

Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre

Comprendre la notion de cotisation pour mieux gérer la contribution des membres

Sommaire

Editorial :	1
Expériences : Gérer le recouvrement des cotisations par la combinaison de stratégies	2
Dossier : Le calcul et la gestion des cotisations	
Calculer la cotisation	4
Gérer les cotisations	5
Contributions: Recouvrer les cotisations : comment ils le font	6
Assurer la permanence tournante	6
Impliquer la diaspora dans la collecte de la cotisation	6
Tontiniser la cotisation	7
Périodicité, proximité et visibilité	7
Une AGR pour ne pas toucher à la cotisation	8
Utiliser les administrateurs dans la collecte	8
Supplément : Forum 2004 : Évolution de mouvement mutualiste africain, un agenda pour l'action	10
Événements :	6

Un programme appuyé par WSM, ANMC, BIT/STEP, GTZ/assurance maladie, PHRplus, AIM, UNMS, RAMUS, MFP, MGEN et AWARE/RH

La Concertation,
8, Cité Pyrotechnique, Mermoz
BP 414 - Dakar / Sénégal
Tél. : (221) 860 46 28
Fax : (221) 860 11 25
Email : concemut@sentoo.sn
Http://www.concertation.org

La question de la cotisation reste encore une casse tête pour les mutuelles de santé. Déjà, dans la définition du montant de cotisation à appliquer aux adhérents, il semble que le choix est difficile. Comment combiner harmonieusement le besoin en terme de couverture avec la capacité contributive des adhérents reste la question centrale à résoudre lors de la mise en place d'une initiative mutualiste. Ce numéro du Courrier de la Concertation vous propose une méthode de calcul de la cotisation, tirée du Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique (BIT/STEP, 2003 - cf. page 12).

La gestion des cotisations est cruciale pour la mutuelle. De son

efficacité dépendra dans une grande mesure le financement des activités car les cotisations constituent la principale recette de la mutuelle. La gestion des cotisations regroupe toutes les activités liées à l'émission, au recouvrement et à l'encaissement des cotisations.

Une fois que les instances de la mutuelle sont en place et que les services démarrent, l'épineux problème du recouvrement se pose. Plusieurs modèles sont proposés et ce numéro vous offre un panorama des expériences en matière de recouvrement.

Lors du récent Forum 2004 de la Concertation (Bamako, 17-19 novembre), la question de la cotisation et de sa maîtrise a été très à l'ordre du jour entre autres préoccupations. Le Pr. Bart Criel (Institut de Médecine Tropicale, Anvers - Belgique) propose dans sa synthèse des travaux du Forum des pistes de réflexion intéressantes pour le développement du mouvement mutualiste africain. Un véritable agenda pour l'action.



Expériences

Gérer le recouvrement des cotisations par la combinaison de stratégies, l'expérience de l'AssEF au Bénin



L'Association d'Entraide des Femmes (AssEF) est une institution de Micro Finance (IMF) créée en 1999 par les femmes des quartiers déshérités de la ville et des banlieues de Cotonou, suite à la transformation institutionnelle du Projet d'Association d'Entraide des Femmes (PAssEF).

Sa mission est de contribuer à améliorer de façon durable la situation socio-économique des femmes pauvres des villes et banlieues de Cotonou et Porto-Novo, par une meilleure maîtrise du financement de leurs activités, et par le renforcement de leurs capacités à défendre leurs intérêts pratiques et stratégiques.

Mme Janine Agnikpé (photo ci-contre), Directrice exécutive de l'AssEF explique ici le système de gestion et de maîtrise des cotisations.

L'AssEF compte environ 30 000 femmes regroupées en 26 caisses d'épargne et de crédit (CEC) et 300 associations d'épargne et de crédit (AEC).

Face aux nombreuses difficultés d'accès aux soins de santé auxquelles les femmes d'AssEF et leurs familles étaient confrontées, et sur demande des femmes membres de l'Association, AssEF a initié en juillet 2002, avec l'appui du BIT/STEP un processus de mise en place d'un système de micro-assurance santé au profit de ses membres et de leurs familles. Celui-ci a abouti en juin 2003 à la création de la mutuelle de santé de l'AssEF.

La cotisation par personne et par mois est de 400F CFA avec un taux de prise en charge de 70% et un copaiement de 30%.

Les services couverts sont : consultation en médecine générale, consultation en gynécologie, hospitalisation, interventions chirurgicales, accouchements (simples et compliqués). Les examens de laboratoire, la radiologie ainsi que les médicaments vendus sous nom générique dans les formations sanitaires conventionnées sont également pris en charge.

A sa mise en place, le principal défi était l'élaboration d'un schéma organisationnel de la MAS qui permette d'une part un recouvrement efficace des cotisations et, d'autre part, la couverture de structures sanitaires situées à proximité des lieux de résidence des bénéficiaires. En effet, les femmes membres d'AssEF sont réparties dans les différents quartiers de la ville et des banlieues de Cotonou, d'où la nécessité de trouver des mécanismes et un schéma de collecte efficace des cotisations, sans coûts additionnels pour la MAS, et un accès rapide aux centres de santé en cas de maladie, quel que soit le lieu de résidence du bénéficiaire.

Après un an de fonctionnement, la mutuelle a un taux de recouvrement moyen des cotisations qui se stabilise depuis quelques mois au dessus de 90% avec des fluctuations mensuelles situées dans une fourchette de 70% à 95%. La taille de la mutuelle est aujourd'hui de 2967 adhérents soit un taux de pénétration d'environ 10%.

Schéma organisationnel et système de collecte des cotisations

La mutuelle de santé AssEF s'est dotée pour son fonctionnement des organes et textes statutaires devant lui permettre d'optimiser ses résultats. Elle bénéficie en outre des compétences techniques mises à disposition au niveau de la direction exécutive pour assurer la gestion de l'Institution notamment le Service administratif et financier.

Au niveau de la faïtière c'est la Cellule Intérêts Stratégiques des Femmes qui s'occupe de la gestion quotidienne de la mutuelle pour ce qui concerne la gestion technique (gestion des adhésions, cotisations, et prestations). Le service administratif et financier quant à lui s'occupe de la tenue de la comptabilité. En d'autres termes, la MAS délègue l'IMF sa gestion technique et comptable.

