

PN-ACS-219
105613

**LA MICR-FINANCE COMME INSTRUMENT
DE PROTECTION SOCIALE**

**PAR: OLIVIER LOUIS DIT GUERIN ET MARC
SOQUET, ILO/STEP
JANUARY 2000**

Development Alternatives, Inc.

USAID/Haiti Contract 521-0256-C-00-5059-00/521-C-00-95-
00059-00

Office of Economic Growth

**Program for the Recovery of the Economy in
Transition (PRET)**

Project Number 5124

Lauren Mitten
PRET Project Administrator
Development Alternatives, Inc.
7250 Woodmont Avenue, Suite 200
Bethesda, MD 20814
T: (301) 215-6651
F: (301) 718-7968

ATELIER DE PORT-AU-PRINCE
19 - 21 Janvier 2000

**"LA MICRO-FINANCE COMME INSTRUMENT
DE PROTECTION SOCIALE"**

PROGRAMME INDICATIF

Mercredi 19 Janvier

"Micro-finance et micro-assurance"

- 08.30 Enregistrement des participants
09.00 Discours d'ouverture : PNUD - USAID - BIT/STEP
Introduction des concepts : Exclusion sociale, protection sociale, micro-assurance...
Présentation des objectifs de l'atelier
Présentation et validation du programme de l'atelier
- 10.00 Pause-café
10.15 **"Micro-finance : situation, évolution et défis"**
"Place des institutions de micro-finance dans le paysage financier"
"Situation et évolution du secteur de la micro-finance en Haïti"
"Expériences d'intervention des participants"
"Le relèvement des nouveaux défis"
Discussions ouvertes
- 12.00 Pause-repas
- 13.30 **"Une stratégie de réponse adaptée : la micro-assurance"**
"Les stratégies de sécurisation des risques"
"Les liens entre la micro-finance et la micro-assurance"
Questions et réponses
- 15.00 Pause-café
15.15 **"La micro-assurance comme instrument de protection sociale"**
"Etudes de cas : systèmes de micro-assurance"
"Grille de repérage des institutions de micro-finance"
Questions et réponses
- 17.00 Fin des travaux

Jeudi 20 Janvier

"La micro-assurance santé"

- 09.00 **"Principes et caractéristiques des systèmes de micro-assurance santé"**
"Origine et fondements des systèmes"
"Principales caractéristiques des systèmes"
"Les conditions d'adhésion aux systèmes"
Questions et réponses
- 10.15 Pause-café

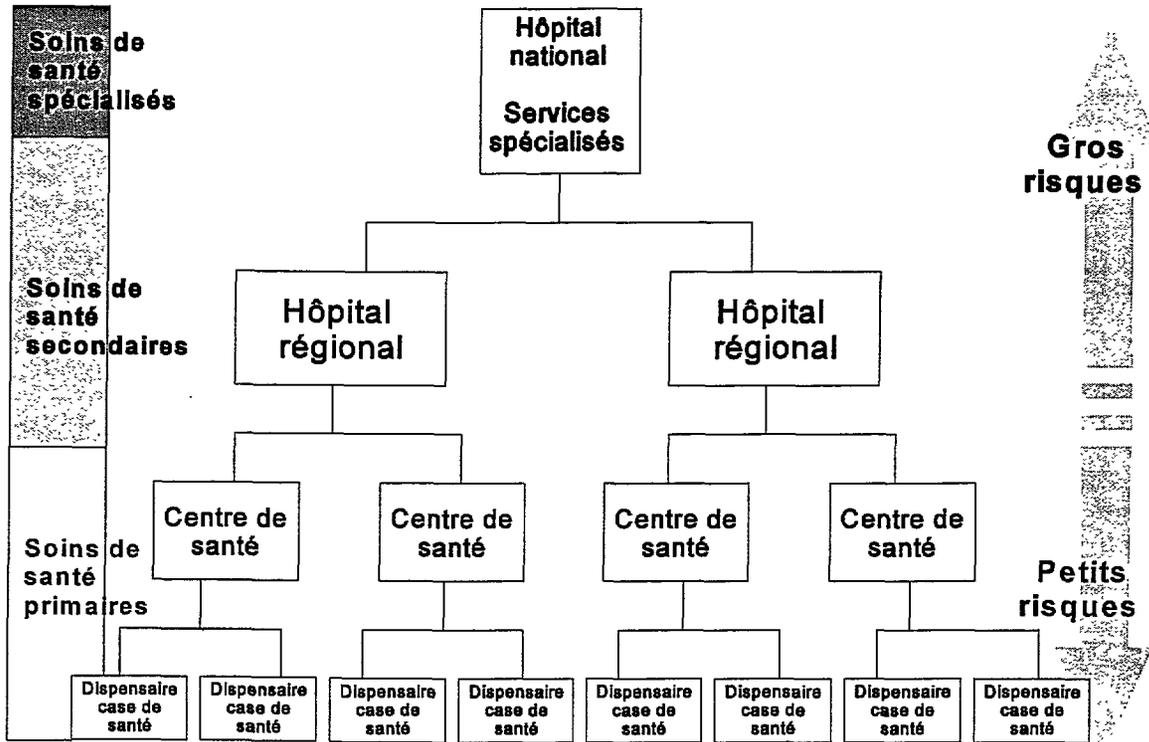
- 10.30 **“Les différents services procurés par les systèmes de micro-assurance santé”**
 “Le choix des services”
 “Les conventions avec les structures d’offre de soins”
 “Etudes de cas : systèmes de micro-assurance santé”
 Questions et réponses
- 12.00 Pause-repas
- 13.30 **“Organisation et fonctionnement des systèmes de micro-assurance santé”**
 “Les responsabilités des différents acteurs”
 “Les mécanismes de paiement”
 “Les risques pesant sur les systèmes”
 Questions et réponses
- 15.00 Pause-café
- 15.15 **“Processus de mise en place des systèmes de micro-assurance santé”**
 “L’étude de faisabilité”
 “Les programmes de sensibilisation et d’information”
 “Introduction aux instruments de suivi et de contrôle”
 Questions et réponses
- 17.00 Fin des travaux

Vendredi 21 Janvier

**“Conditions et procédures de mise en oeuvre
des nouveaux produits de micro-assurance”**

- 09.00 **“Situation du secteur de la santé en Haiti”**
 “Situation et évolution du secteur”
 “Expériences d’intervention des participants”
 Questions et réponses
- 10.15 Pause-café
- 10.30 **“Les programme d’appui et d’accompagnement”**
 “Le programme BIT/STEP”
 “Le programme de lutte contre l’exclusion sociale du PNUD”
 “Le projet de micro-finance de l’USAID”
 Questions et réponses
- 12.00 Pause-repas
- 13.30 **“La procédure de mise en oeuvre de nouveaux produits financiers”**
 Questions et réponses
- 14.15 Pause-café
- 14.30 **Travaux de groupe : “Définition des priorités d’actions en matière de mise
en oeuvre de nouveaux produits de micro-assurance”**
 Présentation des rapports des groupes
 Discussion libre
- 16.00 Evaluation des travaux de l’atelier
 Discours de clôture
- 16.30 Cocktail

La pyramide de la santé



Les réponses au risque maladie

On peut tenter de classer ces réponses en trois grandes catégories :

- Les réponses usuelles et traditionnelles
- Les assurances et les prépaiements
- Les autres réponses.

Les réponses usuelles et traditionnelles

Cette première catégorie regroupe des réponses développées par des individus ou des familles et qui sont souvent très liées au contexte social et culturel.

Des réponses individuelles :

Une famille confrontée à un cas de maladie et qui ne dispose pas de l'argent nécessaire pour payer des soins peut tenter différents recours :

- Emprunter de l'argent auprès de la famille élargie, d'amis ou voisin, d'une institution financière ou encore d'usuriers ;
- Vente d'un bien (mobilier, bijoux, bétail, outil de travail, stock de nourriture, etc.) ;
- Utilisation des fonds de la boutique ou de l'atelier ;
- Détournement de l'objet d'un crédit ;

Ces solutions permettent certes à une famille de faire face à un besoin d'argent immédiat, quoique le délai nécessaire pour trouver par exemple un ou plusieurs prêteurs peut être long, mais peuvent aggraver à terme sa pauvreté (endettement très lourd, perte d'un outil de production, etc.)

