

Atelier de capitalisation

Les mutuelles de santé à Madagascar, au Burkina Faso, et au Togo



Photo 1 : Les participant.e.s et les facilitateur.ice.s à l'atelier de capitalisation des mutuelles de santé

Rapport de l'atelier

28 avril au 2 mai 2025

Antananarivo, Madagascar

Table des matières

Agenda (version courte) (version longue Annexe 01)	2
Préambule	3
Jour 1 – Lundi 28 avril 2025 – Partage d’expérience et de bonnes pratiques	4
A. Partage d'expériences, de leçons apprises, de bonnes pratiques.....	4
Jour 2 – Mardi 29 avril 2025 – Viabilité financière – Trouver un modèle durable et réaliste pour chaque mutuelle	5
A. Business Plan (BP) ATIA Santé	5
B. BP modèle de chaque mutuelle de santé.....	6
Jour 3 – Mercredi 30 avril 2025 – Optimisation des activités SMS & Formation sur les techniques d’entretien	7
A. Les services médico sociaux – the sky is your limit	7
B. Optimisation des SMS.....	8
C. Les pistes de digitalisations	10
D. Atelier sur les techniques d’entretien	10
Jour 4 – Jeudi 1 ^e mai 2025– CSU & Fonds mutuel & Formation gestion RH	11
A. Comment s’ancrer durablement dans les systèmes de santé ? S’intégrer dans les politiques nationales de CSU.....	11
B. Intervention d’Ibrahima Senghor, directeur UDAM Kongheul (Sénégal).....	12
C. Améliorer le suivi financier du fonds mutuel	13
Jour 5 – Vendredi 2 mai 2025 – Rapport mutuelle & analyse groupe	15
Evaluation globale de l’atelier	15

Agenda (version courte) (version longue Annexe 01)

Jour 1 - lundi 28 avril 2025	
Arrivée des participants	
Présentation du séminaire (objectifs, activités, planning et participants) Informations logistiques sur le séminaire	
Animation brise-glace - présentation de chaque participant	
Présentation des 6 mutuelles	
Activité 1.1. Partage d'expériences, de leçons apprises, de bonnes pratiques	
Jour 2 - mardi 29 avril 2025	
Activité 2.1. Business Plan ATIA SANTE	
Activité 2.2. Business Plan des mutuelles respectives	
Jour 3 - mercredi 30 avril 2025	
Activité 3.1. Services Médico-Sociaux : activités idéales	
Activité 3.2. Services Médico-Sociaux : optimisation	
Activité 3.3. Les pistes de digitalisations	
Activité 7.1. Formation sur la gestion RH	
Jour 4 - jeudi 1e mai 2025 - pour tout le monde sauf référent OS, RSEC et RAFs	
Activité 5.1. CSU - actions concrètes à mettre en place	
Activité 7.1. Formation sur la gestion RH	
Jour 4 - jeudi 1e mai 2025 - pour référent OS, RSEC et RAFs	
Activité 6.1. Risques d'un fond mutuel non rapproché	
Activité 6.2. Impact du fonds mutuel sur le financement de la mutuelle	
Activité 7.1. Formation sur la gestion RH	
Jour 5 - vendredi 2 mai 2025	
Activité 4.1. Analyse rapport mutuelle ATIA Santé	
Activité 4.2. Analyse groupe.	
Conclusion de l'atelier (ce qu'on retient, ce qu'on garde, ce qu'on laisse...)	
Rédaction du plan d'action de chaque mutuelle	

Acronymes :

MdS	Mutuelles de Santé
BP	Business Plan
RSP	Ratio sinistre à primes
VAD	Visites à domiciles
MGP	Mécanisme de gestion des plaintes
IMF	Institution de micro finance
MAS	Micro assurance santé
RAF	Responsable Administratif et Financier
CSU	Couverture Santé Universelle

Préambule

Depuis plusieurs années, ATIA accompagne le développement de mutuelles de santé en partenariat avec des acteurs locaux. Si plusieurs services de mutuelles intégrés dans des structures de microfinance ont atteint l'autonomisation financière, notamment en Inde¹, la pérennité de mutuelles de santé indépendantes nécessite, en l'absence de financement extérieur conséquent, de repenser les modèles économiques actuels, ainsi que l'intégration des mutuelles dans les politiques nationales de mise en place de la Couverture Santé Universelle. C'est dans cette perspective qu'un atelier de capitalisation a été organisé, afin de tirer parti des expériences du terrain, de mutualiser les bonnes pratiques et de construire ensemble des pistes d'autonomisation viables.

ATIA a organisé l'atelier de capitalisation du lundi 28 avril au vendredi 2 mai, à Antananarivo, réunissant l'ensemble des mutuelles de santé accompagnées par ATIA à Madagascar (AFAFI, SAHI, MAMPITA et VAHATRA²), au Burkina Faso (TOND LAAFI) et au Togo (LAMESIN NYO). Un total de 24 participant.e.s était présent à cet atelier, avec le détail des participant.e.s listés ci-dessous :

- ATIA : chef de secteur des mutuelles de santé, Responsable Administratif et Financier et référente mutuelles, co-directrice, consultant (ancien co-directeur)
- AFAFI : directrice, directrice adjointe, médecin conseil, RAF, chef des opérations, conseillère technique ATIA pour AFAFI
- TOND LAAFI : directrice, coordinateur des activités, RAF, responsable suivi et évaluation, médecin conseil, conseillère technique ATIA pour TOND LAAFI
- LAMESIN NYO : responsable programme ATIA/directrice, coordinatrice des activités, RAF, médecin conseil
- SAHI : responsable volet mutuelle de santé
- MAMPITA : coordinatrice Volet Social & Mutuelle santé
- VAHATRA : directrice ONG VAHATRA