La mutuelle utilise le réseau des AEC et CEC pour diffuser l'assurance santé. Les tâches sont assurées soit par la gérante ou toute autre responsable et se résument essentiellement à l'enregistrement des adhésions, le recouvrement des cotisations. Les droits d'adhésion ainsi que les cotisations des membres collectées au niveau de la base sont reversés à la caisse centrale de la structure faïtière.

On distingue au sein de la mutuelle de santé AssEF deux types de collecte de cotisations : le système de collecte groupée et le système de versement individuel.

Le système de collecte groupée

Dans ce schéma les membres assurés versent leur cotisation mensuelle pendant les jours de réunion AEC ou CEC. La responsable de l'AEC ou CEC concernée se charge de remplir les documents de gestion et de mettre à jour le livret de l'assuré. Ces cotisations collectées au cours du mois sont reversées à la caisse centrale de l'AssEF par les responsables de la mutuelle au niveau de la base. Ces dernières sont encouragées à effectuer les opérations de versement des fonds de la mutuelle au même moment que celles de l'épargne – crédit pour amoindrir les frais liés au déplacement.

La responsable de la mutuelle de santé au niveau de la faïtière procède de son côté à la vérification des pièces comptables de versement. Il est essentiel de noter que les cotisations sont toujours perçues le mois précédent celui du bénéficiaire de la prise en charge. Ceci permet de connaître les bénéficiaires ayant droit aux prestations au cours de ce mois et de le spécifier dans le livret d'assuré. La crédibilité ainsi que la confiance des membres à la base en leur responsable est un élément déterminant pour le succès de la collecte groupée.

Le système de versement individuel

Certains membres choisissent de venir directement verser leur cotisation à la caisse centrale, il y a aussi les retardataires qui sont obligés de se rendre à la faïtière pour effectuer le paiement de leur cotisation lorsque les cotisations des autres assurés sont déjà reversées à AssEF.

D'une manière générale, la collecte groupée ou individuelle des cotisations n'entraîne pas de charges financières liées au déplacement pour les opérations de la mutuelle.

Mécanismes et dispositifs de gestion

On pourrait regrouper en trois phases essentielles, les fluctuations mensuelles du taux de recouvrement au sein de la mutuelle :

Première période Juin à Décembre 2003

A la fin du 2nd semestre 2003 le taux moyen de recouvrement des cotisations était de 82%. Pour la plupart des membres, mettre de l'argent de côté pour faire face aux dépenses de santé en cas de survenue de la maladie nécessitait un changement de mentalité dont il fallait faire l'apprentissage en vue d'adopter de nouveaux comportements favorables au développement de la mutuelle de santé (solidarité, gestion démocratique, participation...) diffusés à travers les nombreuses campagnes d'information et de sensibilisation réalisés à cet effet

Deuxième période Janvier à Avril 2004

Au premier trimestre 2004, ce taux a connu une sévère régression en passant de 82% à 72% du fait de quelques dysfonctionnements observés. En effet l'effectif des membres croissant très rapidement les responsables ont commencé par adopter des attitudes peu favorables à la mutuelle de santé. Il s'agit essentiellement du versement en retard des cotisations par les responsables à la base au niveau de la caisse centrale de l'AssEF ou parfois de détournements des cotisations collectées auprès de leurs membres. On a aussi constaté la difficulté pour certains responsables de tenir correctement les outils de gestion au

niveau de la base. Des mesures correctrices ont été prises immédiatement pour remédier à ces situations. Celles-ci se résument en une simplification des outils au niveau de la base, suppression des reçus de versements et leur remplacement par un registre des cotisations simplifié, mise à contribution des responsables AEC pour renforcer des responsables de la mutuelle à la base en vue de faciliter la collecte des cotisations sans oublier le remplacement des responsables indélécats. (cf difficultés rencontrées/solutions mises en œuvre)

Troisième période Mai à Septembre 2004

Au bout de neuf mois de fonctionnement, la mutuelle de santé d'AssEF a entrepris une évaluation interne de son fonctionnement pour apprécier l'efficacité des mécanismes et dispositifs mis en place au démarrage de la mutuelle de santé. Ce travail de diagnostic a permis de mettre en exergue les difficultés rencontrées par la mutuelle de santé. Il est apparu nécessaire d'améliorer encore les nouveaux mécanismes et outils mis en place lors de la période précédente pour donner un nouveau souffle à la mutuelle.

Les résultats enregistrés dès la fin du mois de Mai ont montré que les réaménagements effectués étaient indispensables et étaient intervenus au moment opportun. Ainsi, depuis le mois de Mai 2004 la mutuelle de santé AssEF affiche un taux moyen de recouvrement de l'ordre de 92%.

On retient en définitive que *la très forte implication des bénéficiaires dans les décisions liées à la gestion de la mutuelle, l'enregistrement rigoureux des données administratives et financières, le suivi permanent ainsi que la sensibilisation continue des bénéficiaires constituent des éléments clés pour la viabilité financière d'une mutuelle de santé.*