Des réponses collectives :

Elles reposent sur un recours à l'entraide et la solidarité entre amis / voisin, au sein de la famille élargie ou d'une association et autres formes de groupement.

Les mouvements d'entraide en Afrique et autres pays en développement sont très largement répandus, sous des formes traditionnelles très vivantes.

Quelle que soit sa nature (informelle ou organisée), l'entraide en cas de maladie se réalise généralement sous deux formes :

- En nature : Transport des malades, entretien des champs d'un agriculteur hospitalisé, garde des enfants, etc.
- Monétaire : Octroi de prêts ou dons d'argent pour aider au paiement des dépenses de soins de santé.

L'entraide informelle et ponctuelle

Elle s'exerce au coup par coup, sans donner lieu à une organisation sociale permanente. L'entraide est ponctuelle et spontanée en fonction des besoins et des événements. Elle se réalise au sein de la famille élargie, de réseaux d'amis, de voisins, etc.

Elle est régie par le principe du " tout bien fait est réciprocity " et l'on y participe en vue d'être secouru à son tour lorsqu'on sera dans le besoin.

L'entraide s'exerce en nature (travaux dans les champs, construction et entretien des maisons, etc.) ou en argent (cotisations ponctuelles et spontanées pour faire face à un besoin immédiat (décès, maladie, etc.).

La sécurité apportée reste aléatoire car il se peut que tous les individus soient dans le besoin au même moment ou dans l'impossibilité d'apporter une aide financière suffisante (période de soudure monétaire en milieu rural).

Les groupements d'entraide et de prévoyance

Le groupement d'entraide est une première réponse aux limites de l'entraide informelle dont il reprend les principes en les organisant autour de critères de cooptation précis (avoir le même métier, habiter le même quartier, etc.) et de règles définies à l'avance, écrites ou orales.

La tontine représente la forme la plus connue et documentée en Afrique. Elle constitue une entraide financière organisée par des petits groupes de personnes qui forment une union d'épargne et de crédit. Son mode de fonctionnement est défini selon le niveau de revenus des participants, de leurs besoins prioritaires et du contexte dans lequel elles évoluent.

D'autres groupements, également très répandus, exercent des activités autour d'un objectif d'entraide face aux risques sociaux et aux événements malheureux (décès, maladie, etc.) et heureux (naissance, mariage, etc.) de la vie.

L'entraide peut être en nature, mais est plus souvent financière. Celle-ci s'organise autour d'un fonds commun, constitué par des cotisations régulières et redistribué en fonction des besoins ponctuels de chaque membre.

Ces groupements nécessitent de leurs membres une volonté d'entraide importante et une confiance mutuelle.

Ils sont cependant confrontés à une évolution de leur environnement et rencontrent un certain nombre de limites :

- Ces organisations gèrent de façon empirique des ressources financières rares, avec tous les risques de découragement que cela comporte suites aux erreurs et aux échecs
- Elles n'ont pas d'existence juridique.
- Enfin, beaucoup de groupements reposent sur le charisme de leurs leaders et se désagrègent quand ceux-ci disparaissent, faute de remplaçant.

La sécurité apportée reste fragile face aux grosses difficultés et aux imprévus qui risquent de faire basculer la famille dans la précarité ou l'endettement.

Les systèmes de prépaiement et d'assurance

Ces systèmes consistent globalement à payer les frais médicaux à l'avance, à une période favorable, et non plus au moment de la survenue de la maladie.

Ils restent marginaux en Afrique, mais de plus en plus de gouvernements et d'acteurs de la santé incluent leur promotion au sein de leur politiques sanitaires.

Le prépaiement

Le prépaiement regroupe un ensemble de mécanismes simples qui permettent à une famille de payer des soins futurs à un moment où elle dispose de revenus importants et en prévision de périodes où ses ressources seront moindres. Elle ne pourra cependant consommer les soins qu'à concurrence de ce qu'elle a acheté.

Les systèmes de prépaiement les plus courants sont :

- La carte d'abonnement
- Le paiement anticipé forfaitaire de certaines prestations, notamment des soins maternels et infantiles.

Le prépaiement est une réponse individuelle au risque maladie. Il n'agit que sur la périodicité des revenus : en achetant à l'avance un nombre déterminé de prestations, on est sûr de pouvoir recourir aux soins à tout moment.

Il est le plus souvent proposé par les formations sanitaires pour lesquelles il est relativement simple à mettre en place.

Le prépaiement présente certains inconvénients pour les utilisateurs :

- les sommes à payer (achat de la carte d'abonnement) sont importantes et représentent exactement le montant de la quantité de soins achetée.
- Il nécessite un niveau de conscientisation important : les utilisateurs doivent accepter d'acheter à l'avance des soins et donc de prévoir la survenue d'événements malheureux.

De ce fait, le prépaiement est un système de protection adapté aux dépenses de santé considérées comme certaines, c'est à dire par exemple pour les consultations dont la fréquence est importante (chaque individu aura recours au moins une fois à une consultation dans l'année).

L'assurance

Contrairement au prépaiement, l'assurance maladie se définit comme le moyen par lequel des risques ou des événements incertains sont partagés par un nombre important de personnes. Celles-ci versent un montant fixé, la prime ou cotisation, qui leur donne droit de consommer des services futurs et seulement en cas de besoin.

En d'autres termes, l'assurance débouche sur une situation où ceux qui ne tombent pas malades payent pour ceux qui ont moins de chance. Ils acceptent de le faire parce qu'ils sont conscients de ne pas être à l'abri des risques couverts par l'assurance, que leur aversion pour ces risques est forte et qu'ils ne sont pas en mesure d'y faire face individuellement.

L'assurance est particulièrement adaptée aux soins de santé secondaires et spécialisés. Ce sont des événements imprévisibles dont la probabilité de survenue est faible mais le coût des traitements est élevé. Il s'agit donc bien d'un risque qui peut être réparti, dilué, sur une masse importante d'individus. La cotisation ou prime d'assurance sera ainsi faible.

L'assurance couvre des risques précis. En contrepartie de la cotisation, elle garantit la prise en charge des dépenses de soins et des prestations bien définies lors de la survenue du risque assuré.

Elle se distingue ainsi des formes d'entraide traditionnelles qui sont alimentées par des cotisations modestes et dont le montant est fixé de façon aléatoire, sans rapport avec les conséquences financières des risques couverts.

Les systèmes d'assurance se présentent sous différentes formes :

- L'assurance maladie obligatoire : Organisée par l'Etat dans le cadre d'un régime de sécurité sociale généralisée, l'assurance maladie obligatoire est un système de prise en charge, par la collectivité, des dépenses de santé d'un individu. Elle ne s'adresse qu'aux individus salariés du secteur public et privé dont les cotisations sont prélevées sur les revenus.

- Les assurances commerciales et à but lucratif : Elles sont exclusivement axées sur des objectifs de rentabilité. De fait, elles tendent à instaurer des conditions restrictives d'adhésion afin d'éviter les personnes qui présentent un fort risque de maladie. La gestion et les décisions sont centralisées par les propriétaires de l'assurance, les adhérents sont passifs et se positionnent en ayant droit.

- Les microassurances santé : Ce terme regroupe une assez grande diversité de systèmes possibles qui ont cependant tous en commun d'organiser une assurance santé sans but lucratif, autogérée par ses membres.

Elles poursuivent des objectifs de promotion humaine et sociaux et reposent sur la diversité et la vivacité des formes d'entraide traditionnelles. Leur développement s'appuie sur l'expérience des organisations traditionnelles qui véhiculent les valeurs d'entraide et de solidarité et proposent des modes d'organisation et de fonctionnement adaptés aux différents contextes socio-économiques.

Font notamment partie de cette catégorie :

- Les assurances proposées par des prestataires de soins : Un centre de santé ou un hôpital peut proposer à ses utilisateurs potentiels de payer une cotisation qui leur donne droit soit à la gratuité soit à une réduction

du coût des soins. Là aussi, l'adhérent est un ayant droit et n'est pas concerné par la gestion du système.

