers contribuent à faire davantage connaître et valoriser la mutuelle, et ainsi de lui faire gagner en visibilité et légitimité.

Les participants invités à ces ateliers sont choisis pour leur sensibilité et investissement dans le paysage mutualiste institutionnel. Ainsi, TOND LAAFI a toujours invité les partenaires de santé, les services d'appui aux mutuelles sociales, les autres mutuelles, les unions des mutuelles et fédérations, le RAMS, YIKRI et les bailleurs de fonds. Les membres mutualistes participent activement en témoignant notamment sur l'impact fort sur l'amélioration du recours aux soins grâce à la mutuelle. La mutuelle permet en effet d'augmenter le recours à un prestataire de soins adapté et dans un délai raisonnable. La mutuelle a également un très fort impact sur la sécurisation de la situation socio-économique des familles : bénéficier de la mutuelle permet de réduire la probabilité d'éprouver des difficultés de paiement. La baisse conséquente des dépenses de santé permet de soulager la contrainte budgétaire et a un impact également sur leur activité économique.

La tenue des ateliers de capitalisation demande une organisation fine et un budget conséquent pour une jeune mutuelle. En Afrique de l'Ouest, notamment au Burkina Faso et Togo, il est de bon ton de louer et recevoir les invités dans une belle salle, bien climatisée, prévoir un bon repas et surtout prévoir des perdiems pour les participants. Sont compris dans les perdiems les frais de déplacement et les frais de participation.

**Crédibilité de la mutuelle :** Une mutuelle crédible doit être impliquée dans le paysage mutualiste institutionnel. Elle doit tisser des liens de confiance avec les différents intervenants et ses interlocuteurs aussi bien du système de santé et de la mutualité que des partenaires techniques et financiers présents. Cette crédibilité se construit au fil du temps grâce notamment aux résultats concrets et grâce à différentes formes et occasions de plaidoyer développées par la mutuelle. Une fructueuse collaboration avec les partenaires se justifiera non seulement par la dynamique d'innovations de la mutuelle en matière de création de micro-assurance santé pour les familles vulnérables visant à l'extension de la protection sociale en matière de santé, mais aussi et surtout la quête d'un rapport coût-efficacité en santé acceptable pour la population vulnérable. Le processus de développement de TOND LAAFI met en lumière le cycle d'apprentissage de la mutuelle. Cette capacité de perpétuelle remise en cause des actions justifie la mise en œuvre d'activités pertinentes répondant aux besoins réels de la population cible.

## CONCLUSION

De ces éléments développés dans ce guide, on remarquera l'adéquation entre les besoins d'une IMF et les caractéristiques d'une mutuelle. Si l'on se réfère aux conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé pour une IMF développée dans la Partie I de ce guide, on constate que les principales conditions préalables sont réunies au niveau des micro-entrepreneurs. Il existe chez ces derniers un réel besoin de protection face au risque maladie, la faiblesse et l'irrégularité des revenus des micro-entrepreneurs, constituant des limites à leur accès aux soins de santé. Les liens de solidarité entre bénéficiaires de l'IMF existent déjà et ils peuvent servir de base au développement des mutuelles. Par ailleurs, l'IMF représente une capacité réelle pour assurer une protection sociale à ses membres malgré leur capacité contributive limitée. De plus, la mutuelle de santé présente une souplesse d'organisation et de fonctionnement plus grande que celle d'autres systèmes d'assurance. Cette souplesse permet d'adapter leur forme à la diversité des situations rencontrées dans le domaine de l'IMF. La mutuelle de santé est mise en place et administrée par ses adhérents, qui peuvent en déléguer la gestion à des professionnels salariés. Ils participent à la définition des modalités d'adhésion, de cotisation, d'organisation ainsi que les services offerts par leur mutuelle. La mise en place d'une mutuelle de santé dans le but d'organiser un système de protection sociale en faveur des micro-entrepreneurs présente donc de nombreux avantages. Pour de nombreuses populations de pays en développement, avoir accès à des soins de santé décentés et disposer de services financiers répondant à leurs besoins constituent de réelles priorités. Adosser les activités d'une mutuelle de santé à celles d'une IMF est un appui adapté aux micro-entrepreneurs.

Le grand challenge est de s'assurer que l'articulation entre microfinance et micro-assurance santé participe au renforcement des deux dispositifs et non pas d'un rapport visant à privilégier l'un au détriment du développement de l'autre. L'arrivée du nouveau service de mutuelle au sein de l'IMF nécessite des changements significatifs, non seulement en termes de rôles et tâches pour les équipes, mais aussi pour les micro-entrepreneurs qui doivent souscrire obligatoirement à la mutuelle. De plus, l'IMF doit avoir des enjeux très forts sur ses propres activités, notamment pour atteindre ou stabiliser la viabilité financière, par exemple. De son côté, la mutuelle doit tenir compte de ces contraintes, s'intégrer dans cette dynamique et assurer un service de qualité aux bénéficiaires. Le fait de donner plus de temps à la phase de démarrage permet de stabiliser la mutuelle et faire ses preuves et à l'IMF de se rassurer.

La mutuelle de santé TOND LAAFI a montré son impact pour augmenter l'accès précoce à des soins adaptés, en levant notamment la barrière financière à l'accès aux soins, et pour sécuriser la situation socio-économique. N'empêche que la mise en place d'une mutuelle est un processus long, parfois mal

compris et mal accepté par les adhérents plus habitués à des réalisations rapides. Il est compliqué de convaincre une famille vivant dans la précarité de payer pour son avenir et un risque qu'elle perçoit comme improbable, alors qu'elle lutte au quotidien pour sa survie.

Une mutuelle connaît une phase de croissance qui s'étale généralement sur plusieurs années et durant laquelle elle est amenée à revoir les hypothèses adoptées au départ, en fonction de l'expérience qu'elle acquiert.

Il est utile de rappeler quelques facteurs de réussite d'une organisation mutualiste adaptée à la spécificité d'une IMF et apte à répondre aux besoins des micro-entrepreneurs. L'un de ces facteurs est l'implication continue des adhérents dans la vie de leur mutuelle. Pour assurer une implication effective des adhérents, un accent particulier doit être mis sur **la sensibilisation, l'animation et l'information continues** qui permettent à ces derniers de comprendre les choix à réaliser durant la mise en place et le développement de leur mutuelle. En plus des adhérents, ce sont tous les acteurs du paysage mutualiste qu'il faut impliquer et responsabiliser. Il s'agit entre autres des prestataires de soins dont le comportement conditionnera en partie la viabilité de la mutuelle. Les besoins en matière de santé sont importants, mais la mise en place d'une mutuelle est limitée par la capacité contributive des adhérents. Dans ces conditions, une mutuelle de santé doit porter une attention particulière au choix de ses prestations. Il lui faut en effet trouver un équilibre entre la meilleure couverture possible des soins de santé et une cotisation qui soit accessible aux adhérents. L'élaboration de ce couple prestations et cotisations est un élément essentiel pour une mutuelle. Pour qu'une mutuelle puisse vraiment jouer son rôle de partage des risques entre les adhérents, le nombre de ceux-ci ne doit pas être trop réduit. Les mutuelles comptant un petit nombre d'adhérents seront très fragiles ou seront obligées de demander des cotisations élevées. L'augmentation du nombre de mutualistes permet également de réaliser des économies d'échelles en matière de fonctionnement et de disposer d'un plus grand pouvoir de négociation vis-à-vis des prestataires de soins. TOND LAAFI a construit un partenariat solide avec YIKRI, une IMF bien installée et comptant un nombre significatif et croissant de bénéficiaires.