

5. Phase de préparation de la mise en place du système

Introduction

Objectif de la phase de préparation de la mise en place

La dernière phase de l'étude de faisabilité consiste à rédiger un rapport à partir de l'ensemble des hypothèses et des résultats des différentes phases déjà réalisées. Ce rapport formalise l'ensemble des aspects de l'étude de faisabilité: la démarche suivie, les étapes et les résultats de la collecte des données, les choix effectués. Il fournit l'occasion de vérifier avant le démarrage la cohérence d'ensemble du système.

Cette dernière phase consiste aussi à fixer l'ensemble des choix effectués au cours de la phase précédente dans des documents et outils de référence. Ces derniers sont en outre nécessaires pour le démarrage des activités. Ils comprennent: le plan d'actions, les statuts et l'organigramme du système de micro-assurance santé, le règlement intérieur (cas d'une mutuelle) ou les contrats, les supports de gestion et le manuel de procédures, les conventions avec les prestataires de soins.

Remarque: Il ne s'agit pas de l'ensemble des documents et outils dont le système a besoin pour mettre en œuvre, gérer et suivre l'activité – en particulier tous les documents comptables, de suivi budgétaire et de la trésorerie ont été omis – mais de ceux directement en relation avec les décisions prises au cours de l'étude de faisabilité et qu'il est donc logique de produire à la fin de l'étude.

Pour une description détaillée de l'ensemble des documents et outils dont le système a effectivement besoin, consulter:

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, BIT/STEP, 2003 et *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé*, BIT/STEP et CIDR, 2001.

La phase de préparation s'achève par la constitution officielle du système. Le comité de pilotage est alors dissout et laisse la place aux organes de décision, d'exécution et de contrôle chargés de représenter et de gérer le système de micro-assurance santé.

Contenu du chapitre

Le présent chapitre propose une présentation succincte du rapport de l'étude de faisabilité ainsi que des différents documents et outils de référence mentionnés ci-dessus.

Le rapport de l'étude de faisabilité

Le rapport de l'étude de faisabilité est une synthèse du déroulement de l'étude et de ses résultats. Il est rédigé par le comité de pilotage à partir de l'ensemble des hypothèses et résultats des différentes phases de l'étude.

Remarque: Le rapport de l'étude est rédigé normalement à la fin de l'étude de faisabilité donc après la préparation des documents et outils de référence du système. Pour souligner l'importance de ce rapport il a été cependant choisi de le présenter avant ces documents.

Elaborer ce rapport est important pour plusieurs raisons.

Première raison: il décrit la démarche utilisée au cours de l'étude de faisabilité: démarche de collecte, processus de choix et d'élaboration du système. En particulier il précise pourquoi certaines informations ont été collectées plutôt que d'autres, pourquoi certaines options ont été retenues plutôt que d'autres, etc. Garder une trace de la démarche et des raisons des choix est utile pour ne pas remettre en cause du jour au lendemain la stratégie du système de micro-assurance santé, ou retenir, sans analyse approfondie, des options qui avaient été écartées.

Deuxième raison: ce rapport rassemble également les données collectées. Ces données peuvent être utilisées pour rédiger des études sur la situation sanitaire, économique, sociale, etc., avant la mise en place du système, mais aussi pour réaliser des études d'impact du système en particulier sur la fréquentation des formations sanitaires, les comportements de recours aux soins, les difficultés financières des ménages en cas de maladie ou de maternité, et enfin pour effectuer de nouveaux choix dans le cadre du développement du système sans avoir à organiser de nouveau une collecte de données aussi complète.

Exemple: Si les responsables du système choisissent d'étendre la couverture à de nouveaux services, ils pourront privilégier les services jugés prioritaires par la population cible au cours de l'étude de faisabilité. Toutefois, il est important de réaliser régulièrement de nouveaux sondages ou de nouvelles enquêtes dans la population cible afin de vérifier que le système de micro-assurance santé est toujours en phase avec les besoins et les attentes de celle-ci.