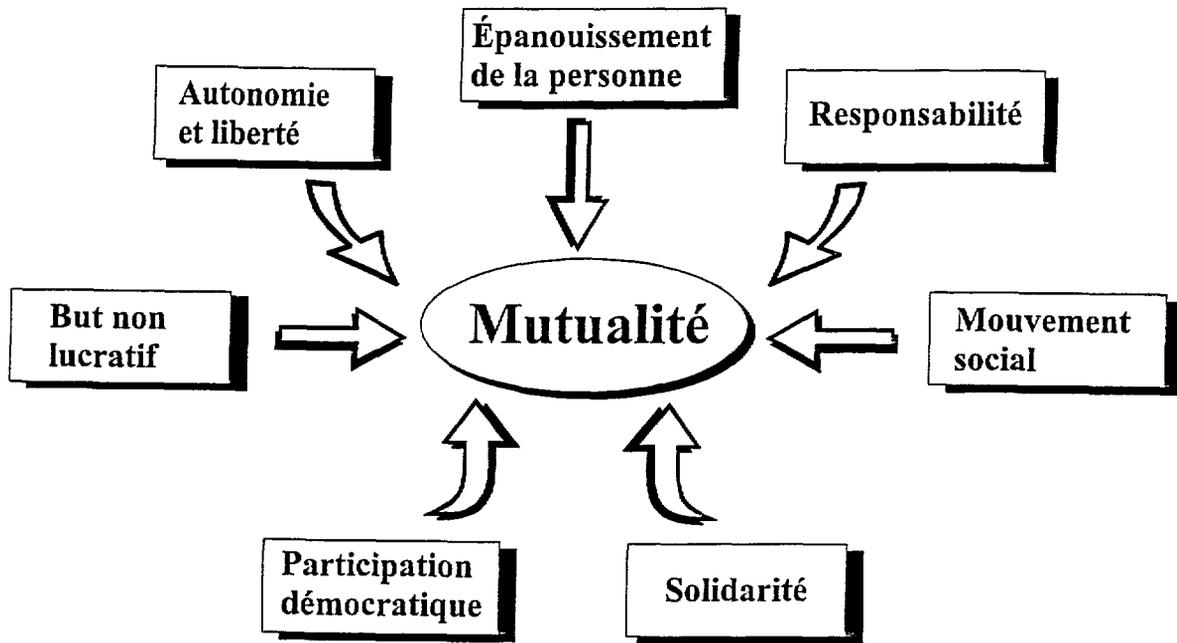
- Les assurances sans but lucratif: Il s'agit, par exemple, d'une assurance transport mise œuvre par une commune qui dispose d'une ambulance ; l'adhésion est soit volontaire, soit obligatoire (la cotisation est alors collectée sous forme d'une taxe), les fonds collectés assurent une gratuité ou une réduction du coût d'une évacuation en urgence et n'ont pour but que de financer les frais de fonctionnement du véhicule.

- Les mutuelles de santé.

Les microassurances couvrent un très large champ d'activités, s'intéressent aux différents niveaux de risque (petits et gros risques) et sont mises en œuvre par divers acteurs tels que les ONG, des organisations communautaires et autres formes de groupements.

On notera que le terme "microassurance", qui inclut la notion d'assurance, est trop restrictif puisque'il inclue également les systèmes de prépaiement sans partage de risque ainsi que les plans d'épargne santé proposés, par exemple, par des caisses d'épargnes crédit .

Principes de base de la mutualité



Principes de base de la mutualité

*** *solidarité entre les membres***

Le principe de solidarité est véritablement le fondement de la mutualité qui refuse les discriminations financières et une sélection des risques.

Quelles que soient les modalités de fixation des cotisations - cotisation égale pour tous ou proportionnée aux moyens financiers des adhérents (par exemple en pourcentage du salaire) - elles ne dépendent pas du risque encouru par l'adhérent.

La solidarité est l'un des moyens d'instauration de la justice sociale ; mais il n'y a pas de solidarité sans responsabilité, notamment dans l'utilisation des ressources.

Par ailleurs, la solidarité est un concept dynamique : sa mise en œuvre, les moyens et les mécanismes pour la réaliser doivent évoluer avec la société dans laquelle la mutualité se développe.

La solidarité ne s'exprime pas seulement sur le plan financier. Elle peut aussi se manifester par un engagement, bénévole, en faveur des plus démunis, des handicapés, des personnes âgées, etc., autrement dit vis-à-vis des groupes à risques.

*** *Fonctionnement démocratique et participatif***

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

Tous les membres ont les mêmes droits et obligations ; ils ont, entre autres, le droit de participer, directement ou indirectement, aux différentes instances de décision.

Cette démocratie participative s'exprime à travers des structures qui garantissent, aux membres, la participation aux prises de décisions et la possibilité de contrôler le fonctionnement de leur organisation mutualiste. Dans les mutuelles de grande taille, il faut trouver des mécanismes de représentation des différents groupes qui les composent (géographiques, professionnels...).

*** *Autonomie et liberté***

Une mutuelle est une organisation libre qui, en conséquence, doit pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités publiques. Cette souplesse dans l'action est bénéfique pour les membres car elle permet d'adapter les services offerts à leurs besoins qui évoluent. C'est ce droit à l'initiative qui permet la créativité dans la définition des objectifs et l'efficacité dans l'utilisation des moyens. Ce droit ne peut s'exercer sans la responsabilisation des membres de la mutuelle.

Cependant cela ne signifie pas que la mutualité ne doit pas être soumise aux lois et règlements comme ceux régissant l'enregistrement, la comptabilité, l'audit, le contrôle, etc. Dans certains pays africains, un code de la mutualité existe déjà, comme au Mali par exemple, depuis fin 1995. Dans d'autres, les mutuelles sont enregistrées comme des associations, ou encore comme des groupements coopératifs, faute d'une législation spécifique. Dans ce sens, des projets de loi sont en préparation dans plusieurs pays du continent.

L'indépendance et l'autonomie signifient qu'il ne doit pas y avoir d'ingérence dans la gestion d'une mutuelle et dans le processus interne de prise de décisions.

Une mutuelle ne doit pas être autonome seulement par rapport à l'Etat, mais également vis-à-vis des partis politiques, des employeurs ou des groupes de pression qui défendent parfois des intérêts contradictoires.

**** Epanouissement de la personne***

Le respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions, quels que soient son sexe, sa race, son ethnie, son origine sociale, est un autre principe de base de la mutualité. Reconnaissant l'originalité de chacun, la recherche de l'épanouissement de la personne doit aboutir à une plus grande autonomie et responsabilité vis-à-vis de soi-même et des autres.

**** But non lucratif***

Une organisation mutualiste qui, par vocation, a pour ambition de consacrer son action au service de ses membres, ne peut poursuivre un but lucratif. Toute recherche de profit est incompatible avec sa nature. Cependant, cela ne veut pas dire que la couverture des coûts de fonctionnement ne soit pas un impératif absolu. Les considérations économiques et les principes de bonne gestion ne peuvent être négligés, car ils contribuent à la réalisation du bien-être collectif.

Un surplus des recettes sur les dépenses peut, une fois qu'une réserve raisonnable a été constituée, permettre d'améliorer les services existants, de répondre à d'autres besoins des membres ou, éventuellement, de réduire les montants des cotisations. Ces surplus ne devraient, en aucun cas, être redistribués aux membres, sous forme de dividendes ou de trop perçus par exemple.

**** Responsabilité***

La solidarité, la démocratie participative, l'autonomie, et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses membres prennent leurs responsabilités dans la gestion et dans leur comportement.

Tous les autres principes de la mutualité resteront, finalement, lettre morte si la gestion d'une organisation mutualiste n'est pas rigoureuse, si les membres ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis de leur santé et de celle des autres, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle ou dans les décisions qu'ils prennent dans les différentes assemblées, etc.

**** Dynamique d'un mouvement social***

De tout ce qui précède, il découle que les membres des mutuelles ne sont pas des «consommateurs» passifs mais des personnes engagées dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense des intérêts et du bien communs.

Ce mouvement social peut faire partie d'un ensemble plus large, dont le syndicat, le mouvement féminin, le mouvement des jeunes ou de personnes âgées par exemple seraient les autres composantes. Il est souhaitable qu'il collabore avec d'autres organisations pour atteindre ses objectifs.