L'atelier visait à favoriser le partage d'expériences et de bonnes pratiques entre les mutuelles pour renforcer leur performance et résilience. L'atelier avait pour objectif d'accompagner chaque mutuelle à identifier des solutions concrètes pour atteindre une autonomie financière, avec une priorité sur la couverture d'au moins 50 % des frais de fonctionnement par les cotisations (en plus de la couverture du coût des soins). L'atelier cherchait aussi à optimiser les activités de services médico-sociaux pour renforcer l'appropriation des services par les bénéficiaires et diminuer les coûts. Un autre objectif était d'améliorer l'analyse des données et le suivi financier du fonds mutuel pour plus de rigueur et d'efficacité. Enfin, les mutuelles ont travaillé sur leur intégration dans les politiques nationales de Couverture Santé Universelle (CSU) et renforcé leurs capacités managériales en s'outillant de techniques pour mener des entretiens avec leurs équipes.

Ce rapport est une synthèse des activités vues avec les participant.e.s et rassemble les messages clés évoqués pendant l'atelier. Ce document est accompagné d'annexes, mentionnées au court du rapport, permettant d'approfondir certains points de l'atelier.

¹ <https://reseau-pratiques.org/capitalisation-mise-en-place-de-mutuelles-de-sante/>

² Bien que VAHATRA ne soit plus accompagnée par ATIA, nous souhaitons l'associer à cet atelier en tant qu'ancien partenaire.

Jour 1 – Lundi 28 avril 2025 – Partage d’expérience et de bonnes pratiques

L’atelier a démarré avec une présentation sur le contexte et la justification de l’organisation de l’atelier, sur les objectifs de l’atelier (présentés ci-dessus dans la préambule), et entre autres sur les éléments qui seront produits pendant l’atelier (Annexe 02 – Présentation d’introduction).

A. Partage d’expériences, de leçons apprises, de bonnes pratiques

Après les présentations introductives de l’atelier (contexte, justification, objectifs, etc.), ainsi que celles de chaque participant.e et des différentes mutuelles de santé, la journée s’est centrée sur une activité de partage d’expériences et de leçons apprises entre mutuelles (voir Annexe 03 – Présentation des activités de la première journée).

Dans ce cadre, chaque mutuelle a présenté un thème sur lequel elle dispose de bonnes pratiques à partager avec les autres équipes. Ces présentations avaient pour objectif d’être concrètes et utiles, afin que les pratiques exposées puissent être facilement appliquées par les autres mutuelles.

- **TOND LAAFI : Augmentation de la cotisation.**
 - Importance de sensibiliser et convaincre tous les employés du groupe partenaire quant à la pertinence de l’augmentation de la cotisation
 - Avoir un mécanisme de gestion des plaintes (MGP) commun aux deux partenaires (mutuelle et groupe partenaire de la mutuelle) permettant de transmettre rapidement et avec efficacité les plaintes. Le MGP permet de suivre l’évolution de la gestion des plaintes et permet d’avoir un historique sur les plaintes traitées.
 - Avoir une cotisation indexée sur le montant du prêt pour que le poids de la mutuelle soit justement réparti en fonction du niveau de vulnérabilité du bénéficiaire
- **LAMESIN NYO : Etude globale sur l’utilisation des soins**
 - Réalisation d’une enquête qualitative en 2024 en menant des entretiens semi-directifs, en engageant une enquêtrice externe à LN, et en interrogeant 33 bénéficiaires.
 - Les résultats de l’enquête ont permis de mettre en avant les freins rencontrés par les bénéficiaires quant à LN : cotisation importante pour les personnes à petits prêts, difficulté de l’accueil et de la prise en charge dans les centres publics, etc. Par ailleurs, l’enquête a pu souligner l’importance des SMS aux yeux des bénéficiaires.
 - Quelques recommandations formulées pour les autres mutuelles : réaliser l’enquête après, au moins, un an et demi d’activité, avoir un échantillon plus représentatif et équilibré, etc.
- **AFAFI : Plafonds sur les catégories de soins**
 - Les plafonds de prise en charge permettent d’éviter des cas de fraude et permettent surtout de contrôler le coût des soins
 - L’application de plafonds de prise en charge plus élevés dans les structures publiques que dans les structures privées encourage les familles membres de la mutuelle à recourir davantage aux soins dans le secteur public, qui reste le plus accessible aux populations cibles d’AFAFI.
- **SAHI : difficultés quant aux dossiers incomplets**
 - Etre stricte sur la prise en charge des ayants droits. Si on ne retrouve pas de photo des ayants droits sur la carte mutuelle, SAHI ne prend pas en charge les bénéficiaires.
- **MAMPITA : gestion des partenariats** – le cas des centres de santé qui « surprescrivent » des médicaments et qui ne respectent pas des éléments de la convention de partenariat.
 - Pour une institution de micro finance (IMF) avec un service intégré de mutuelle, il est essentiel d’avoir un médecin conseil dédié à la mutuelle en charge du suivi partenariat et du respect de la convention (surprescription etc.).
- **VAHATRA : programme d’éducation en santé familiale**
 - La mutuelle de santé ne peut pas couvrir tous les besoins sociaux des familles. Importance d’impliquer des acteurs externes (cartographie des acteurs) pour épauler les mutuelles de santé sur certains sujets très spécifiques.

Jour 2 – Mardi 29 avril 2025 – Viabilité financière – Trouver un modèle durable et réaliste pour chaque mutuelle

La deuxième journée était focalisée sur la viabilité financière des mutuelles de santé et la voie à suivre pour tendre vers une autonomie financière (Annexe 04 – présentation des activités de la deuxième journée). L'objectif principal de cette journée était d'identifier les leviers d'actions (nombre de bénéficiaires, montant de la cotisation et répartition de la cotisation entre frais de fonctionnement et fonds mutuel, « set-up » RH, revue de certaines dépenses, optimisation des activités, taux de remboursement des soins, etc.) afin que la cotisation payée par les bénéficiaires couvre à minima 50% des coûts de fonctionnement de la mutuelle.