Suite à la page 9

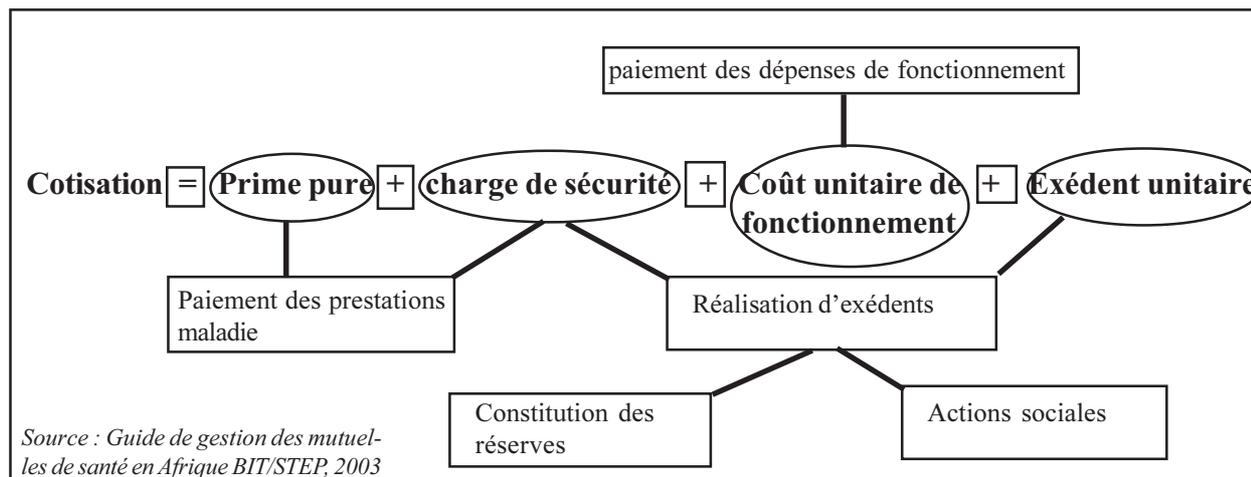


Dossier Le calcul et la gestion des cotisations

Calculer la cotisation

Les cotisations constituent la principale ressource financière de la mutuelle. La cotisation peut être décomposée en quatre éléments comme le montre le schéma suivant.

Composition de la cotisation



Prime pure

Elle correspond au montant de la garantie (montant pris en charge par l'assurance) face à un risque couvert. Cette prime est calculée en utilisant la formule suivante :

Taux d'utilisation attendu (1) x (coût moyen du service – copaiement à la charge du patient).

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

Charge de sécurité

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

- à l'incertitude concernant le taux d'utilisation et le coût moyen. Très souvent, ces paramètres sont estimés sur la base de données peu fiables (notamment les fréquences de survenue des risques). D'autre part, l'introduction de l'assurance induit le plus souvent un changement de comportement des assurés et des prestataires. Ce changement de comportement peut conduire à une augmentation du taux d'utilisation et du coût moyen.
- à la taille de la mutuelle. Le calcul de la prime pure repose sur une estimation du taux d'utilisation. L'estimation statistique de ce taux sera d'autant plus fiable que le nombre d'adhérents est important. Dans une mu-

tuelle de petite taille, il est possible que le taux réel d'utilisation des services soit supérieur à celui utilisé dans le calcul de la cotisation. Les dépenses réelles en prestations dépasseront alors les dépenses estimées.

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

Coût unitaire de fonctionnement

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

Excédent unitaire

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

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

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

1 Pour une formule d'application plus générale : prime pure (pour un acte) = probabilité de « consommer » l'acte × Quantité moyenne consommée × Coût unitaire moyen de l'acte = fréquence (ou taux) d'utilisation x coût unitaire moyen de l'acte

Gérer les cotisations

La mutuelle peut pratiquer différents types de cotisation :

- une cotisation fixe par personne ;
- une cotisation forfaitaire ;
- une cotisation fixée en pourcentage du revenu.

La périodicité de la cotisation

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

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

- la cotisation annuelle est le système le plus simple à gérer. Les adhérents paient à un moment précis de l'année la totalité de leur cotisation. Dans les systèmes à période fermée d'adhésion, ce moment correspond généralement à une période où les revenus du public cible sont importants (vente de produits agricoles, par exemple).

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

Pour l'adhérent, la cotisation annuelle présente l'inconvénient de demander le déboursement en une fois d'une somme qui peut être importante (notamment dans le cas d'une famille nombreuse). Afin de réduire cette difficulté, certaines mutuelles proposent à leurs adhérents de pré-

parer le paiement de leur cotisation en « épargnant » durant un exercice en prévision du prochain. D'autres tolèrent un certain retard dans le paiement de la cotisation (par exemple les adhérents qui paient au moins les deux tiers de leur cotisation sont couverts et disposent de trois mois pour payer le tiers restant).

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

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

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

Les documents relatifs à la gestion des cotisations sont spécifiques. Ils seront présentés dans le prochain numéro du Courrier de la Concertation.



Contributions

Recouvrer les cotisations : comment ils le font

Assurer une permanence tournante

L'Association Songui Manégré/ Aide au Développement Endogène (ASMADE) accompagne la mise en place de deux mutuelles de santé au Burkina Faso, l'une dans le département de SAABA (**laafi la bumbu**) et l'autre dans le département de KOUBRI (**laafi songr waya**) au Burkina Faso.

La cotisation pratiquée est de 200 f cfa par personne et par mois, pour une prise en charge à 100% des soins au niveau CSPS et pour les ordonnances prescrites en MEG. Le droit d'adhésion est de 1000 f cfa pour une couverture maximale de 10 bénéficiaires.

Tout bénéficiaire en règle de ses obligations bénéficie de quatre contacts maladie après une période d'observation de trois mois.

Le recouvrement des cotisations des membres se fait à la base ; chaque village couvert par la mutuelle dispose d'un bureau élu de trois membres appelé bureau local de la mutuelle. Ce bureau a pour rôle d'enregistrer les éventuels adhésions et bénéficiaires et de collecter les cotisations des membres qu'il reverse au bureau exécutif périodiquement.

Les recouvrements se font par mois, par trimestre, par semestre et par an selon les adhérents et le nombre de personnes à charges. **Une permanence tournante est assurée aux sièges des mutuelles par les membres des bureaux exécutifs pour recevoir les bureaux locaux de même que les personnes désirants s'inscrire ou payer directement leurs cotisations. Ces différentes formes de recouvrement permettent aux adhérents de payer les cotisations à tout moment selon leur bourse sans être obligés de payer une somme énorme vu le nombre souvent élevé des personnes à charge de certains d'entre eux.** De plus, le paiement à tempérament selon le nombre de personnes à charge et les bourses permet l'accessibilité de la mutuelle à toute personne. La possibilité est donnée aux bénéficiaires de payer leurs cotisations mensuellement, trimestriellement ou annuellement.

Après une année de fonctionnement les difficultés liées à la faible entrée et le bénévolat ont poussé les responsables à adopter une marge de fonctionnement de 10% sur les cotisations pour motiver les membres des bureaux locaux.