Définition de la mutuelle de santé

Une mutuelle de santé est :

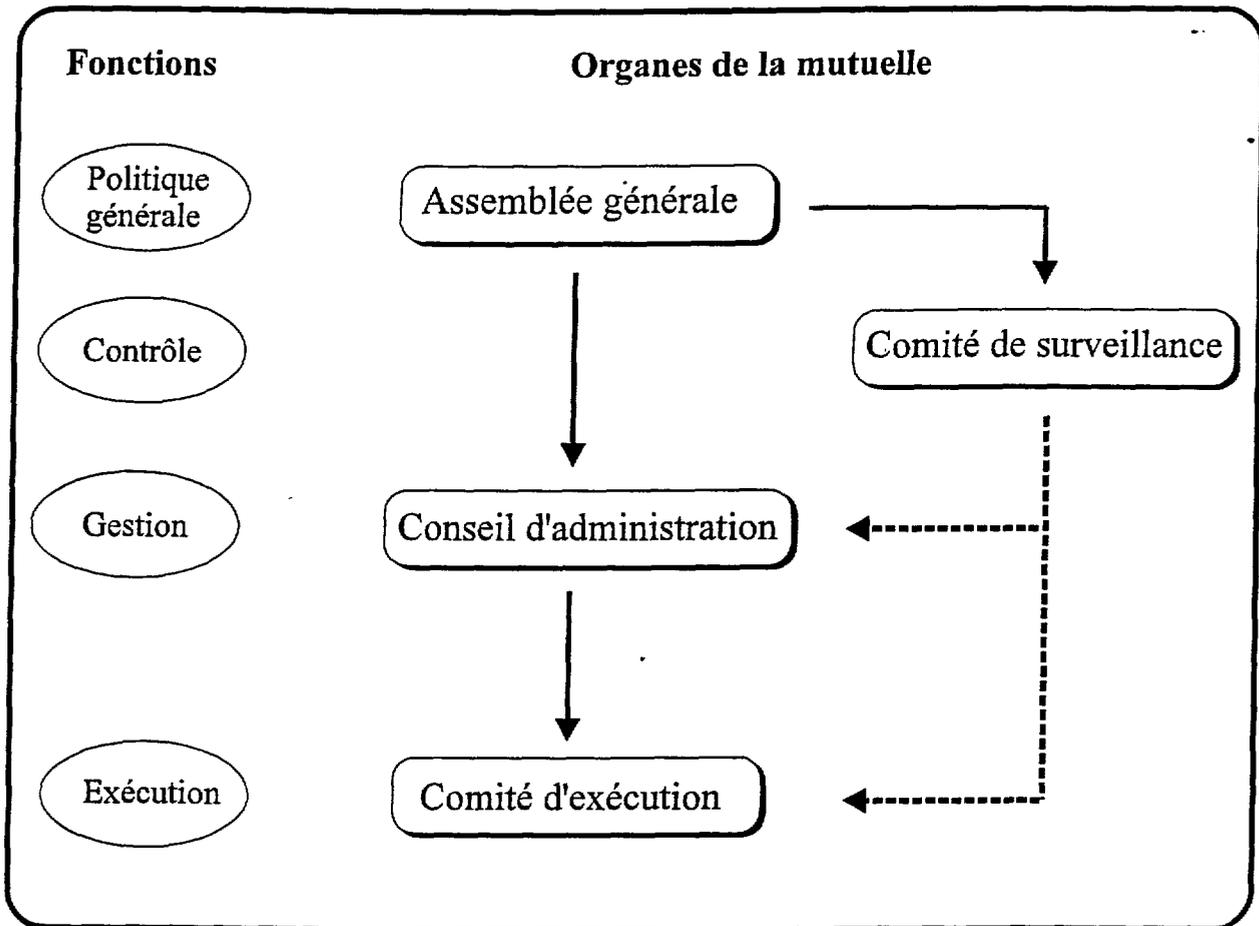
- ▶ Une association facultative de personnes,
- ▶ a but non lucratif,
- ▶ dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous ses adhérents
- ▶ et qui, au moyen de leurs cotisations,
- ▶ et à partir de leurs décisions démocratiques
- ▶ mène une action de :
 - prévoyance
 - d'entraide et
 - de solidarité
- ▶ en vue d'assurer la prévention des risques liés à la maladie et la réparation de leurs conséquences,
- ▶ la promotion de la santé,
- ▶ et constitue un mouvement social.

La mutuelle combine les deux principes fondamentaux de l'assurance (versement de cotisations, indemnités lorsque se réalise un risque) et de la solidarité (si tous les adhérents cotisent, seuls ceux qui sont affectés par un événement déterminé bénéficient d'un soutien financier).

A travers la mutuelle de santé, une solidarité s'organise entre :

- les malades et les biens portants,
- les jeunes et les vieux,
- les riches et les pauvres.

Organigramme type d'une mutuelle de santé



Les activités et les prestations d'une mutuelle de santé en matière de risque maladie

1. Les activités d'une mutuelle de santé :

Les activités d'une mutuelle de santé peuvent venir en complément d'autres formes de couverture des dépenses de santé. Par exemple, dans les pays où les agents de l'État bénéficient d'un remboursement d'une partie de leurs dépenses de santé par un système de sécurité sociale publique, des mutuelles ont été créées pour couvrir la partie des frais non prise en charge par ce dernier.

La mutuelle peut prendre en charge, intégralement ou en partie, les frais auxquels doivent faire face ses bénéficiaires sous la forme d'un forfait, par exemple pour le transport des malades, d'une allocation (prime de naissance par enfant ou allocation funéraire), ou encore d'un paiement ou d'un remboursement des soins de santé.

Les soins de santé

Le but de la mutuelle est de permettre à chacun de ses membres et aux personnes à leur charge d'accéder à des soins de santé de qualité. Elle vise donc, avant tout, à supprimer les obstacles financiers et également, si nécessaire, les obstacles géographiques qui peuvent empêcher l'accès aux soins. Elle pourrait, dès lors, être amenée à créer elle-même des formations médicales (centres de santé, dispensaires, hôpitaux). Mais, lorsque c'est possible, elle passera des accords au profit de ses membres avec des formations médicales déjà existantes.

La mutuelle se limitera donc à couvrir le coût des soins de santé, qu'ils soient donnés par des prestataires totalement indépendants d'elle ou dans des institutions qu'elle a créées. Elle ne dispensera pas ces soins directement.

Tous les soins ne pourront pas être couverts dès le démarrage des activités de la mutuelle. Ne pourront être pris en charge qu'une partie des soins suivants :

** Soins de santé de base*

Les soins de santé de base sont les soins courants, dispensés le plus souvent dans les centres de santé, premier point de contact de la population avec les systèmes de santé. Ils comportent :

- Les **soins préventifs et promotionnels** qui comprennent les consultations pré et post-natales, le suivi des nourrissons sains, les vaccinations, la planification familiale, l'éducation à la santé, l'assainissement.

Habituellement, la prévention fait partie des tâches d'un centre de santé ; elle est le plus souvent financée par l'État et ses partenaires en coopération, notamment à travers des Programmes de vaccination. Une

partie des coûts est à la charge du centre de santé qui la répercute sur les utilisateurs.

L'éducation à la santé est souvent assurée par les centres de santé, parfois par certains hôpitaux. Son coût est généralement inclus dans le prix des actes curatifs ou préventifs. S'il y a carence en la matière, la mutuelle peut créer son propre service d'éducation à la santé.

- Les **soins curatifs** comprennent, essentiellement, les consultations, les soins infirmiers, la fourniture de médicaments et quelques analyses de laboratoires. Parfois, on y adjoint la petite hospitalisation qui a lieu dans les centres de santé (mise en observation) ou les accouchements assistés.
- La prise en charge des **maladies chroniques** (diabète, drépanocytose, hypertension artérielle, hémophilie, maladies cardiaques, etc.) et des **soins à domicile**, éventuellement.
- La prise en charge des enfants souffrant de **malnutrition** et leur récupération nutritionnelle à partir des aliments locaux.

* Soins hospitaliers

Ces soins comprennent tant l'hébergement à l'hôpital que les actes médicaux, chirurgicaux, techniques et les médicaments consommés. Compte-tenu du coût élevé des prestations liées à l'hospitalisation, on les range souvent sous la rubrique « **gros risques** ».

* Soins spécialisés

Les soins spécialisés comprennent les consultations des médecins spécialistes (gynécologue, pédiatre, chirurgien, etc.) ainsi que les actes médicaux techniques telles que la radiologie et la biologie clinique qui sont effectués soit à l'occasion d'une hospitalisation soit à titre externe (visite du patient).