Troisième raison: élaborer un rapport contraint le comité de pilotage à formaliser l'ensemble des éléments de l'étude de faisabilité et de vérifier, avant le démarrage, la cohérence globale du système.

Ce rapport ne doit pas être trop lourd. En revanche certaines informations clés doivent impérativement y figurer: le déroulement de l'étude, ses étapes et ses jalons, les méthodes de collecte et d'animation utilisées, les différents outils de collecte, de calcul et de restitution utilisés (grilles de saisie, formulaires d'entretien, questionnaires d'enquête, grilles de calcul des cotisations, tableaux de rôles, etc.), les valeurs d'un certain nombre d'indicateurs de référence comme le taux de fréquentation, les hypothèses de départ du système telles que le budget prévisionnel et les données statistiques permettant de préparer le calcul des cotisations (probabilités et/ou fréquences, quantités consommées et coûts unitaires).

Pour un exemple de plan chronologique et un exemple de plan thématique du rapport d'étude de faisabilité se reporter à:

► **5.1 – Exemples de plans pour le rapport de l'étude de faisabilité,** tome 2, chapitre 5, page 171.

Le plan d'actions

Le plan d'actions est un document de synthèse qui permet de programmer et de décrire toutes les actions nécessaires au démarrage du système ou à son extension. Le comité de pilotage peut utiliser une méthode participative en associant des représentants de la population cible pour définir, notamment, la stratégie de mise en place ou d'extension du système.

L'élaboration du plan d'actions consiste à :

1. Définir, éventuellement de manière participative, la stratégie de mise en place ou d'extension du système. Celle-ci consiste principalement à répondre aux questions suivantes:
 - Quelles zones (groupes) couvrira le système?
 - Quand sera effectué le démarrage/l'extension?
 - Combien de campagnes de promotion sont prévues?
 - Quels sont les objectifs en termes de nombre d'adhésions des campagnes de promotion?
 - Comment sera effectué le démarrage/l'extension?
2. Rédiger un document qui formalise les réponses à chacune des questions et élaborer le programme correspondant. Pour un exemple de plan d'actions, se reporter à :

► **5.2 – Exemple de plan d'actions**, tome 2, chapitre 5, page 176.

Les statuts et l'organigramme

Les statuts constituent un document de référence décrivant notamment l'objet du système, son organisation, l'articulation entre les différents organes et leurs attributions.

Les statuts jouent plusieurs rôles :

1. Ils fixent l'objectif du système, ainsi que les règles de son organisation (articulation entre les organes, tâches des différents acteurs) et de son financement (notamment règles de révision des cotisations en fin d'exercice).
2. Lorsqu'ils sont approuvés par les autorités compétentes, ils confèrent au système une personnalité juridique*. Le système peut alors ouvrir un compte bancaire, signer des conventions avec des prestataires de soins ou des contrats avec des assurés (dans le cas où le système n'est pas une mutuelle).
3. Ils règlent la vie du système: fréquence des assemblées générales, de la présentation et de l'approbation des rapports d'activité et états financiers, du renouvellement des responsables, etc.
4. Suivant la forme légale du système, ils peuvent fixer les droits et obligations des adhérents (cas d'une mutuelle) ou des apporteurs (cas d'une société commerciale).

Les grandes lignes des statuts sont conditionnées par le cadre institutionnel et légal dans lequel s'inscrit le système de micro-assurance santé. Deux situations peuvent se présenter :

Première situation: Dans certains pays, il existe des lois régissant les mutuelles de santé et/ou les sociétés d'assurances. Ces lois établissent notamment des statuts types auxquels les systèmes de micro-assurance santé doivent se conformer. Au Mali par exemple, le Code de la mutualité fixe les statuts types des mutuelles.

Deuxième situation: Il n'existe pas de législation spécifique. Les systèmes de micro-assurance santé adoptent des statuts conformes aux textes législatifs et réglementaires existants et portant sur les associations, les coopératives, les sociétés commerciales, etc.