A. Business Plan (BP) ATIA Santé

Dans un premier temps, les participant.e.s ont travaillé sur un modèle de business plan fictif, basé sur l'outil de reporting d'ATIA : le business plan ATIA Santé. Dans cet exercice, ATIA Santé représente une mutuelle de santé fictive, destinée à offrir une couverture santé à des populations vulnérables ayant un accès limité aux soins, et peu familières avec les notions de prévoyance, de solidarité et de fonctionnement d'une mutuelle. Répartis en quatre groupes composés de cinq personnes travaillant dans des mutuelles différentes, les participant.e.s devaient identifier des pistes concrètes à partir du modèle de business plan, afin que les cotisations versées par les bénéficiaires couvrent au minimum 50 % des frais de fonctionnement d'ATIA Santé, en sus du cout des soins. Par ailleurs, le ratio de sinistres à primes devait rester stable autour de 90 % chaque année. Les propositions formulées devaient être précises et réalistes.

A noter que le business plan modèle est un nouvel outil développé par les soins d'ATIA permettant de simuler différents scénarios de viabilité financière pour une mutuelle en ajustant le nombre de bénéficiaires, la taille des équipes, le taux de remboursement des soins, le montant et la répartition des cotisations. Cet outil intègre de manière cohérente le budget prévisionnel, la modélisation du besoin en ressources humaines, en lien avec les tâches à réaliser, ainsi que les projections de cotisations et de dépenses de santé. Il aide à identifier les conditions nécessaires pour couvrir au moins 50 % des frais de fonctionnement avec les recettes locales.

L'outil a permis aux participant.e.s d'avoir une vision globale du temps nécessaire pour réaliser chaque service médico-social et donc du nombre de salariés nécessaires dans cette mutuelle fictive. Cet exercice permet de voir l'impact de la masse salariale et d'autres leviers sur l'autonomisation financière de la mutuelle.

En plénière, lors de la restitution du travail de chaque groupe, les solutions suivantes ont été évoqués (liste non exhaustive) :

- **Agir sur les activités chronophages pour renforcer l'autonomie de la mutuelle.** L'objectif est d'analyser les activités considérées comme chronophages, afin de réduire le temps de mise en œuvre ou d'en repenser la mise en œuvre de manière réduite ou plus efficace.
- **Optimiser la répartition de la cotisation entre le fonds mutualisé et les frais de fonctionnement.** Il est important de veiller à ce qu'une part trop élevée de la cotisation ne soit pas consacrée aux frais de fonctionnement de la mutuelle — idéalement, cette part ne devrait pas dépasser 30 %. Cela permet de limiter le montant de la cotisation demandé au bénéficiaire, tout en garantissant une part suffisante dédiée au fonds mutuel et aux frais de fonctionnement.
- **Augmenter le nombre de bénéficiaires en mobilisant de nouveaux groupes partenaires.** Cette démarche permet de renforcer les recettes locales et de répartir le risque financier sur un plus grand nombre de personnes. Toutefois, cette solution ne suffit pas à elle seule : elle entraîne une hausse des besoins en ressources humaines, notamment en matière de recrutement d'animateurs, de médecins-conseils et d'opérateurs de saisie.
- **Importance des projections à 4 ans.** Il est essentiel de disposer de projections financières sur une période d'au moins quatre ans. En effet, des mesures telles que l'augmentation des cotisations ou l'intégration de nouveaux groupes partenaires sont des processus longs à mettre en œuvre. De plus, les projections montrent qu'une hausse de la cotisation en année N ne suffit pas toujours à

compenser l'impact de l'inflation en année N+1. Une vision pluriannuelle permet donc d'anticiper ces écarts et d'ajuster les stratégies en conséquence.

Les participants ont aussi réalisé qu'il faut agir sur plusieurs leviers simultanément car un seul levier ne suffit pas pour atteindre 50% de couverture des frais de fonctionnement.

B. BP modèle de chaque mutuelle de santé

La seconde partie de la journée était consacrée au business plan (BP) propre à chaque mutuelle. Les participant.e.s devaient s'inspirer du travail réalisé sur ATIA Santé (activité décrite ci-dessus) pour apporter des ajustements similaires, mais adaptés au contexte spécifique de leur propre mutuelle de santé.

L'objectif restait le même : identifier des pistes permettant de faire en sorte que les cotisations versées par les bénéficiaires couvrent au moins 50 % des frais de fonctionnement de la mutuelle, tout en maintenant un ratio sinistres/primes (RSP) proche de 90 %.

Il était essentiel que les solutions proposées soient à la fois réalistes, viables et directement applicables. Chaque mutuelle devait se sentir en capacité d'assumer et de mettre en œuvre les modifications envisagées.