Pour permettre aux mutuelles de constituer des réserves consistantes en vue de leur autonomie le prélèvement de 10% de la cotisation destiné à motiver les bureaux locaux



sera supporté par ASMADE pendant deux années à 100% et à 50% durant les 6 premiers mois de la troisième année, au-delà de laquelle la mutuelle puisera dans les réserves constituées pour faire face à la question de motivation. La motivation des membres des Bureaux Exécutifs est prise en compte dans le financement du plan d'action par ASMADE.



Impliquer la diaspora dans la collecte de la cotisation

Abdoulaye Coleved PCA mutuelle de santé de Mokong

La mutuelle de santé de Mokong (dans la province de l'extrême Nord au Cameroun) compte aujourd'hui 376 adhérents dans une des régions les plus pauvres du Cameroun : la région des Monts Mandara dans la province de l'Extrême Nord. Récemment, un contact avec les originaires de notre village de Mokong à Doula et Yaoundé a permis d'enregistrer leur adhésion et celle de leurs familles restées au village. Ces cotisations constituent désormais près de 17% de cotisations qui nous sont pratiquement acquises d'office. Ainsi le taux de recouvrement des cotisations est passé de 63% au mois de Novembre à près de 87% depuis décembre 2004.

Les ressortissants du village qui sont dans la diasporase sont engagés à renouveler l'opération en début de chaque année et encouragent d'autres ressortissants à se joindre à nous. Une élite a même proposé de payer les cotisations pour tout le village, mais nous ne nous décidons pas encore à accepter une telle offre. Nous allons lui demander de le faire pour les indigents incapables de payer eux-mêmes les cotisations ou de les faire payer par leurs fils et filles en ville.

Tontiniser la cotisation : expérience de la mutuelle de santé de Bamougoum

Par le Bureau du Conseil d'Administration

La mutuelle de santé de Bamougoum est l'une des toutes premières mutuelles classiques du Cameroun soutenue par le SAILD. En juillet 2004, la mutuelle comptait à peine 120 adhérents (600 bénéficiaires) à jour des cotisations. La cotisation devenait un véritable casse-tête pour la mutuelle. Réuni en session mensuelle pour examiner cette situation inquiétante, le bureau du Conseil d'administration décide de tenter une nouvelle expérience : arriver à inclure la cotisation pour la mutuelle dans les cotisations normales hebdomadaires des tontines. Dans la province de l'Ouest Cameroun en effet, les tontines sont de tradition séculaire et personne ne peut rater sa cotisation hebdomadaire pour la tontine sous aucun prétexte (deuil y compris). Ce serait une véritable déchéance.

Au départ en août 2004, seules trois associations acceptent de faire le pas. La sensibilisation continue et aujourd'hui au moins onze associations ont adhéré à ce système.

Trois associations ont même introduit des innovations dans le système : L'association est divisée en groupe de 10 membres qui s'entendent pour cotiser chaque dimanche



(c'est le jour de la tontine) un montant de 200 F CFA par membre. La somme ainsi constituée de 2000 F CFA est remise à un adhérent qui l'utilise pour payer sa cotisation pour une période allant de trois à quatre mois (en fonction du nombre de bénéficiaires pour lui et ses ayants-droits).

Avec ce système le nombre de membres de la mutuelle a pu passer de 120 à 270 et le taux de recouvrement des cotisations qui atteignait à peine 40% est monté à 72%. Nous comptons poursuivre la sensibilisation de toutes les associations partenaires de notre mutuelle pour adopter ce système.



Périodicité, proximité et visibilité

Amadou Oury Bénékouré Diallo, Secrétaire administratif de la mutuelle de santé de Fatako (Guinée)

Notre mutuelle de santé a tenu son assemblée générale constitutive le 27 mars 2003. Au début nous avons été confrontés à d'énormes difficultés pour le recouvrement des cotisations. Très tôt nous avons compris que le montant de cotisation mensuelle était élevé par rapport au pouvoir d'achat des mutualistes. Ce montant était fixé à 400 GNF par bénéficiaire et il est passé à 200 GNF. Cette modification n'a pas entraîné immédiatement une forte augmentation du taux de recouvrement. Ce taux était si faible que nous avons repoussé la date du démarrage des prestations de deux mois. La situation a commencé à s'améliorer à partir de septembre 2003. En novembre 2003 le taux de recouvrement avait atteint pour la première fois 79% avec 715 bénéficiaires. Les facteurs ci-après avaient contribué à ce résultat :

- La période septembre - novembre correspond aux récoltes et à la vente des produits agricoles.

- Le démarrage de la prise en charge par la mutuelle de santé des prestations de soins offertes aux mutualistes malades.
- La forte mobilisation des membres du CA, ils ont fait le porte à porte pour récupérer les cotisations.

La première assemblée générale ordinaire a été mise à profit pour instaurer le système de paiement semestriel des cotisations, les périodes de collecte des cotisations étant : novembre et mai. Cette mesure a fortement contribué à l'amélioration du taux de recouvrement des cotisations de notre mutuelle de santé. Les prestations n'ont jamais été interrompues et de plus en plus de mutualistes paient régulièrement leurs cotisations.

Cependant nous connaissons toujours d'importantes difficultés pour le recouvrement des cotisations : plusieurs mutualistes continuent d'attendre que les responsables de la mutuelle viennent chez eux pour récupérer leurs cotisations et certains responsables n'appuient pas le recouvrement des cotisations. Aussi, les mutualistes cotisent pour beaucoup d'autres choses/événements. On note également l'absence de beaucoup de membres au moment de collecte des cotisations.