L'élaboration des statuts s'effectue en général en plusieurs étapes. A l'issue de l'étude de faisabilité, le comité de pilotage réalise une synthèse des règles d'organisation et de fonctionnement choisies et élabore un projet de statuts en conformité avec la législation. Le projet de statuts est ensuite présenté aux décideurs du système qui se chargent d'adopter les statuts après modifications éventuelles. Cette adoption permet la constitution des organes, l'élection des responsables, la reconnaissance légale du système de micro-assurance santé par le biais de son enregistrement auprès des autorités compétentes et le démarrage des activités. Toute modification ultérieure des statuts doit être ratifiée par l'organe de décision avant d'être enregistrée auprès des autorités compétentes. Dans le cas d'un système participatif, il est parfois nécessaire de convoquer une assemblée générale extraordinaire.

Le processus de modification peut être assez lourd. Aussi est-il prudent de n'aborder que les points essentiels de l'organisation et du fonctionnement dans les statuts. D'autres documents, plus faciles à modifier, peuvent compléter les statuts comme le règlement intérieur ou les contrats.

Les statuts peuvent être aussi complétés par l'organigramme. Il s'agit d'un schéma représentant les différents organes impliqués dans l'administration et la gestion du système de micro-assurance santé ainsi que leurs relations hiérarchiques. Il donne une vision synthétique et imagée de la répartition des responsabilités au sein du système.

Pour un exemple de rédaction des statuts se reporter à:

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, BIT/STEP, 2003, partie 2, chapitre 3, où sont proposés les statuts de la mutuelle des propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar.

Le règlement intérieur ou le contrat

Le règlement intérieur (cas d'une mutuelle)

Seuls les systèmes de micro-assurance santé créés et gérés par et pour leurs adhérents (les mutuelles) ont un règlement intérieur.

Remarque: Dans les mutuelles, les adhérents participent à la gestion à travers l'élection des responsables et les assemblées générales. Les mutuelles sont la propriété collective de leurs adhérents; ceux-ci sont à la fois les assureurs et les assurés. De ce fait, il n'existe pas de contrat formel régissant la relation entre la mutuelle et ses adhérents (on ne peut pas passer de contrat avec soi-même). Cette relation est régie par des droits et obligations fixés par les statuts et le règlement intérieur.

Le règlement intérieur complète les statuts. Il précise un certain nombre de modalités de fonctionnement de la mutuelle.

Le règlement intérieur n'est pas un document nécessaire à la reconnaissance officielle de la mutuelle. Il est, comme son nom l'indique, un document interne qui expose en détail les règles

d'organisation et de fonctionnement. Il constitue ainsi un document de référence permettant de fixer les responsabilités des adhérents et des organes, d'assurer la bonne gestion et la maîtrise des activités. A l'opposé des statuts, la modification du règlement intérieur n'implique pas de démarche auprès de l'administration assurant l'enregistrement du système.

Le règlement intérieur a le même caractère obligatoire que les statuts à condition toutefois que son établissement ait été prévu par ces derniers et que les adhérents en connaissent le contenu au moment de l'adhésion. C'est pour cela que l'adhésion à une mutuelle consiste à accepter les dispositions des statuts et du règlement intérieur.

L'élaboration du règlement intérieur suit plusieurs étapes. A l'issue de l'étude de faisabilité, le comité de pilotage élabore un projet de règlement intérieur à partir de la synthèse des choix concernant le système: règles d'organisation et de fonctionnement, dispositions concernant la couverture et les services, dispositions concernant le paiement des cotisations, etc. Ce projet est ensuite ratifié par l'assemblée générale constitutive de la mutuelle. Toute modification ultérieure du règlement intérieur doit être ratifiée par une assemblée générale.

Pour un exemple de rédaction du règlement intérieur, se reporter à :

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, BIT/STEP, 2003, partie 2, chapitre 3, où est proposé le règlement intérieur de la mutuelle des propriétaires de taxis-vélos de Kenlodar.

Le contrat

Certains systèmes de micro-assurance santé passent des contrats avec leurs adhérents. On trouve ici la plupart des systèmes gérés par les prestataires de soins mais aussi des systèmes d'assurance commerciale*. Dans la plupart des cas, les adhérents ne sont pas copropriétaires du système mais simplement des clients.