AFAFi, LAMESIN NYO et TOND LAAFI ont chacune pu finaliser un business plan modèle de leur mutuelle respective permettant de tracer la voie vers une meilleure viabilité financière. Les mutuelles de santé se sont aperçus qu'il est nécessaire d'agir sur plusieurs leviers comme par exemple :

- **Augmenter le nombre de bénéficiaires** : une solution partielle qui
 - Permet d'augmenter les recettes locales
 - Permet de lisser le risque financier sur un pool plus important de personnes
 - N'est pas suffisante à elle seule.
- **Impact de l'inflation et/ou augmentation du nombre de soins : Impact sur le RSP**
 - L'inflation impacte directement le coût des soins au sein des centres de santé, et donc le fonds mutuel.
 - Les SMS permettent de s'assurer que les bénéficiaires comprennent les services des mutuelles, et in fine, utilisent les services. Chaque année, on constate une hausse de l'utilisation des soins au sein de la mutuelle, qui impacte le fonds mutuel (plus de soins remboursés chaque année).
- **Importance de la projection à 4 ans**
 - Augmentation de la cotisation / ajout de nouveaux groupes -> des processus longs
 - Une augmentation en année N de la cotisation parfois n'est pas suffisante pour couvrir l'inflation en année N+1
- **Optimisation du travail des animateurs (setup RH) – identifier et repenser ce qui prend le plus de temps aux salariés**
 - Exemple des visites à domiciles : cibler les plus vulnérables
- **Plafonner le coût des soins pour mieux maîtriser les coûts** – cette mesure vise à limiter les coûts supportés par la mutuelle. Cependant, elle soulève une question essentielle : en instaurant un plafond pour certaines catégories de soins, ne risque-t-on pas de restreindre l'accès aux soins vitaux (notamment les hospitalisations) pour les bénéficiaires ? Il est donc nécessaire de trouver un équilibre entre maîtrise des coûts et maintien d'un accès équitable aux services de santé.
- **Augmenter la cotisation et réviser le pourcentage de répartition de la cotisation entre fonds mutuel et frais de fonctionnement : solution longue et parfois difficile à mettre en place**

Chaque action envisagée impacte le taux d'autonomie et le ratio de sinistre à primes, néanmoins, aucune action unique ne permet d'atteindre ces objectifs fixés. Il est nécessaire de cumuler plusieurs ajustements pour parvenir aux résultats escomptés.

Pour les mutuelles MAMPITA, SAHI et VAHATRA ce moment a été dédié à la formation et la mise jour de l'outil business plan.



Photo 2 : Echanges entre les trois mutuelles AFAFi, TOND LAAFI et LAMESIN NYO avec l'appui d'un facilitateur

Jour 3 – Mercredi 30 avril 2025 – Optimisation des activités SMS & Formation sur les techniques d’entretien

Lors de la troisième journée, nous avons abordé deux thématiques différentes, la première sur l’optimisation des activités SMS et la seconde sur la formation sur les techniques d’entretien (Annexe 05 – Présentation des activités de la 3^e journée).

A. Les services médico sociaux – the sky is your limit

Les services médico-sociaux proposés par les mutuelles — tels que les visites à domicile ou à l’hôpital — jouent un rôle clé. Ils permettent de s’assurer que les bénéficiaires comprennent l’intérêt d’une mutuelle de santé (Mds) et utilisent ses services dès l’apparition des premiers symptômes.

Dans un contexte de financement restreint, une activité a été organisée afin d’identifier les services médico-sociaux essentiels à maintenir ou à mettre en œuvre, tout en garantissant leur qualité. Cette réflexion s’est appuyée sur trois critères :

- Pertinence : L’activité doit répondre à un besoin réel. Par exemple, pour des personnes n’ayant jamais entendu parler d’une mutuelle et ne connaissant pas les principes de prévoyance, des actions de sensibilisation sont indispensables.
- Efficacité : L’activité doit produire un impact concret et mesurable sur les bénéficiaires. Elle est considérée comme efficace lorsque la bonne information est transmise à la bonne cible, par le bon canal.
- Efficience : L’activité doit atteindre son objectif tout en mobilisant le moins de ressources possible.

Dans un premier temps, et à l’image de l’activité menée le deuxième jour, les participant.e.s ont travaillé sur le cas d’ATIA Santé, une mutuelle fictive. ATIA Santé est une ONG souhaitant mettre en place une mutuelle de santé pour des familles vulnérables — des familles qui, pour la plupart, n’ont jamais entendu parler d’une mutuelle et ignorent les principes de prévoyance. Elles vivent au jour le jour, sans planification financière.

À l’issue des échanges, plusieurs constats clés sont ressortis :

Informations à maîtriser par le bénéficiaire	
Obligatoire	Facultative
Principe d'une mutuelle - pot commun géré par un organisme, où chaque membre/adhérent paie une cotisation, qui lui donne le droit à une prise en charge	Liste des services médico-sociaux existant

Utilité d'une mutuelle (économies et meilleure gestion du budget, protection de la famille, accès à des soins de qualité, traitement précoce des symptômes)	Existences des actions de santé préventive
Service de la mutuelle – Micro Assurance Santé (MAS) : % prise en charge par mutuelle	Modalités d'adhésion à la mutuelle
Panier de soins (ce qui est inclus et exclus du panier)	Coût d'une pathologie dans un centre public (le bénéficiaire aurait connaissance du coût des pathologies les plus fréquentes dans un centre public).
Centres de santé du réseau et les centres à proximité du bénéficiaire	Accueil peut être compliqué dans les centres de santé (patience)
Circuit de soins dans un centre de santé	
Carte mutuelle et comment l'utiliser	
Les ayants droits sur la carte	
Que faire en cas de problème avec les centres de santé (ou si on oublie ce qu'on doit faire avec la mutuelle), qui appeler	
Montant de la cotisation	