Une activité génératrice de revenus pour ne pas toucher à la cotisation

Penda Ndiaye, Vice présidente comité de gestion

Deggoo aar sunu Jaboot (nous concerter pour assurer la prévention pour nos familles) regroupe

quatorze (14) groupements de femmes qui s'adonnent au petit commerce, la teinture et la couture dans la banlieue de Dakar au Sénégal. Depuis deux ans, ce regroupement a mis en place sa mutuelle de santé. Les bénéficiaires de la mutuelle (environ 300) cotisent 100 FCFA par mois pour bénéficier de 50% de prise en charge des soins de santé primaires, consultation prénatale et accouchement simple. La cotisation appliquée est faible, les prestations aussi. Ceci est une base parce que nous espérons pouvoir améliorer la gamme de prestation tout en maintenant le niveau de cotisation. Comment cela va se passer : récemment un partenariat avec le Promusaf (Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique) nous a doté d'une unité de transformation des céréales, fruits et légumes. Les recettes liées à l'exploitation de cette unité sont partagées entre le remboursement du crédit, le fonds de roulement de l'unité et le renforcement de la caisse de la mutuelle. C'est d'ailleurs cette dernière part qui nous a permis d'intégrer la prise en charge de l'accouchement simple sans toucher au montant de la cotisation. Les recettes ne sont pas partagées entre les membres (seulement une indemnité pour les gérantes de l'unité).

Ainsi, quand le remboursement du crédit arrivera à terme, nous étudierons les modalités de l'utilisation des recettes dans le cadre de la mutuelle de santé. Les femmes le comprennent très bien. Nous avons régulièrement des séances de sensibilisation. Le 14 de chaque mois, elles sont toutes obligées de participer aux réunions. On pose unealebasse au milieu et une liste des membres de la mutuelle permet de faire l'appel et chaque membre passe déposer sa cotisation.

Nous avons des taux de recouvrement très forts. Si un membre ne vient pas le 14 du mois, elle peut envoyer un membre de sa famille. Sinon, même si elle amène sa cotisation le 15, elle et ses bénéficiaires à charge n'ont pas droit aux prestations durant tout le mois. Après ce tour de cotisation, nous engageons des discussions sur la mutuelle, l'unité de transformation, les relations avec les prestataires, un thème comme la santé de la reproduction, le SIDA, l'hygiène et la prévention, etc. Ceci nous permet de préparer certaines questions et de proposer des solutions à l'assemblée générale.



Utiliser les administrateurs pour la collecte

Mamadou NIANG, Président Section MUTAM de Kayes

La plupart des administrateurs de mutuelles se considèrent comme un « instrument à voter des décisions ». Certains, après la mise en place du CA ne participent à aucune activité de leur mutuelle. C'est pour changer cette attitude qu'à Kayes (Mali), les administrateurs se sont organisés.

Dans le cadre de la diffusion de l'assurance maladie et du développement de la mutualité à Kayes, les administrateurs des différentes mutuelles ont constitué un cadre de concertation afin de mettre en place et d'exécuter un programme commun de sensibilisation. Il s'agit pour eux de s'impliquer davantage dans la vie active de leur organisation. C'est ainsi que des groupes ont été constitués pour mener une campagne de sensibilisation en faisant du porte à porte. Ils servent également de relais dans la collecte des cotisations et appuient l'équipe de l'UTM dans la diffusion des garanties santé. Lors d'une réunion de Conseil

d'Administration, il a été demandé à chaque administrateur de s'occuper de la collecte des cotisations dans son secteur. Cette information est donnée au préalable aux cotisants lors des sensibilisations et des assemblées. Un reçu provisoire est donné par l'administrateur relais à l'adhérent et la régularisation est faite en fin de semaine par le gestionnaire des garanties de l'UTM. Le reçu définitif est alors remis au relais pour le cotisant.

En plus de cela, le gestionnaire fait du porte à porte pour récupérer certaines cotisations. Il s'agit principalement de celles des mutualistes qui ont un nombre de bénéficiaires élevé et pour qui le retard de cotisations pourrait amener un blocage dans le paiement dans la mesure où le montant cumulé sera difficilement supportable par le mutualiste.

Les administrateurs interviennent également dans la résolution des problèmes entre les adhérents et les prestataires de soins.

Suite de la page 3

Difficultés dans la mise en oeuvre

Dans le cas du versement des cotisations de groupe, la responsable à la base attend les derniers moments pour effectuer les versements au niveau de la caisse centrale. Cette situation pénalise les adhérents dont les cotisations sont payées à bonne date. Toute cotisation versée après la date limite est enregistrée mais ne donne pas droit à la prise en charge.

Certaines responsables détournent les cotisations de leurs membres à d'autres fins. Ces responsables peu scrupuleux mettent volontairement leurs membres dans des situations de retard qui leur font subir les mêmes sanctions que dans le cas précédent.

Difficultés liées à la mensualisation des cotisations

La mensualisation de la cotisation entraîne deux types de difficultés :

- Au niveau de l'adhérent, certaines femmes oublient tout simplement la date limite du paiement de la cotisation mensuelle et se retrouvent en situation irrégulière vis-à-vis de la mutuelle de santé.
- Au niveau de la responsable à la base, le remplissage chaque mois des documents de gestion de la mutuelle entraîne une importante charge de travail.

Du fait de la remontée des informations, la même charge de travail se répercute au niveau de la faïtière.

Le faible niveau d'instruction de certaines responsables entraîne des erreurs d'enregistrement dans les documents de gestion. Ceux-ci sont systématiquement repris au niveau de la faïtière.

Difficultés liées à l'adhésion de toute la famille. Plusieurs membres adhérents sont chefs de famille, par conséquent il leur est difficile d'inscrire plusieurs enfants à la fois. Le constat général est que déjà à partir de deux enfants inscrits le versement des cotisations devient difficile surtout pour les adhérents à faible revenu.

Difficultés liées au faible niveau d'instruction des responsables. Dans leur grande majorité, les femmes membres de l'AssEF ont un niveau d'instruction ne dépassant guère celui du cours élémentaire. De ce fait la tenue d'outils de gestion connaît quelques difficultés surtout lorsque le remplissage est un peu compliqué, c'était le cas des reçus de versement à délivrer à l'assuré. De nombreuses erreurs d'enregistrement sont constatées ce qui nécessite une reprise du remplissage des documents au niveau de la faïtière

Le scepticisme des adhérents n'ayant jamais bénéficié de soins. Les adhérents qui n'ont pas encore été malade donc n'ont bénéficié d'aucun soins depuis qu'ils cotisent ont tendance à montrer une sorte de lassitude et donc à manquer de discipline dans le paiement de leur cotisation. C'est généralement au bout d'une année que ces signes d'essoufflement commencent par être perceptibles.