Le contrat est le document qui définit les engagements réciproques des adhérents et du système de micro-assurance santé: modalités d'adhésion, de résiliation et de radiation, dispositions concernant la couverture et les services, dispositions concernant le paiement des cotisations. Le contrat est défini, limité dans le temps, renouvelable et révocable. C'est le contrat qui ouvre droit aux garanties.

Le contrat a un caractère obligatoire: l'adhésion consiste à accepter les dispositions du contrat. Il est signé par chaque adhérent (contrat individuel) ou par chaque groupe d'adhérents (contrat groupe* ou collectif). Les contrats individuels sont en général «standards» c'est-à-dire identiques pour tous les adhérents. Les contrats collectifs sont souvent «sur mesure» c'est-à-dire qu'ils peuvent varier d'une organisation à une autre. Que le contrat soit individuel ou collectif, l'individu adhère non pas au système mais à un contrat.

Remarque: Les mutuelles peuvent passer des accords collectifs avec des organismes (coopérative, syndicat, entreprise) rendant l'adhésion des membres de ces organismes automatique voire obligatoire. Même dans ce cas, l'adhésion à la mutuelle ou à l'association reste une démarche individuelle, au cours de laquelle chaque adhérent souscrit aux statuts et au règlement intérieur. L'accord collectif permet simplement de rationaliser certaines tâches administratives comme la collecte groupée des cotisations, l'envoi groupé des demandes de remboursement, etc.

Le processus d'élaboration des contrats est plus simple que celui du règlement intérieur dans la mesure où les contrats n'ont pas besoin d'être ratifiés par l'éventuelle assemblée générale mais seulement par le représentant légal du système: président ou directeur général.

Pour un exemple de trame de contrat ainsi qu'un exemple de rédaction d'un contrat individuel, se reporter à :

► **5.3 – Modèle de trame et exemple de rédaction d'un contrat d'assurance santé***, tome 2, chapitre 5, page 179.

Les supports de gestion (documents, outils)

Le comité de pilotage peut envisager de mettre en place un système de gestion entièrement manuel. Il peut aussi utiliser un système de gestion informatisé ou un système mixte avec par exemple des outils d'enregistrement « papier » dans les antennes du système et un outil informatique au siège. Les données saisies au niveau des antennes sont, dans ce cas, communiquées régulièrement au service de gestion central qui effectue leur enregistrement informatique.

La préparation des documents et outils de gestion est effectuée à partir des règles de fonctionnement définies au cours de la phase d'élaboration du système de micro-assurance santé. Pour des raisons évidentes, il est important que les principaux documents et outils soient prêts avant le démarrage du système. En outre, il est indispensable que tous les acteurs concernés soient formés à l'utilisation de ces différents supports.

Pour les supports papier, la préparation consiste à concevoir les documents puis à les dupliquer : impression des cartes d'adhérent vierges, factures types, fiches d'enregistrement, etc. Pour les outils informatiques, la préparation consiste à installer un logiciel de gestion clé en main ou à concevoir et développer une application sur mesure.

Les supports relatifs à la gestion des adhésions

Les supports relatifs à la gestion des adhésions doivent permettre d'enregistrer les adhérents et leurs ayants droit, d'effectuer le suivi de la population couverte et de vérifier les droits aux prestations des adhérents et des ayants droit.

Dans un système de gestion manuelle ou « papier », ces supports sont des fiches, des registres, des cartes.

Exemple : La fiche d'adhésion, le registre d'adhésion, le tableau de suivi et la carte d'adhérent.

Dans un système de gestion informatique, certains registres et fiches sont remplacés par des fichiers informatiques appelés tables.