* Soins dentaires

Les soins dentaires, dispensés par des cabinets indépendants des centres de santé, constituent le plus souvent un service à part. Certaines mutuelles accordent le remboursement de ces soins. La mutuelle peut également envisager le remboursement des prothèses dentaires.

* Lunetterie

La mutuelle peut, aussi, décider de rembourser l'achat de lunettes, pour autant qu'elles fassent l'objet d'une prescription médicale ; le plus souvent, les interventions sont limitées aux verres prescrits : les montures ne sont pas remboursées. Dans certaines mutuelles, les montures peuvent être remboursées sur la base d'un forfait, compte tenu

de la diversité de leur prix.

** Médicaments*

En ce qui concerne les médicaments, il importe de déterminer la liste de ceux qui seront remboursés par la mutuelle. Étant donné la disparité de prix entre les médicaments de marque (spécialités) et les médicaments génériques, il est conseillé de ne rembourser que ces derniers lorsqu'ils sont disponibles ou les spécialités correspondantes sur la base du prix des génériques. Il est nécessaire de limiter la liste des spécialités couvertes (liste des médicaments essentiels établie par le Ministère de la santé du pays et par l'OMS).

L'idéal est que les médicaments soient délivrés par les formations médicales. Si cela n'est pas possible, les médicaments de la liste ne seront remboursés que s'ils ont été prescrits. Dans cette dernière hypothèse, les abus éventuels sont plus difficiles à limiter.

Transport des malades

Outre la prise en charge des soins de santé, la mutuelle peut organiser et prendre en charge le transport des bénéficiaires malades vers un centre de santé ou leur transfert vers l'hôpital conventionné le plus proche, dans le cadre d'une référence (patient transféré vers un hôpital après avoir consulté un centre de santé).

Les autres risques sociaux

Même si leur mission principale est la couverture des soins de santé, certaines mutuelles couvrent aussi d'autres risques sociaux auxquels leurs membres sont exposés. Ainsi, la mutuelle peut octroyer des allocations de type forfaitaire à l'occasion de certains événements : naissance, mariage, décès, etc. Le but ainsi poursuivi est d'aider financièrement les personnes qui, à ces occasions, pourraient être confrontées à des dépenses exceptionnelles.

Vu le risque élevé que ce type de prestation induit sur la viabilité financière de la mutuelle, il est peut être mieux indiqué de mettre en place une caisse spécifique, indépendante et complémentaire, à caractère contributif.

Cette solution consistera à organiser des collectes de cotisations volontaires, ponctuelles et non systématiques, uniquement lorsqu'un tel événement se produit. Ce système est déjà très largement répandu partout en Afrique, mais peut être organisé au sein de la mutuelle qui offre un cadre élargi de solidarité par rapport aux entraides familiales ou de voisinage.

2. Les prestations :

Les formes de rémunération des formations médicales dépendent de leur mode de gestion et varient, souvent, selon l'échelon du système de santé qui assure les

prestations (poste de santé, centre de santé, Hôpital de District, Hôpital universitaire ou régional, etc.).

** Centres de santé*

An niveau des centres de santé, la facturation peut s'opérer de différentes manières :

- Un forfait par personne inscrite dans le centre. Le membre peut s'inscrire dans le centre de santé de son choix, pour autant que ce centre ait signé une convention avec la mutuelle. Le centre de santé s'engage à soigner le membre et les personnes à sa charge pendant une période déterminée (un an généralement) pour une somme forfaitaire donnée, quels que soient les soins requis. Cette somme une fois versée, appartient au centre de santé, même lorsque le membre de la mutuelle n'a pas eu recours à ses services. Ce système de forfait permet de limiter la surconsommation, car une fois le montant du forfait fixé, le centre de santé n'a pas intérêt à faire revenir, sauf nécessité, le membre en consultation, ni à lui prescrire des médicaments inutiles. La difficulté majeure consiste alors à déterminer le montant du forfait ;
- Un montant par épisode de maladie. Le centre perçoit un montant qui couvre les consultations, les médicaments et les analyses de laboratoire par cas de maladie. L'avantage d'un tel système est que les patients n'interrompent pas un traitement en cours, par manque de moyens ;
- Un montant par consultation : ce montant comprend le coût des médicaments et des analyses de laboratoire. Souvent, la première consultation a un coût plus élevé que les suivantes ;
- Un montant par visite médicale : dans ce cas, les médicaments et les analyses de laboratoire sont comptés en supplément.

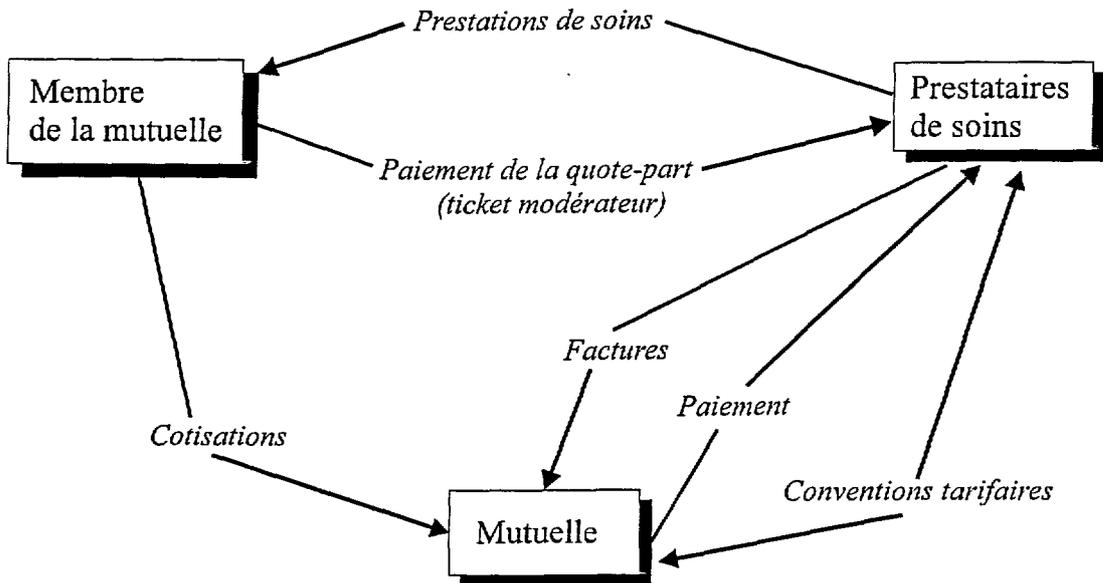
** Hôpitaux*

Au niveau des hôpitaux, le paiement se fait selon les modalités suivantes :

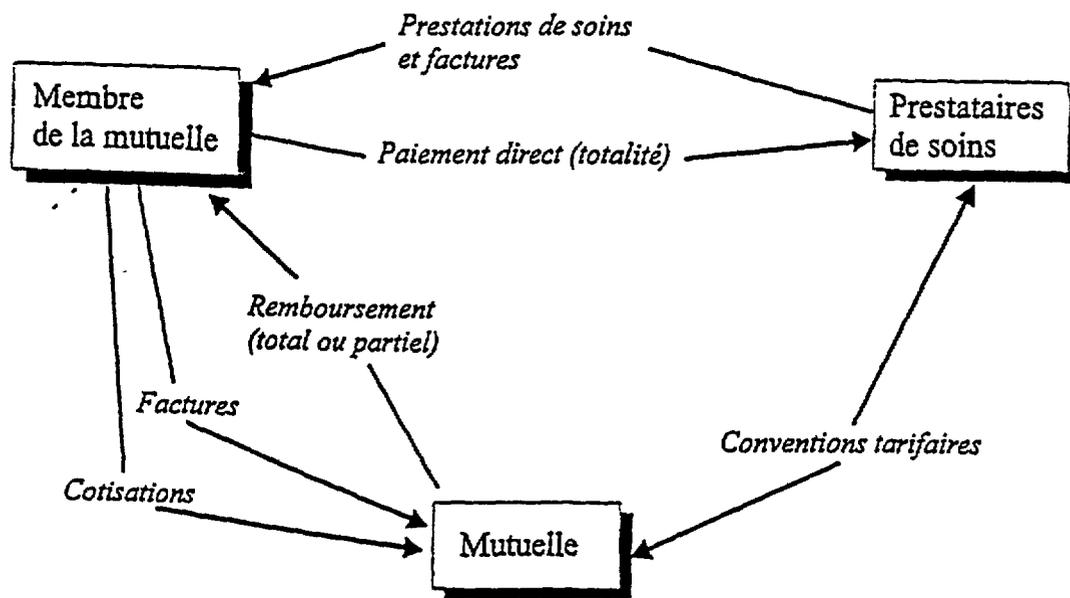
- Une somme forfaitaire par **journee d'hospitalisation**. Cette somme comprend aussi bien l'hébergement que les soins médicaux, chirurgicaux, infirmiers, les actes techniques, les médicaments, etc. ;
- Un montant forfaitaire couvrant **toute la durée d'hospitalisation**. Dans ce cas, la mutuelle rembourse un montant unique calculé sur la base d'une estimation de la durée moyenne d'hospitalisation ;
- Un paiement par prestation ou **par acte** posé : tous les actes médicaux, l'hébergement et les médicaments sont alors facturés séparément.