Solutions apportées

Le recouvrement anticipé des cotisations

Pour réduire le retard de cotisation concernant les collectes de groupes, il a été retenu ensemble avec la participation des assurés de libérer les cotisations soit à l'avance, soit sur une période relativement longue. Le recouvrement anticipé peut se faire soit par versement de l'assuré, soit par prélèvement direct sur son épargne avec son consentement. Le montant versé ou prélevé doit couvrir au moins trois mois de cotisation surtout pour les membres n'ayant pas obtenu de crédit. Pour ceux qui souhaitent bénéficier d'un crédit, la cotisation est versée en une seule fois et tient compte de la durée du crédit qui peut varier de 4 à 12 mois.

Ce type de recouvrement a l'avantage d'éviter les oublis de date limite de versement, le détournement des fonds d'assurance, la surcharge de travail à la base et à la faïtière.

En ce qui concerne les versements individuels, il est désormais possible aux membres d'une AEC ou CEC de se rendre au siège de l'AssEF pour payer leur cotisation de préférence sur plusieurs mois et d'assurer la mise à jour de leur livret. Cette disposition permet d'éviter les retards de cotisations imputables aux responsables à la base.

La sensibilisation

Deux types de sensibilisation sont réalisés :

- La sensibilisation à l'endroit des conjoints : elle consiste en un plaidoyer vis à vis de ces derniers en vue de les conscientiser sur l'importance de l'adhésion de toute la famille à la mutuelle de santé AssEF. Au cours de ces séances : - la mise en scène de sketches qui retracent la démarche à suivre pour adhérer et bénéficier des prestations de la mutuelle, - les témoignages des adhérents ou leur conjoint ayant bénéficié effectivement des soins (cas de césarienne ou autre intervention chirurgicale). Pour susciter le changement de comportement chez certains conjoints, des lettres d'information leur sont adressées pour les informer de l'existence de la mutuelle de santé au profit des membres de la famille et les exhorter à contribuer aux cotés de leur femme au paiement des cotisations.
- La sensibilisation à l'endroit des adhérents porte essentiellement sur l'importance de continuer ses cotisations, même s'ils n'ont pas encore bénéficié de soins.

Perspectives

Elles sont de trois ordres : (i) maintenir le taux de recouvrement à son niveau le plus élevé (au-dessus de 90%). Pour ce faire, la mutuelle de santé devra encourager ses membres à libérer des cotisations annuelles. (ii) Accorder des facilités aux adhérents à familles nombreuses (surtout aux femmes chefs de ménage) pour encourager leur adhésion, en réduisant le montant des cotisations à partir de trois personnes à charge. (iii) Accorder des motivations financières aux responsables de la mutuelle, qui tiennent compte des performances atteintes par la mutuelle de santé au niveau de leur AEC ou CEC.

Évolution de mouvement mutualiste africain : un agenda pour l'action

Bart Criel, Département de Santé Publique Institut de Médecine Tropicale, Anvers

Intervention lors du Forum 2004 de la Concertation



C'est un plaisir pour moi de partager avec vous quelques réflexions à la fin du Forum 2004 de « La Concertation » qui s'est tenu au Palais des Congrès à Bamako du 17 au 19 novembre 2004. Je souhaite procéder en deux points. Dans un premier temps, je vous présenterai une série de constats et de réflexions qui me sont venues à l'es-

prit à l'écoute des présentations et débats de ce Forum. Dans un second temps, j'aborderai les thèmes de recherche prioritaires que j'identifie à partir de ces observations.

Je voudrais commencer par inventorier quelques tendances par rapport aux deux Forums qui se sont tenus à Dakar il y a deux et quatre ans. La participation au Forum a augmenté de manière exponentielle. C'est une indication de l'intérêt croissant pour les mutuelles de santé dans la sous région. En 2000, il y avait 80 participants, 150 en 2000, et ici à Bamako, plus de 350!

Les questions et problèmes posés ont évolué au cours de ces Forums. Initialement, il s'agissait de discuter de « comment faire pour monter une mutuelle ». Cette question a évolué vers « quels sont les outils de gestion dont nous avons besoin pour un fonctionnement efficace ». Aujourd'hui, le défi des mutualistes et promoteurs de mutuelles de santé porterait plutôt sur la structuration des relations entre mutuelles de santé et les autres acteurs du système. Comment organiser ces interactions? Comment faire pour que les mutuelles puissent survivre ?

Cette évolution dans le questionnement me semble être l'expression non seulement d'une vision plus systémique – indispensable - mais aussi un indicateur d'une maturation certaine du mouvement mutualiste, devenu moins auto-centré qu'il y a quelques années. Les mutualistes et les promoteurs ont acquis une capacité organisationnelle impressionnante. Il faut maintenant la consolider et l'intégrer dans les nouveaux plans d'actions à développer.

Il y a un consensus aujourd'hui sur l'importance des relations entre mutuelles de santé et prestataires de soins, et sur le rôle essentiel des agents de santé. Néanmoins, un malaise persiste quant à la nature exacte des relations à développer avec l'Etat. A ce point de vue, les positions sont très diverses : pour certains, l'Etat doit jouer un rôle proactif dans la promotion des mutuelles de santé, pour d'autres il doit rester dans un rôle d'observateur bienveillant.

Le Forum 2004 nous a offert un outil important avec l'inventaire des systèmes mutualistes, réalisé en 2003 sur 11 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique Centrale. Il nous donne une image chiffrée de ce qui se passe en termes de mutuelles de santé dans une grande partie du continent. Un tel aperçu est un instrument capital – voire indispensable – dans toute analyse sérieuse du mouvement mutualiste. Je tiens à remercier la Concertation pour avoir commandité cet inventaire et à féliciter les institutions et les personnes qui l'ont exécuté sur le terrain.