Les activités à mettre en place afin que les bénéficiaires maîtrisent les informations présentées ci-dessus	
Activités essentielles	Activités facultatives
Formation des organisations partenaires (groupe de bénéficiaires) aux informations à maîtriser par le bénéficiaire	Témoignages positifs de la mutuelle (utilisation des services par ses confrères et consœurs)
Sensibilisation des présidents de groupe aux informations à maîtriser par le bénéficiaire	Visite à domicile (VaD)
1e sensibilisation en masse/groupe pour présenter les "informations à maîtriser par le bénéficiaire" – sensibilisation sur 3 mois.	
Rencontre en personne avec le bénéficiaire (à domicile ou en agence pour les partenariats avec des Institutions de Micro Finance (IMF)) - explication des services (informations à maîtriser par le bénéficiaire)	
Visite d'un bénéficiaire à l'hôpital lors d'une hospitalisation	
Ligne téléphonique pour répondre aux questions des bénéficiaires	
Poser des questions ouvertes en permanence en agence lors d'un renouvellement pour mesurer le niveau de compréhension des services de la mutuelle. Si on constate que la bénéficiaire ne maîtrise pas les services, la mutuelle organise une VAD.	
Actions de santé préventive et de sensibilisation sur les pathologies les plus fréquentes (gestes à adopter etc).	
Appel en cas de non utilisation des services par la famille	

B. Optimisation des SMS

En s'appuyant sur le business plan modèle élaboré lors de l'activité du deuxième jour, les mutuelles ont repris l'exercice « The Sky is Your Limit » afin de l'adapter à leur propre contexte. L'objectif était de rechercher la plus grande efficacité et efficience possibles dans la mise en œuvre des services médico-sociaux.

Par exemple, les mutuelles devaient veiller à respecter les décisions prises dans leur business plan modèle, notamment en ce qui concerne le nombre d'animateurs mobilisables, afin d'assurer la cohérence et la faisabilité des actions proposées.

Voici les principaux résultats qui ressortent de cette activité et des échanges entre les mutuelles de santé :

AFAFI :

- L'équipe a revu le temps des activités en fonction de l'équipe idéale définie dans son BP modèle (voir activité 2.2 BP partenaire).
 - o Il en ressort qu'AFAFI doit réduire le nombre de VADs et effectuer plus d'appels téléphoniques et d'interventions en groupe. AFAFI va également prioriser les visites à domicile des nouveaux adhérents afin de renforcer leur compréhension et leur maîtrise du fonctionnement de la mutuelle.
- AFAFI compte plus de 20 groupes partenaires à la mutuelle de santé dont leur membre bénéficie d'une couverture santé. Pour suivre ces groupes, l'équipe opérationnelle d'AFAFI est divisée en plusieurs pôles en fonction de la nature des groupes : entreprises, ONG, etc. Suite à cette activité, il ressort qu'AFAFI doit réorganiser son équipe pour avoir un seul profil d'animateur et de coordinateur qui suit tous les groupes. Ceci permet de réduire la taille des équipes d'AFAFI et d'avoir des équipes plus polyvalentes et autonomes.

TOND LAAFI :

- L'équipe TOND LAAFI a décidé de mettre en place une check-list d'activité alignée sur le cycle de renouvellement des contrats des bénéficiaires.
- Une fiche récapitulative sera élaborée afin de regrouper les messages essentiels à transmettre lors d'une nouvelle adhésion à la mutuelle, incluant une fiche d'évaluation de la connaissance de la mutuelle.
- Au minimum, une fois par an, un suivi téléphonique sera réalisé auprès des bénéficiaires n'ayant pas encore utilisé le service ou n'ayant jamais bénéficié d'une VAD. Ces appels devront être préparés avec des messages clés par les animateurs.
- Cet exercice a confirmé la pertinence de la mise en place d'une segmentation du profil des bénéficiaires en fonction du niveau de pauvreté de ces derniers. Cette approche consiste à personnaliser l'accompagnement, d'un côté conserver des visites en présentielles des animateurs et de l'autre réaliser des appels téléphoniques moins chronophage. À terme, cette stratégie pourrait entraîner une réorganisation des équipes opérationnelles pour mieux répondre aux besoins des différents profils de bénéficiaires.

LAMESIN NYO :

- L'équipe a insisté sur l'importance de l'information initiale qui parvient aux bénéficiaires. Les animateurs doivent donc être attentifs à leur communication lors des sensibilisations initiales ainsi qu'au montage de dossier pour s'assurer de la bonne compréhension des services de LN au départ.
- L'équipe a convenu de limiter au maximum les visites à domicile qui prennent beaucoup de temps et d'énergie, et a proposé de les remplacer par des entretiens d'informations en agence, lors du décaissement de crédit.
- L'équipe a également convenu de limiter la présence des animateurs dans les groupes à une fois par trimestre.
- Il a également été décidé que les factures des prestataires de soins seraient dorénavant déposées au siège de LAMESIN NYO pour éviter à nos animateurs de faire ces trajets.
- En ce qui concerne les visites post-hospitalisations, elles n'auront lieu qu'après un appel à la bénéficiaire et s'il est jugé nécessaire par l'animateur de se déplacer.
- Les permanences médicales, au vu de leur faible affluence, ont également été remises en question et seront remplacées par des permanences téléphoniques.

C. Les pistes de digitalisations

Dans une logique d'autonomisation des mutuelles et d'amélioration de leur efficacité opérationnelle, les participant.e.s ont été invités à réfléchir aux tâches réalisées sur le terrain et au niveau des bureaux qui pourraient être digitalisées. Il en ressort que plusieurs activités, répertoriées dans le tableau ci-dessous, peuvent être numérisées, permettant ainsi un gain de temps significatif pour les équipes des mutuelles de santé.

Par exemple, dans le cadre d'une adhésion, le processus actuel implique qu'un.e animateur.ice remplisse un formulaire papier, qui est ensuite transmis à un opérateur de saisie (OS) pour être encodé dans le logiciel B'mas. Ce processus pourrait être digitalisé : l'animateur.ice saisirait directement les informations dans une version portable de B'mas, rendant l'intervention de l'OS inutile pour cette étape.