Fonction	Exemples de supports	
	Gestion manuelle	Gestion informatique
Pour enregistrer les adhérents et leurs ayants droit	<ul style="list-style-type: none"> ● La fiche d'adhésion 	<ul style="list-style-type: none"> ● La fiche d'adhésion ● La table d'enregistrement des opérations d'adhésion
Pour effectuer le suivi du nombre d'adhérents et d'ayants droit	<ul style="list-style-type: none"> ● Le registre d'adhésion ● Le tableau de suivi des adhésions ● Le calcul manuel d'indicateurs: nombre d'adhérents, taille des familles, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La table des personnes couvertes ● Le calcul automatique d'indicateurs
Pour vérifier les droits aux prestations des patients dans le cas du tiers payant	<ul style="list-style-type: none"> ● La carte d'adhérent 	<ul style="list-style-type: none"> ● La carte d'adhérent ou ● Le listing des adhérents et ayants droit

Pour une présentation détaillée des supports utilisés dans le cadre d'une gestion manuelle, consulter:

▶ *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, partie 3, chapitre 1, BIT/STEP, 2003.*

Les supports relatifs à la gestion des cotisations

Les supports relatifs à la gestion des cotisations doivent permettre d'enregistrer le paiement de celles-ci, de déceler des retards et d'effectuer le suivi.

Fonction	Exemples de supports	
	Gestion manuelle	Gestion informatique
Pour enregistrer les paiements de la cotisation ou les arriérés au niveau de chaque adhérent	<ul style="list-style-type: none"> ● La fiche de cotisation 	<ul style="list-style-type: none"> ● La fiche de cotisation ● La table d'enregistrement du paiement des droits d'adhésion et des cotisations
Pour effectuer le suivi du paiement des cotisations	<ul style="list-style-type: none"> ● Le registre de cotisation ● Le tableau de suivi des droits d'adhésion et des cotisations ● Le calcul manuel d'indicateurs: niveau d'impayés, taux de recouvrement 	<ul style="list-style-type: none"> ● La table de suivi des relances ● Le calcul automatique d'indicateurs

Pour une présentation détaillée des supports utilisés dans le cadre d'une gestion manuelle, consulter:

▶ *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, partie 3, chapitre 2, BIT/STEP, 2003.*

Les supports relatifs à la gestion des prestations

Les supports relatifs à la gestion des prestations doivent réduire la survenue de certains risques liés à l'assurance tels que les fraudes, la surconsommation de soins, etc. Ils ne doivent cependant pas être trop nombreux ni trop compliqués, afin de ne pas trop retarder l'accès aux soins.

Selon que le système met en place un système de tiers payant ou un système de remboursement des adhérents après le recours aux services de santé, les supports utilisés pourront être différents (cf. tableau ci-dessous).

Fonction	Exemples de supports	
	Gestion manuelle	Gestion informatique
Cas d'un système de tiers payant		
Pour contrôler les droits avant la réalisation des soins	La lettre de garantie ou l'autorisation de prise en charge	
Pour ordonner et exécuter le paiement des prestataires	L'attestation de soins* et la facture récapitulative* du prestataire	
Cas d'un système de remboursement		
Pour ordonner et exécuter le remboursement des adhérents	Le reçu ou la facture individuelle	
Tous les cas (tiers payant, remboursement)		
Pour contrôler la nature et le coût des services les plus coûteux	La demande d'entente préalable	
Pour enregistrer les informations sur les prestations	Le registre des prestations	<ul style="list-style-type: none"> ● La table des prestations ● Le calcul automatique d'indicateurs
Pour effectuer le suivi de la consommation de services de santé	<ul style="list-style-type: none"> ● Le tableau de suivi des prestations ● Le calcul manuel d'indicateurs: coût unitaire moyen, quantité consommée, etc. 	

Pour une présentation détaillée des supports utilisés dans le cadre d'une gestion manuelle, consulter:

▶ *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, partie 3, chapitre 3, BIT/STEP, 2003.*

Le manuel de procédures

Le manuel de procédures est un document qui décrit pour chaque opération de gestion les activités à réaliser, les tâches des acteurs impliqués et les supports de gestion à utiliser.

Les procédures de gestion doivent être définies notamment pour les opérations d'adhésion, de modification de l'adhésion, de résiliation, de recouvrement des droits d'adhésion, d'émission des cotisations, de recouvrement des cotisations, d'entente préalable, de remboursement des assurés hors tiers payant, de paiement des prestataires dans le cadre d'un mécanisme de tiers payant.