L'inventaire nous apprend que le mouvement est en croissance : en 2003, plus de 600 initiatives ont été répertoriées, dont la grande majorité sont aujourd'hui fonctionnelles. Ensuite, l'inventaire semble révéler une moins grande uniformité dans la nature des systèmes mis en place (par exemple, de plus en plus de systèmes sont créés à l'initiative des prestataires). On peut l'interpréter comme une meilleure adaptation du modèle mutualiste classique à des contextes et des réalités spécifiques. C'est une bonne chose. En effet, les montages doivent tenir compte des spécificités locales et éviter une démarche de « copier-coller » trop dogmatique. Faire sur mesure, chaque fois que cela est utile, est une attitude positive qu'il convient d'encourager.

Mais à côté de ces évolutions positives reste le fait que la taille des mutuelles reste modeste, trop modeste. La grande majorité d'entre elles ne compte pas plus de quelques centaines de bénéficiaires, et 95% moins de 1000 membres. Il est donc difficile de couvrir de façon efficace et durable des risques coûteux, comme les hospitalisations dans des structures de deuxième ligne équipées d'un plateau technique adéquat. De plus, cela implique des coûts administratifs élevés: il faut à chaque fois mettre en place des structures et des outils gestionnaires spécifiques qui consomment des ressources et du temps.

Une série de thématiques a fait progressivement surface dans le débat sur les systèmes mutualistes. Il y a consensus sur certains sujets. D'autres par contre sont encore en pleine discussion. Je détaille ici quatre problématiques abordées dans les travaux et qui me semblent significatives.

D'abord, il y a le concept de la fédération de MS. Quelques expériences ont été présentées. Il apparaît de plus en plus évident que la prise en charge de soins coûteux suppose un passage à échelle des systèmes de mutualisation du risque maladie. La fédération ou la mise en réseau de mutuelles de santé permettrait également d'augmenter le pouvoir de négociation avec les prestataires de soins.

Le principe du bénévolat pose un second problème. L'implication de volontaires dans la mise en place et la gestion représente un atout en terme de capital social. Cependant les

promoteurs reconnaissent aujourd'hui que certaines fonctions de gestion doivent plutôt être exécutées par des professionnels. D'où la question du financement de ces professionnels. La fédération peut apporter une solution, via la mise en commun des ressources de différentes petites mutuelles.

Le troisième point est l'évolution de la participation communautaire (ou sociale) dans la vie d'une mutuelle de santé. Ceci mériterait davantage de débat et de maturation. Nous sommes tous d'accord que la participation sociale n'est pas quelque chose d'homogène et d'uniforme. Elle prendra une place importante dans les phases de création et de mise en place d'une mutuelle de santé. Par contre, sa visibilité diminuera dans les phases de consolidation d'une mutuelle déjà fonctionnelle. Ceci n'est pas nécessairement l'expression d'un problème. Il faut distinguer les concepts de participation et d'autogestion: la participation répond à une demande, l'autogestion, pas forcément.

Une quatrième problématique que je tiens à souligner est celle de la confiance. L'importance de la confiance dans le succès des mutuelles de santé n'est pas un sujet neuf. Cependant, il n'a pas encore été suffisamment exploré. La confiance en quoi et en qui exactement? Dans la gestion du système? S'agit-il de confiance dans les structures ou les personnes?

La prise en charge des indigents est la dernière problématique que j'aborderai. L'incapacité des mutuelles de santé à couvrir le coût des soins de santé pour les indigents dans les communautés locales fait l'objet d'un consensus croissant. A court et à moyen terme, la possibilité de financer les soins des indigents sur base des cotisations des adhérents est marginale. Leur pouvoir d'achat est souvent trop faible et la proportion d'indigents trop élevée. De plus, il faut du temps pour que de telles solidarités se développent entre plus « nantis » et indigents. Ceci implique le besoin de financements spécifiques de l'Etat et/ou de bailleurs de fonds pour payer les soins de santé des plus pauvres dans la société.

En ligne avec plusieurs des problématiques que je viens de soulever, je vois cinq priorités de recherche pour les temps à venir.

Il y a d'abord la piste de la fédération des mutuelles de santé: comment s'y prendre pour gérer ce processus complexe? Quel contenu lui donner? A quel moment de la vie d'une mutuelle de santé faut-il l'envisager? Dès le départ ou seulement une fois qu'une vitesse de croisière est atteinte?

Une deuxième priorité est celle de l'optimum à trouver entre la gestion professionnelle et la gestion par des bénévoles. Et comment faut-il financer l'implication de professionnels? Est-ce que les économies d'échelle éventuelles d'une mise en réseau suffiront? Ou faut-il à côté de cela des financements externes? Ceci pose automatiquement la question délicate des subsides: comment subsidier de façon intelligente des mutuelles de santé? Comment faire pour ne pas casser les dynamiques locales et pour ne pas entériner des montages irrationnels?

Une troisième priorité concerne la relation entre la demande

et l'offre de soins: comment faire pour arriver à des arrangements qui soient à la fois avantageux pour les patients et agents de santé, et compatibles avec l'intérêt public? Au-delà de la seule motivation financière, quel(s) intérêt(s) pour les prestataires de santé à s'engager dans un système de micro-assurance? Sous quelles conditions est-ce qu'une mutuelle de santé peut aboutir à des situations *win-win*? Est-ce que la mutuelle de santé pourrait être/devenir un instrument pour aider les prestataires à mieux faire leur travail? Est-ce que la mutuelle de santé pourrait devenir un facteur dans une politique de promotion des ressources humaines dans le secteur de la santé?

Une quatrième priorité est celle de l'étude des stratégies pour la prise en charge des soins de santé des indigents. Quel pourrait être le rôle des mutuelles de santé dans cette problématique? S'il y a aujourd'hui un consensus grandissant sur le fait qu'il faut des financements externes, la question de leur gestion demeure: par quelles organisations et institutions passer pour canaliser ces fonds afin qu'ils profitent à ceux qui en ont réellement besoin? Et quel rôle pour les mutuelles de santé? Constituent-elles un canal institutionnel fiable? Ce rôle est-il compatible avec la fonction assurantielle envers une autre partie de la même population? Cela ne risque-t-il pas d'être source de tension?