Activité	Formulaire	Par qui 1/	Par qui 2/	Digitalisation par qui 1/
Adhésion bénéficiaire	Fiche adhésion	Animateur	OS (encoder dans b'mas)	Animateur (plus besoin du travail de l'OS)
Visite à domicile (VAD)	Fiche visite à domicile (VAD)	Animateur	OS (encoder dans b'mas)	Animateur (plus besoin du travail de l'OS)
Appel téléphonique + Sensibilisation de groupe + Sensibilisation en santé préventive	Fiche service médico-social	Animateur	OS (encoder dans b'mas)	Animateur (plus besoin du travail de l'OS)
Permanence du Médecin Conseil	Registre permanence	Médecin conseil	OS (encoder dans b'mas)	Médecin conseil (plus besoin du travail de l'OS)

D. Atelier sur les techniques d'entretien

Cet atelier faisait suite à une première formation sur les « Outils du Manager » proposée aux membres des comités de direction des mutuelles partenaires. Parmi les outils présentés, les réunions individuelles régulières entre managers et collaborateurs avaient été identifiées comme essentielles. Cette seconde session visait à approfondir les compétences nécessaires pour conduire ces entretiens de manière efficace et constructive.

L'objectif principal était de renforcer les compétences autour de trois leviers clés :

- l'écoute active,
- la gestion des tensions,
- le feedback constructif.

L'approche était résolument pratique : mises en situation, jeux de rôle, échanges entre pairs. Les participants ont particulièrement apprécié :

- les jeux de rôle, organisés par niveau hiérarchique pour faciliter une parole libre et égalitaire ;
- les moments de partage entre pairs sur des situations managériales réelles et parfois complexes ;
- les outils concrets transmis, comme des exemples de formulations.

À l'issue de la formation, une séance de coaching individuel d'une heure a été proposée à chaque participant. Quatre personnes ont d'ores et déjà sollicité cet appui personnalisé.



Photo 3 : Partage d'expérience de Mampita (Hiary)

Jour 4 – Jeudi 1^e mai 2025– CSU & Fonds mutuel & Formation gestion RH

La 4^e journée de l'atelier a porté sur plusieurs thématiques dont notamment l'intégration au sein des politiques nationales de CSU, le suivi du fonds mutuel et la suite de la formation sur les techniques d'entretiens (Annexe 06 – présentation des activités de la 4^e journée).

A. Comment s'ancrer durablement dans les systèmes de santé ? S'intégrer dans les politiques nationales de CSU

L'objectif de cette activité était de définir le chemin à suivre pour s'intégrer dans la politique nationale de CSU de son pays respectif en listant des actions concrètes à mettre en place. Pour ce faire, nous nous sommes posé trois grandes questions :

1/ Quoi - sur quoi on communique, les arguments à mettre en avant, qu'est ce qui existe déjà, ce qu'on ne fait pas pour l'instant, etc.

2/ A qui - à qui exactement on communique, quel niveau...

3/ Comment - comment on va les voir, par quel canal de communication, comment on arrive à faire pour avoir un temps d'échange avec eux...

1. Quoi : sur quoi on communique

- Existence de données précises et désagrégées, qu'il faut mettre en forme et partager : aucune structure n'a ses données. Ex : profil des bénéficiaires, coût des soins par structure et par pathologie, etc.
- Pérennité économique des MdS : cotisation et financement couvrant les frais de fonctionnement de la MdS
- Mutuelle en première ligne couvrant le secteur informel, avec un calcul rigoureux de la cotisation et du panier de soins
- Partage de bonnes pratiques, retour d'expériences sur la prise en charge du secteur informel et les particularités de cette prise en charge
- Intégration dans les politiques nationales en matière de santé et CSU : bien identifier et mettre en avant les actions des MdS qui participent à l'atteinte des résultats définis dans la politique nationale (ex : réduction du taux de mortalité infantile).

- Impact des MdS (nombre d'adhérents et membres en rapport avec la proportion de la population locale ; données spécifiques de la population ; RSP ; données spécifiques aux centres et soins, ...)
- Préciser la population cible à l'aide de la photo de famille
- Mettre en avant la méthode de collecte de cotisations
- Exposer les difficultés rencontrées et les moyens mis en place pour les dépasser
- Mettre en avant le professionnalisme et la fiabilité des MdS (soins remboursés à temps, outils, équipe compétente, ...)
- Mettre en avant la part de la mutuelle dans le « chiffre d'affaires » des centres partenaires
- Mettre en avant l'étude d'impact réalisé au Burkina Faso entre 2020 et 2022

2. A qui : à qui on communique

- Partenaires organisationnels
- Autorités sanitaires locales
- Organisations de Société Civile (leaders communautaires, ONG, Structures d'appui à l'Etat tels que OMS/BIT,...)
- Mairies
- Acteurs qui touchent d'autres thématiques que la santé comme le micro-crédit etc.
- Fédération des mutuelles
- Au sein du gouvernement, s'adresser autant aux techniciens qu'aux élus : souvent les techniciens restent plus longtemps et ont une meilleure connaissance des problématiques que les élus.
- Ministère de la santé, ministère de l'accès universel aux soins, ministère de la population (comment proposer une protection sociale à différents groupements), Ministère du tourisme, de l'artisanat, Ministère de l'enseignement (proposer une couverture santé aux enseignants)
- Direction régionale de la santé (DRS), direction provinciale de la santé (DPS)
- Partenaires financiers publics : DCI, UE, AFD
- Partenaires financiers de la CSU : OMS, Banque Mondiale...