Dans le cas d'une hospitalisation, la mutuelle peut limiter le nombre maximum de journées d'hospitalisation remboursables ou fixer un plafond de prise en charge par

Paiement direct des soins par la mutuelle (tiers payant)



Paiement direct des soins par le membre et remboursement par la mutuelle



Risques majeurs

Certains risques se posent à toute mutuelle naissante ou en croissance. Pour qu'ils ne mettent pas en danger sa viabilité, il convient de prendre certaines mesures préventives, car ce qui est vrai en matière de santé vaut également pour la gestion financière : « *mieux vaut prévenir que guérir !* ».

Les risques majeurs auxquels s'expose toute mutuelle soucieuse de proposer ses services à l'ensemble de la population, sans discrimination, peuvent être les suivants :

- le risque de «sélection adverse» ou de présélection spontanée ;
- le risque moral ;
- le risque d'escalade des coûts ;
- les fraudes et les abus.

1. Le risque de «sélection adverse» ou de présélection spontanée

On parle de sélection adverse lorsque les personnes présentant un risque élevé de maladie s'inscrivent en grand nombre à la mutuelle, et lorsque les personnes en bonne santé ont tendance à s'abstenir de s'affilier. Cette situation peut compromettre la viabilité financière de la mutuelle, car elle entraîne un niveau de dépenses trop élevé par membre affilié. À la différence d'un système d'assurance privée à caractère commercial, la mutuelle ne peut pas sélectionner ses membres, ni faire payer à chacun d'eux des primes correspondant à leur risque personnel. Pour minimiser ce risque, elle peut toutefois exiger que l'unité minimum d'inscriptions soit la famille.

A la création de la mutuelle, il est souhaitable, pour la même raison, de réaliser des adhésions simultanées de tous les membres d'un groupe déterminé (par exemple les membres d'une entreprise, d'un syndicat, d'un groupement, d'une association ou d'une communauté religieuse...). Plus le groupe affilié est large, plus les risques couverts sont répartis sur un grand nombre de personnes.

2. Le risque moral

Le risque moral est le cas souvent constaté lorsque des membres ou des personnes à leur charge tendent à consommer abusivement ou plus que d'ordinaire, les services proposés, sous prétexte de «rentabiliser» au maximum les cotisations versées.

Pour réduire ce risque, les mesures suivantes peuvent être prises :

- instauration d'une participation aux frais (ticket modérateur) à charge des membres ou d'une franchise (seuil à partir duquel les dépenses sont remboursées, le reste étant à la charge des membres) ;

- instauration d'un système de référence obligatoire avant d'avoir accès aux soins d'un échelon supérieur, souvent plus coûteux : on peut exiger par exemple, des bénéficiaires qu'ils ne se présentent à l'hôpital qu'après avoir consulté un médecin généraliste dans un centre de santé, et sur recommandation de ce dernier.

3. Le risque d'escalade des coûts

Les prestataires de soins peuvent provoquer une augmentation brutale des coûts de santé en prescrivant des soins inutiles sans opposition de la part du patient du seul fait qu'il se sait assuré.

Les mesures suivantes peuvent contribuer à minimiser ce risque :

- standardisation des schémas de traitements et contrôle de leur respect par le médecin conseil de la mutuelle ;
- obligation pour les prestataires de prescrire des médicaments essentiels génériques ou limitation du remboursement de certains médicaments inscrits sur une liste établie par la mutuelle ;
- instauration de plafonds dans la couverture des soins de santé (par exemple, la mutuelle peut décider de ne couvrir qu'un nombre limité de jours d'hospitalisation le reste étant à la charge du membre) ;
- instauration de jours de carence ou d'une franchise en cas d'hospitalisation (par exemple le premier jour d'hospitalisation à la charge du patient pour éviter des hospitalisations non indispensables) ;
- obligation pour les membres et les personnes à leur charge de respecter les schémas de vaccination disponibles afin de limiter les risques d'épidémies.

4. Les fraudes et les abus

Une mutuelle de santé est exposée aux risques de fraudes et d'abus de ses membres, surtout lorsqu'elle est de taille importante. Les fraudes et abus résultent généralement de la pression qui peut s'exercer sur un membre de la part de sa famille élargie, de son cercle d'amis ou de son voisinage.

Il peut se produire également qu'un membre opère une sélection au sein de sa famille en ne cotisant pas pour tous ses enfants, par exemple. Lorsque l'un de ceux qui ne sont pas couverts tombe malade, la tentation sera alors grande de le faire passer pour l'un de ceux inscrits sur la carte de membre après du personnel de santé.

Les fraudes et les abus se traduisent donc par des prêts de carte de membre à des personnes qui n'adhèrent pas à la mutuelle et des usurpations d'identité lors des recours aux soins.

Pour lutter contre ce risque, les mesures suivantes peuvent être appliquées :

- Assurer un contrôle avant le recours aux soins : le malade se présente devant les responsables de sa mutuelle, qui lui délivreront une lettre de garantie, avant de recourir aux soins ;
- Assurer un contrôle après le recours aux soins : les responsables de la mutuelle vérifient que les personnes pour lesquelles les formations sanitaires facturent des soins, sont réellement tombées malade durant la période concernée. La fraude n'est pas évitée, mais elle peut être repérée et sanctionnée ;
- Imposer une photo d'identité du membre et de ses personnes à charge sur la carte de membre. Cette solution s'avère cependant souvent onéreuse et peut freiner les adhésions.

A côté de ces risques majeurs, liés aux mécanismes de l'assurance, une mutuelle est exposée à d'autres tout aussi importants et qui résultent des choix en terme d'organisation de et de fonctionnement.

On retiendra notamment :

Le risque administratif :

Ce risque correspond au fait de ne pas avoir les moyens de gérer la mutuelle. Une mutuelle de santé doit, en effet, veiller à adapter son fonctionnement à ses moyens humains, matériels et financiers. La mise en place d'un système de gestion administrative et financière trop complexe est souvent un facteur d'échec lorsque les compétences au sein de la mutuelle ne sont pas disponibles ou les tâches des responsables deviennent trop contraignantes.

Un des exemples les plus couramment observés est celui des mutuelles qui débutent leurs activités avec un financement extérieur et mettent en place un système de gestion impliquant des coûts de fonctionnement très élevés (coûts d'impression des supports de gestion, loyers des locaux, etc., trop élevés). Lorsque les financements extérieurs se retirent, tout le système peut s'écrouler si la mutuelle n'est pas en mesure d'autofinancer son fonctionnement.

Le risque de dépense exceptionnelle :

Ce risque concerne les mutuelles qui couvrent les gros risques, sans plafonnement des dépenses de soins. Il intervient essentiellement lorsqu'une mutuelle débute ses activités de prise en charge : si une dépense de soins exceptionnellement élevée survient à ce moment, la mutuelle sera très rapidement en situation de crise financière.

La première réponse à ce risque est la constitution de réserves financières importantes, d'où l'application d'une période d'observation avant la prise en charge des dépenses de soins.

L'accès à un fonds de garantie ou la possibilité de se réassurer constituent une protection supplémentaire et efficace. L'union ou la fédération de mutuelle

représente à ce niveau un filet de sécurité pour les mutuelles membres.

La perte de revenus des adhérents :

Les cotisations et leur périodicité sont le plus souvent établies en fonction de la principale source de revenus des adhérents. Celle-ci peut être menacée suite à une catastrophe climatique, une chute des cours d'une culture de rente, etc. , et aboutir à une impossibilité pour l'ensemble des adhérents de poursuivre leurs cotisations.