Une dernière priorité de recherche que je souhaite présenter, et pas la moindre, est celle de l'impact des systèmes de micro-assurance. Que savons-nous à ce sujet? Et est-ce que nous disposons aujourd'hui d'un cadre d'évaluation cohérent qui va au-delà du suivi gestionnaire et de la mesure des taux de pénétration? Ne faut-il pas d'urgence développer un cadre d'analyse et un instrumentaire méthodologique approprié pour évaluer l'impact des mutuelles de santé de façon moins sélective et réductrice?

Je voudrais conclure par la proposition d'un cadre d'évaluation à cinq dimensions, qui pourraient être testé sur le terrain afin de le valider et de l'affiner. Une première dimension est une dimension **santé**. L'impact de la micro-assurance serait démontré via un accès plus facile à des soins utiles, des taux d'utilisation plus élevés, des délais plus brefs avant la consultation et une plus grande régularité au traitement. La **protection sociale** représente une deuxième dimension, à travers une protection des revenus et des biens de l'utilisateur et la prévention d'une pauvreté à caractère *iatrogène*. La troisième dimension concerne le **financement des soins**. Une micro-assurance santé peut en effet contribuer à des revenus plus stables pour les prestataires avec, en conséquence, moins de factures impayées. La quatrième dimension, d'ordre **socio-politique**, analyse la capacité de la mutuelle de santé à constituer un contre-pouvoir organisé aux professionnels de santé avec en conséquence, du moins en théorie, des services de santé plus réactifs à la demande, voire même un impact positif sur la qualité de l'offre. La cinquième dimension enfin porte sur le **système de santé local**. Les systèmes de micro-assurance santé peuvent effectivement, lorsque le montage est judicieux, constituer un levier pour rationaliser l'offre de soins et pour promouvoir un fonctionnement intégré du système de santé local.

Evénements

Atelier de formation à la contractualisation

(Ouidah, BENIN 25 au 29 avril 2005)

« Des Politiques contractuelles dans le secteur de la Santé : Pourquoi et Comment ? »

L'IRSP/Ouidah au Bénin organise un Atelier de Formation à la Contractualisation à l'attention des Décideurs Nationaux des Pays francophones et lusophones de la Région Afrique de l'OMS.

Trois institutions combinent leurs efforts pour la mise en place effective de cet atelier : l'Institut Régional de Santé Publique - IRSP - de Ouidah au Bénin, l'OMS qui assurera la responsabilité scientifique et technique de l'atelier l'Institut de la Banque Mondiale - WBI - qui apportera son appui. Pour tout renseignement, contacter :

IRSP Ouidah BP 918 Cotonou / Bénin
Tél. : +229- 34 16 74 / 75 Fax : +229- 34 16 72
Email : irspadm@intnet.bj

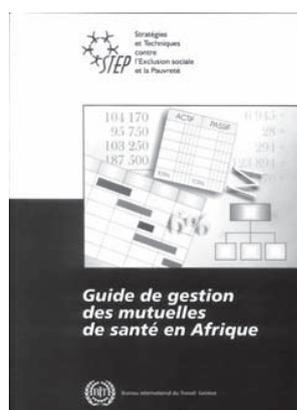
14ème Cours International de Formation en recherche action

1er au 29 juillet 2005 - Recherche sur le terrain : à partir d'août 2005 - Atelier international de dissémination des résultats : juin 2006

<http://www.cifra-bf.org>

Le Centre International de Formation en Recherche-Action (CIFRA), en collaboration avec le Ministère de la Santé et ses principaux partenaires développe depuis 1991 ce programme de formation centrée sur l'approche Recherche-Action.

Le but de cette formation est de mettre les participants en mesure d'analyser les problèmes rencontrés dans leur milieu de travail immédiat et de trouver eux-mêmes des approches de solution grâce à la méthodologie proposée.



Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique

Le document est disponible dans les bureaux de zone du BIT ou sur demande à step@ilo.org

ISBN : 92-2-213872-4, Prix : 9000 FCFA, xii + 278 pages, date de publication : octobre 2003

La Concertation recrute un chargé de missions en plaidoyer

Poste en conditions locales (Dakar - Sénégal)

Le Chargé de missions travaille au sein de la cellule « concertation ». Il est chargé de développer et de mettre en œuvre une stratégie d'appui à la structuration du mouvement mutualiste et de renforcer le réseau de la concertation dans les différents pays. Il est également chargé de développer et mettre en œuvre une stratégie de communication et de plaidoyer envers les autorités nationales et les organisations internationales pour une prise en compte des mutuelles de santé dans la politique de santé et d'extension de la protection sociale.

Mission et Fonctions

- Met en place et/ou dynamise la concertation entre mutuelles dans les différents pays;
- Organise et renforce la communication entre les pays de la concertation ;
- Organise la promotion et le suivi des Cadres nationaux de concertation (CNC) dans leurs différentes activités ;
- Etudie, propose, met en œuvre une stratégie d'appui à la structuration du mouvement mutualiste dans les différents pays et au niveau sous-régional, en tenant compte des spécificités locales;
- Recherche des informations et publications et propose des « positions » sur les thèmes correspondant aux objectifs stratégiques de la concertation.
- Organise des campagnes de communication et de plaidoyer auprès des décideurs nationaux et internationaux;

Profil

- Disposer d'une formation universitaire ou équivalente par l'expérience ;
- Manifester un grand intérêt pour les relations internationales et avoir une affinité pour les matières politiques liées à l'accès à la santé et la protection sociale ;
- Disposer d'une expérience de 5 ans minimum dans des programmes de structuration de réseaux de la société civile et/ou dans l'organisation de campagnes de plaidoyer au niveau international (ou national) ;
- Disposer d'une bonne connaissance des systèmes de santé, du financement de la santé, de l'assurance maladie et des mutuelles de santé;
- Avoir une expérience du travail en réseau et en coordination avec les membres ;
- Etre capable de traduire des objectifs en plans d'action concrets, de les mettre en œuvre, de les suivre et les évaluer périodiquement ;

Langue de travail : Français. La connaissance de l'anglais est nécessaire.

Lieu d'affectation : Dakar, Sénégal

Envoyer CV et lettre de motivation avant le 15 avril 2005 à recrut_cmsa@yahoo.fr, cmsa_afrique@yahoo.fr