3. Comment : comment on s'y prend ?

- Niveau local :
 - o Répondre aux sollicitations des services santé.
- Niveau régional :
 - o Atelier d'informations et d'échanges où la mutuelle présente des données très précises sur les maladies et les profils des bénéficiaires dans une région en invitant prestataires de soins, DRS, médecin chef...
- Niveau national :
 - o Fédération des mutuelles : tenir des réunions régulières, le secrétariat devrait visiter chaque MdS pour comprendre le travail des MdS et pouvoir le présenter à d'autres acteurs. L'objectif est que toutes les MdS présentent le même message.
 - o Participation à des ateliers/organiser des tables rondes avec des acteurs qui touchent d'autres thématiques, par exemple économique. Montrer le rôle que les mutuelles peuvent jouer dans d'autres secteurs et l'impact d'une couverture santé sur l'économie par exemple.
 - o Ateliers avec tous les prestataires de soins (« comité de suivi »)
 - o Privilégier de contacter les techniciens responsables de transmettre les chiffres aux Ministères et à la direction générale de la protection sociale
- En cas de turnover important au niveau des interlocuteurs, il est important de répéter régulièrement ces messages.

B. Intervention d'Ibrahima Senghor, directeur UDAM Kongheul (Sénégal)

M. Ibrahima Senghor, Directeur de l'Unité Départementale d'Assurance Maladie (UDAM) de Kougheul, a présenté l'expérience de mise en place de l'UDAM au Sénégal et particulièrement le cas du département de Kongheul. Ci-dessous, une brève présentation des principaux éléments qui sont ressortis lors de l'intervention de M. Ibrahima Senghor (voir Annexe 07 pour le contenu de la présentation).

Dans un contexte marqué par une faible couverture maladie, la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) au Sénégal dès 2012 a reposé sur une double approche : mutuelles communautaires et unités départementales d'assurance maladie (UDAM). Le modèle UDAM, expérimenté à Koungeul, se distingue par sa professionnalisation, sa gestion centralisée, et l'introduction de la tarification forfaitaire subsidiée (une tarification homogène à tous les centres de santé par acte de soins). Cette dernière, en intégrant l'ensemble du parcours de soins, favorise la qualité, la continuité des soins et l'équité financière, et s'est naturellement déployée à l'ensemble du territoire sénégalais, mettant fin au modèle de mutuelles communautaires.

Malgré des défis liés à la communication, à la gouvernance locale et à la coordination avec les prestataires et collectivités, plusieurs bonnes pratiques ont permis de consolider le modèle : l'adhésion collective (par village ou groupement) avec un seuil minimal de 5 personnes pour limiter la sélection adverse, le recours à des stratégies communautaires (comme les champs collectifs) pour faciliter la contribution financière, le recrutement d'infirmiers chargés du contrôle médical mensuel, ainsi que la mise en place de points focaux dans chaque village.

Ces mécanismes, alliés à la portabilité de l'assurance dans le département et au respect du parcours de soins, ont renforcé l'efficacité et l'équité du dispositif. L'expérience de l'UDAM de Koungeul démontre qu'une assurance maladie décentralisée, professionnalisée et adaptée aux réalités locales peut constituer un levier puissant vers la couverture santé universelle en milieu rural.

C. Améliorer le suivi financier du fonds mutuel



Photo 4 : Echanges entre les mutuelles sur les meilleures pratiques pour suivre le fonds mutuel

L'objectif principal de cette activité était de rediscuter avec l'ensemble des mutuelles de l'importance de la gestion et du suivi du fonds mutuel afin de garantir la solidité financière de l'organisation. Il a été souligné que la négligence dans le suivi de ce fonds pouvait exposer à des risques financiers majeurs, ce qui n'est pas acceptable. La transparence et la rigueur financière ont été identifiées comme des conditions essentielles pour assurer la viabilité à long terme de la mutuelle tout en permettant de garantir une traçabilité et une fiabilité des données. Un fonds mal géré pourrait également ouvrir la voie à des erreurs, voire à des fraudes,

d'où la nécessité de mettre en place des outils et procédures clairs et sécurisés, bien connus par l'ensemble des équipes. La fiabilité des données, est essentielle pour prendre des décisions stratégiques éclairées, et pour préparer des rapports précis destinés aux bailleurs.

Ainsi, l'activité a permis de mettre en évidence les attentes d'ATIA vis-à-vis des mutuelles impliquées :

- Analyser les pratiques actuelles de rapprochement du fonds pour en évaluer la pertinence et l'efficacité,
- Identifier les points faibles ou les processus non formalisés, qui pourraient entraîner des risques ou des incohérences,
- Proposer des procédures simples, sécurisées et partagées au sein de l'équipe afin de mieux encadrer le suivi financier et garantir une gestion transparente et efficace.

L'ensemble des mutuelles étaient en accord sur l'importance des rapprochements mensuels.

Les mutuelles sont toutes unanimes sur le fait qu'il est essentiel de réaliser des rapprochements chaque mois pour assurer une gestion optimale des cotisations.

Dans un second temps, chaque mutuelle a eu l'opportunité de partager ses bonnes pratiques ainsi que les difficultés rencontrées concernant l'enregistrement des reçus de cotisations et des reçus sinistres, deux éléments essentiels ayant un impact direct sur le rapprochement et le solde du fonds mutuel. Pour chaque difficulté évoquée, les autres mutuelles ont proposé des exemples concrets et des pistes d'amélioration pertinentes.