La conséquence de ce risque est une paralysie de la mutuelle qui faute de ressources ne sera plus en mesure de faire face à ses engagements.

Les réserves et l'accès à un fonds de garantie peuvent être des solutions temporaires.

Une autre réponse réside dans la capacité de la mutuelle d'adapter ses modalités de cotisation ce qui nécessite une certaine souplesse du système de gestion.

Les préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé

Une mutuelle de santé n'est pas toujours le système de microassurance le mieux adapté à un contexte donné. Il faut en effet, par exemple, que les individus concernés aient envie de partager ses principes fondamentaux d'entraide, de solidarité, de responsabilité, etc.

Une première étape consiste donc à vérifier l'existence d'un certain nombre de facteurs qui déterminent l'opportunité de mettre en place une mutuelle de santé et son bon fonctionnement ultérieur.

Il s'agit principalement de :

L'existence de liens de solidarité entre les futurs membres

La solidarité est un facteur indispensable à tout regroupement d'entraide. Elle est la base fondamentale de la mutualité. Les liens de solidarité nécessaires à la mise en place d'une mutuelle de santé peuvent découler de plusieurs situations : habitants d'un même village ou quartier, travailleurs d'une même entreprise, membres d'un mouvement social, etc.

Un besoin réel et prioritaire

La future mutuelle de santé apportera, principalement, une solution aux problèmes de financement des soins de santé de ses membres. Cette difficulté de financement constitue déjà le premier élément pouvant justifier la création d'une mutuelle.

Pour que la population visée éprouve un véritable intérêt pour la mutuelle, il est nécessaire non seulement que celle-ci réponde à un besoin réel mais aussi que ce besoin soit considéré comme prioritaire ou pour le moins comme important ; cette condition n'est pas toujours remplie au début du projet. Il faut alors aider les populations à clarifier et à exprimer leurs besoins sans en susciter de manière artificielle.

La confiance de la population dans les initiateurs du projet

Les personnes susceptibles d'adhérer à la future mutuelle doivent faire confiance aux initiateurs du projet. En effet, elles vont confier leurs cotisations à l'organisation en gestation. De ce fait, les antécédents relatifs aux relations entre la population et les initiateurs du projet constitueront des éléments importants pour apprécier les possibilités de création d'une mutuelle.

La confiance de la population dans le projet sera aussi conditionnée par les succès ou les échecs qu'elle aura connus dans le même domaine ou dans des expériences similaires (coopératives de services, caisses d'épargne et de crédit, etc). Ces dernières devront donc être analysées pour juger de la faisabilité du projet de création de la mutuelle et définir la démarche à adopter.

L'attitude des autorités locales (officielles, traditionnelles...) vis-à-vis du projet sera également importante ; les initiateurs du projet auront donc généralement intérêt à prendre rapidement contact avec elles. Toutefois, une attitude positive de leur part ne constitue pas une condition indispensable au démarrage et au développement de la mutuelle.

Des services de santé de qualité

La mutuelle doit compter sur une offre de services de santé permettant de faire face aux principaux besoins de la population. Ces services peuvent être fournis par des centres de santé, des hôpitaux ou par des professionnels de la santé du secteur privé opérant individuellement (médecins, infirmiers, physiothérapeutes, etc).

Ces services doivent être offerts dans des lieux pas trop éloignés de ceux de résidence et de travail de la population concernée par la mutuelle. Ils doivent être de qualité. Ce doit être avant tout pour des raisons d'ordre financier (capacité insuffisante à payer les soins) que la population a un accès limité aux soins de santé.

Il se pourrait, cependant, que certains centres de santé ne soient pas bien appréciés des populations parce qu'ils sont, par exemple, régulièrement confrontés à des pénuries de médicaments ou parce que l'accueil n'y est pas toujours convenable (souvent en relation avec le niveau des salaires des personnels, l'état des équipements, etc). Il faudra alors voir si la mutuelle peut apporter une réponse à ces déficiences (meilleure disponibilité financière permettant d'avoir un stock de médicaments, hausse de la rémunération du personnel afin qu'il soit plus motivé, etc.).

La mutuelle ne créera ses propres centres de santé ou hôpitaux que s'il n'existe pas de prestataires de soins proches de la population et qui peuvent lui fournir des services de qualité (éventuellement avec l'aide de la mutuelle). Si ces services existent mais sont d'un coût trop élevé, la création de formations médicales rattachées à la mutuelle peut, également, être envisagée.

Les formations médicales créées sur l'initiative de la mutuelle devront avoir une personnalité juridique distincte de celle-ci. En outre, il importe de bien connaître et distinguer les résultats financiers de chacune des structures, de séparer leur gestion et de ne pas confondre les responsabilités de leur direction respective.

Une dynamique de développement socio-économique

L'existence d'une dynamique de développement économique facilite, surtout dans les régions rurales, l'introduction d'un financement mutualiste des services de santé. Les activités économiques rentables donnent aux populations des ressources financières qui, si elles ne leur permettent pas de couvrir individuellement le coût de leurs soins de santé, peuvent leur permettre de le faire, de manière collective, par le biais de la solidarité entre les malades et les bien portants.

membre. Le reste des frais est alors entièrement à la charge du patient.

Conventions entre mutuelles et prestataires de soins

Mutuelle et prestataires de soins

Les conventions entre une mutuelle et les prestataires de soins portent sur la qualité des services de santé, la nature, la tarification et les modalités de paiement des soins couverts par la mutuelle.

Ces types d'accords sont extrêmement importants : ils sont une des bases de l'efficacité de la mutuelle et de son utilité pour ses membres. Dans le cadre des conventions, la mutuelle peut obtenir des tarifs préférentiels et favoriser la qualité de services offerts par les prestataires à ses membres. D'un autre côté, les membres étant généralement obligés de s'adresser aux prestataires sous convention, ceux-ci bénéficient d'une garantie de revenus.

Structures créées par les mutuelles

Une mutuelle peut être amenée à créer des formations médicales en l'absence de prestataires de soins dans la zone ou si les services sont d'une qualité insuffisante ou d'un prix trop élevé.

Certaines mutuelles créent des officines ou des dépôts pharmaceutiques, des dispensaires, des centres de santé, des hôpitaux. Ces structures peuvent fonctionner indépendamment de la mutuelle et conclure des accords avec d'autres mutuelles ou même traiter des patients non affiliés.

Il ne s'agit pas, en principe, de faire concurrence à des structures semblables. Chaque fois que c'est possible, avant de créer ses propres structures, la mutuelle cherchera donc à collaborer avec des prestataires de soins.

Exemple de convention

Convention entre la Mutuelle de santé de Bouahoun et le Centre de santé du village de Bouahoun

Il est établi entre la Mutuelle de santé de Bouahoun représenté par son Président Monsieur Oscar Kamara d'une part, et le Centre de santé de Bouahoun représenté par son infirmier Monsieur Jean Hubert Somé d'autre part ce qui suit :

Article 1 : Objet

La présente Convention a pour objet de définir les relations de partenariat entre le Centre de santé et la Mutuelle de Bouahoun.

Article 2 : Des engagements

2.1 Le Centre de santé de Bouahoun s'engage à

- Fournir des soins de qualité en matière de consultations curatives, de petites chirurgies (suture, incisions d'abcès, circoncisions), assistance à l'accouchement ;
- Appliquer aux bénéficiaires de la mutuelle une réduction de 10% sur les tarifs de prestations annexés à la présente Convention ;
- Présenter, tous les mois, les factures des différents soins donnés, portant la date, le nom du malade, les soins donnés, le tarif... ;
- Ne recevoir que les bénéficiaires munis, entre autres, d'une Lettre de garantie délivrée par la mutuelle.

2.2 La Mutuelle de Bouahoun s'engage à

- Délivrer aux bénéficiaires une Lettre de garantie à présenter au Centre de santé.
- Honorer les factures présentées par le Centre de santé, au plus tard, une semaine après leur transmission à la mutuelle. Le paiement se fait en espèces à la caisse de la mutuelle et à la personne dûment mandatée.

Article 3 : Durée

La présente Convention porte sur une durée de deux (2) ans renouvelables par tacite reconduction.

Article 4 : Arbitrage

Tout différend entre les deux (2) parties sera réglé à l'amiable. Dans le cas contraire, il sera soumis aux Autorités judiciaires compétentes en la matière.