A chaque opération correspondent des règles d'enregistrement des données, des contrôles à effectuer (par exemple avant le règlement des prestations il faut vérifier l'encours de droits de la personne couverte) et des règles d'émission de documents ou d'ordres de paiement.

Le manuel de procédures peut aussi décrire l'ensemble des règles à respecter pour effectuer le suivi des adhésions, des cotisations et des prestations. Il explique dans ce cas les contrôles à effectuer et les indicateurs à calculer, les mesures à prendre en cas de dérapage, les fréquences des contrôles et des calculs.

Le manuel de procédures remplit plusieurs fonctions: 1) il fournit un cadre de référence qui permet d'éviter les oublis; 2) il facilite la connaissance par tous les acteurs des tâches de chacun; 3) il constitue un document de base pour la formation des nouveaux responsables et du personnel du système de micro-assurance santé.

Le manuel de procédures, rédigé à l'issue de l'étude de faisabilité, n'est pas un document figé. Il devra évoluer notamment avec les modifications du système et son développement.

Le manuel de procédures peut comporter:

- le rappel des objectifs du système de micro-assurance santé et, si nécessaire, les principaux articles des statuts et du règlement intérieur se rapportant aux procédures de gestion;
- pour chaque opération, une description des activités, des tâches des acteurs impliqués et des supports de gestion utilisés.
- pour chaque pôle de gestion (adhésions/cotisations/prestations) les règles à suivre pour effectuer le suivi de l'activité: contrôles à effectuer, indicateurs à calculer, mesures à prendre en cas de dérapage, fréquences des contrôles et des calculs.

Pour une présentation détaillée des procédures de gestion et de suivi, consulter:

▶ *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, partie 3, chapitres 1 à 4, BIT/STEP, 2003.*

Les conventions avec les prestataires de soins

Une convention est un contrat passé entre le système de micro-assurance santé et un prestataire de soins, qui décrit les engagements réciproques des deux parties et, plus précisément, formalise les mécanismes de prise en charge (avec ou sans tiers payant), de paiement (paiement forfaitaire, à l'acte, tarifs «conventionnés»), de contrôle ainsi que les normes de qualité (protocoles thérapeutiques, objectifs de qualité à respecter).

Les contenus des conventions sont définis petit à petit au cours de la phase d'élaboration du système par le comité de pilotage en collaboration étroite avec les responsables des formations sanitaires concernées.

Remarque: Certains systèmes, qui pourtant passent des accords avec les prestataires de soins, n'élaborent pas pour autant de conventions écrites. La rédaction de conventions n'est donc pas nécessaire pour mettre en place des accords avec les prestataires. Cependant, elle présente l'avantage de préciser l'accord et de servir de référence en cas de contentieux si l'une des parties ne respecte pas ses engagements.

Selon les cas, un texte standard et commun à toutes les formations sanitaires ou plusieurs textes (un par formation sanitaire) sont préparés. Le recours à des conventions standards permet de réduire le temps de rédaction; il permet de simplifier le suivi du respect des conventions et la gestion des avenants.

La convention doit être validée par les organes de décision du système de micro-assurance santé. La validation du texte de la convention peut, du côté de l'offre de soins, impliquer les responsables des formations sanitaires, leurs comités de gestion et les organismes de tutelle des formations sanitaires. Le texte peut enfin être visé par d'autres acteurs qui peuvent cautionner ou accompagner la démarche de contractualisation: structures d'appui, unions de mutuelles, etc.

Les signataires de la convention sont généralement, du côté du système de micro-assurance santé, le président ou le directeur général et du côté de la formation sanitaire concernée, le responsable, ou – s'il n'en a pas le pouvoir – son supérieur hiérarchique (responsable de l'organisme de tutelle).

Pour un exemple de trame de convention avec un prestataire de soins et un exemple de convention rédigée se reporter à:

► **5.4 – Modèle de trame et exemple de rédaction d'une convention avec l'offre de soins**, tome 2, chapitre 5, page 184.