En voici quelques exemples :

- Points forts partagés par les mutuelles :
 - o Digitalisation des reçus de cotisations : Cela facilite une vérification rapide entre les bordereaux de cotisations et les dépôts effectués sur le compte bancaire.
 - o Encaissement de la cotisation en une seule fois : Le paiement de la cotisation en une seule fois lors du décaissement du crédit réduit les risques d'impayés et diminue le travail administratif, car l'équipe des animateurs n'a pas à recouvrer les cotisations chaque mois.
 - o Alignement des numéros de pièce comptable / enregistrement B'mas : Le numéro de pièce comptable correspond exactement à celui dans B'mas, facilitant la traçabilité.
 - o Remboursement rapide chez TL : TL est très rapide dans le remboursement des sinistres, parfois dès le lendemain grâce à la visite à domicile des animateurs, ce qui permet de rendre un service de très haute qualité.
- Points faibles partagés par les mutuelles :
 - o Retard dans le remboursement : Certains bénéficiaires évitent de réclamer leur remboursement de sinistre lorsqu'ils sont en situation d'impayé pour leur prêt. Une solution serait de verser directement les fonds sur le compte épargne des bénéficiaires pour éviter ce blocage.
 - o Erreur de saisie : Des erreurs de saisie rendent parfois les rapprochements plus complexes. Des développements ont été réalisés pour limiter ces erreurs. Les mutuelles AFAFi, TL et LN doivent évaluer l'efficacité de ces développements et suggérer d'éventuels ajustements avant le déploiement aux autres mutuelles.
 - o Disparité des dates d'enregistrement des sinistres entre B'mas et la comptabilité : Les dates d'enregistrement des sinistres dans B'mas sont parfois différentes des dates comptables. TL a prévu de ne plus utiliser les dates et de s'aligner sur les numéros de bordereau identiques dans B'mas et la comptabilité.
 - o Remboursement à domicile : Bien que certains bénéficiaires apprécient le remboursement à domicile (service de qualité), cela nécessite un temps considérable des animateurs. D'autres mutuelles préfèrent que les bénéficiaires viennent récupérer leurs remboursements en agence, ce qui évite de mobiliser les animateurs.

Jour 5 – Vendredi 2 mai 2025 – Rapport mutuelle & analyse groupe

ATIA a constaté qu'il était difficile pour les mutuelles de disposer d'un outil de reporting facile à utiliser et rapidement exploitable. En effet, pour la mise à jour de leur outil de reporting, les mutuelles devaient utiliser des fonctionnalités de B'mas parfois chronophages. C'est pourquoi un nouvel outil a été développé, reposant sur les connaissances déjà acquises par les mutuelles et permettant une mise à jour plus rapide tout en réduisant les risques d'erreurs lors de son utilisation. L'outil a été conçu au courant du second semestre 2024, permettant un pilotage des activités plus fiable et plus précis, grâce à un tableau de reporting amélioré.

L'outil étant relativement nouveau, une activité dédiée à son utilisation a été organisée pour revenir sur sa mise à jour (extractions à faire depuis la base de données B'mas), sur les indicateurs du rapport et sur la manipulation de ce dernier (voir annexe 08 – présentation des activités de la cinquième journée).

Ensuite, suite à cette courte formation, en groupe, nous avons analysé un cas fictif ATIA Santé pour évaluer la « performance » et l'impact de la mutuelle de santé. L'objectif de cette activité est de piloter plus finement les activités de la mutuelle grâce à l'utilisation du rapport mutuelle.

En travaillant sur un cas fictif, les mutuelles ont su par la suite appliquer cette méthodologie d'analyse sur leur propre mutuelle, l'objet de la seconde activité.

L'exploitation du rapport des mutuelles de santé a permis à TOND LAAFI de mettre en avant des évolutions significatives d'une année à l'autre des sinistres en soins spécialisés et notamment du paludisme. Cela a ouvert un débat constructif sur la manière de saisir les sinistres, soulevant des points intéressants qui méritent d'être approfondis pour mieux comprendre les éventuelles évolutions à ce niveau.

Evaluation globale de l'atelier

A la fin de l'atelier, les participant.e.s ont chacun eu l'opportunité d'exprimer oralement ce qu'ils-elles avaient préféré pendant l'atelier et ce sur quoi ils-elles voudraient continuer de travailler avec les autres participant.e.s.

Les participant.e.s ont par ailleurs insisté sur l'importance de poursuivre des ateliers de ce type, avec une fréquence d'une fois tous les deux ans.

Ils.elles ont aussi pu donner une appréciation écrite générale sur le contenu et la logistique de l'évènement. Il leur était demandé d'attribuer une note de 1 à 5 (5 étant la meilleure note) sur différents aspects.

 <p>Objectifs principaux des participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echanger des pratiques, des méthodes et des difficultés rencontrées - Avancer sur l'autonomisation financière - Améliorer la gestion RH 		<p>Atteinte des objectifs personnels et attentes</p> <p style="text-align: center;">4,4</p>	
 <p>Ateliers de travail</p>			
<p>Partage d'expérience</p> <p style="text-align: center;">4,4</p>	<p>Travail sur les Business Plan</p> <p style="text-align: center;">4,4</p>	<p>Optimisation des Services Medico-sociaux</p> <p style="text-align: center;">4,2</p>	<p>Pistes de digitalisation</p> <p style="text-align: center;">3,7</p>

Intégration CSU 3,7	Rapprochement fond mutuel 4,3	Gestion RH et techniquement de management 4,7	Analyse de données 4,5
 Sujets et points les plus appréciés : <ul style="list-style-type: none"> - Outils d'analyse sur le Business Plan et le Reporting Mutuelle - Gestion RH et techniques de management - Partage d'expérience entre mutuelles 			
 Logistique de l'atelier			
Informations partagées avant l'atelier 4,2	Choix du pays, de la ville 4	Durée de l'atelier 3,8	Programme quotidien et rythmes des sessions 4
Hébergement 3,3	Repas et collations pendant l'atelier 3,6	Repas et collations le soir 4,4	Ambiance du groupe 4,8



Photo 5 : Session plénière



Photo 6 : Les participant.e.s et les facilitateur.ice.s à l'atelier de capitalisation des mutuelles de santé