Article 5 : Résiliation

Le Contrat peut prendre fin à tout moment, à condition que la partie qui prend l'initiative de cette rupture, en informe l'autre partie au mois trois (3) mois, à l'avance et par écrit.

Article 6 : Révision

Cette convention peut faire l'objet d'une révision chaque fois que le besoin se fera sentir.

Article 7 :

La présente convention prend effet à partir de sa date de signature par les deux parties.

Bouahoun, le.....

Ont signé :

Pour le Centre de santé :
L'infirmier

Pour la Mutuelle de santé :
Le Président

J. H. SOME

O. KAMARA

Critères de choix des risques couverts par une mutuelle de santé

Une mutuelle de santé ne rend pas les soins gratuits mais en modifie les modalités de paiement, grâce à un système de prévoyance et de mutualisation des risques.

En d'autres termes, la cotisation qui sera demandée aux adhérents reflète les coûts des soins qui seront couverts par la mutuelle.

Par conséquent, une couverture de tous les types de soins et services de santé s'avère peu réaliste car cela demanderait une cotisation trop élevée et financièrement inaccessible pour les adhérents qui ont les revenus les plus faibles.

Parallèlement au choix des prestataires, il s'agit donc de sélectionner, avec l'ensemble des adhérents, les soins de santé qui seront couverts.

Le choix final conditionnera également la viabilité de la mutuelle. Pour mieux saisir cet impact du choix des prestations, il faut s'arrêter sur les raisons pour un chef de famille d'adhérer à une mutuelle de santé. Deux motifs peuvent l'inciter à payer une cotisation :

- Il le fait pour se mettre, ainsi que sa famille, à l'abri de certains risques. Il s'agit d'une motivation individuelle.
- En adhérant, il participe à un mouvement d'entraide et de solidarité qui assure une protection collective.

Ces deux motivations sont étroitement liées : un individu est-il prêt à être solidaire et adhérer aux valeurs mutualistes s'il n'en retire pas un certain bénéfice en matière de satisfaction de ses propres besoins de santé ? En d'autres termes, la solidarité sera d'autant plus durable que chacun y retrouvera son compte, d'une manière ou d'une autre.

Cette question est d'autant plus pertinente en contexte de ressources monétaires rares.

Aussi le choix des prestations de la mutuelle doit-il répondre à un certain nombre de critères afin de promouvoir une formule mutualiste dynamique, attractive et motivante.

La couverture des soins doit être pertinente

Les soins à assurer doivent effectivement correspondre à des situations de risque perçues par les membres.

Ces risques sont généralement répartis en deux grandes catégories : les petits (soins de santé primaires) et les gros risques (soins de santé secondaires et spécialisés).

Les promoteurs d'une mutuelle de santé sont généralement divisés entre deux points de vue concernant la pertinence de couvrir l'une ou l'autre de ces deux catégories de risques.

Les soins de santé primaires constituent la première porte d'entrée dans le système sanitaire. Une couverture des petits risques viserait donc à favoriser un accès rapide aux soins, afin d'éviter une dégradation de l'état du malade.

Cependant, la couverture des soins de santé primaires par un système d'assurance se heurte à trois contraintes majeures :

- Elle nécessite un montant de cotisation élevé en raison de la fréquence importante de survenue de ces risques par personne
- Par conséquent, l'accès de la mutuelle sera réduit pour les familles les plus démunies.
- La couverture des petits risques est particulièrement vulnérable face aux phénomènes de sélection adverse et de surconsommation. La viabilité financière de la mutuelle sera très fragile.

A l'opposé, une couverture des gros risques se fixe pour objectif d'organiser une protection contre les soins qui coûtent le plus cher et donc posent le plus de difficultés financières aux familles, notamment lors de la survenue de cas graves et urgents.

Une couverture unique des gros risques permet de fixer une cotisation moins élevée, bien que le coût des actes soit élevé, car la fréquence de survenue est faible.

En revanche, cette couverture des gros risques est soumise aux contraintes suivantes :

- La fréquence des hospitalisations et des actes chirurgicaux est peu élevée : Suivant les contextes, on peut estimer que sur 100 personnes, entre 4 et 8 seulement risquent de devoir recourir aux soins de santé secondaires dans l'année. La mutuelle sera alors peu visible (critère suivant) d'où un fort risque de démotivation des membres.
- Si les familles éprouvent des difficultés pour payer les soins de santé primaires, la mutuelle ne réglera pas les problèmes de recours tardifs aux soins et d'aggravation des cas de maladie.
- Une mutuelle qui débute ses activités ou de petite taille peut être mise en faillite suite à des hospitalisations coûteuses successives.

La protection apportée doit être visible

Même si tous ont compris les principes d'entraide et de prévoyance, les membres d'une mutuelle doivent pouvoir constater que leur système fonctionne, parce que :

- Le paiement d'une cotisation régulière impose une certaine contrainte pour les membres : il faut sortir de l'argent de sa poche tous les jours ou s'acquitter d'un montant assez important chaque année.
- La cotisation est versée dans un fonds commun et beaucoup de groupements ont connu dans leur passé des problèmes de mauvaise

gestion, volontaire ou pas. Une méfiance risque de s'instaurer rapidement si les prises en charge sont rares.

- L'un des principes de base de la mutuelle est sa gestion démocratique. Son application nécessite de réunir régulièrement ses membres. Ces derniers seront cependant peu motivés si leur système est peu actif.

Par conséquent, une mutuelle qui choisit de couvrir des risques dont la fréquence de survenue est très faible (grosses hospitalisations, chirurgie) sera peu vivante et finalement démotivant. A l'inverse, une mutuelle qui couvre les petits risques sera très active, donc très visible, mais sera peut-être peu accessible aux familles les plus démunies et nécessitera une gestion délicate.

Afin d'assurer une certaine visibilité, une mutuelle doit veiller à ce qu'un nombre suffisamment important de familles couvertes bénéficient dans l'année chacune d'au moins une prise en charge.

La couverture des petites hospitalisations et des accouchements répond assez bien à ce critère.

Prenons l'exemple d'une mutuelle de 170 membres qui adhèrent avec leur famille, soit en tout 1.000 bénéficiaires.

Suite au travail d'étude, les promoteurs de la mutuelle estiment les taux de risques en petite hospitalisation à 8% et pour les accouchements à 4,5%.

Pour 1.000 bénéficiaires, le nombre de cas attendus pour ces deux risques serait par an de :

$$(1.000 \times 8\%) + (1.000 \times 4,5\%) = 125 \text{ cas.}$$

Sur 170 familles, on peut penser que plus de la moitié bénéficieront des prestations de leur mutuelle dans l'année.

Celles-ci auront pu tester elles-mêmes les avantages de la mutuelle mais aussi, à conditions que les membres se connaissent et se côtoient régulièrement, montrer aux autres que le système fonctionne et remplit ses engagements.

La cotisation doit être accessible

Le niveau de protection qu'une mutuelle peut proposer à ses membres dépend en grande partie de leurs revenus et surtout de leur capacité contributive, leur pouvoir d'achat, en matière de santé.

Un montant de cotisation trop élevé s'avérera dissuasif pour une grande majorité de membres : Une mutuelle qui rend tous les soins de santé, primaires et secondaires, entièrement gratuits sera peut-être très attirante, mais économiquement et financièrement peu accessible.

A l'inverse, plusieurs expériences de mutuelles montrent que celles qui ont les cotisations les plus faibles ont des taux d'adhésion élevés.

Comme toute entreprise, une mutuelle de santé est confrontée au phénomène classique d'élasticité de la demande d'un produit ou d'un service par rapport à son prix : Plus le prix est élevé et moins les acheteurs potentiels sont intéressés.

Par conséquent, un montant de cotisation trop élevé tend à décourager les adhésions. A l'inverse, les mutuelles dont les cotisations sont faibles sont souvent celles qui fonctionnent le mieux.

L'élasticité ne dépend pas cependant uniquement du montant de la cotisation. Elle est en effet également influencée par la perception du risque financier par la population cible de la mutuelle.

Lors de la sélection des soins de santé à couvrir, les membres doivent estimer les conséquences en terme de montant de cotisation nécessaire et vérifier si celle-ci est abordable pour tous.

Par ailleurs, le montant de cotisation dépend également des modes de prise en charge des dépenses de soins. Un système d'assurance ne couvre généralement qu'une partie des dépenses, le malade devant supporter le reste.