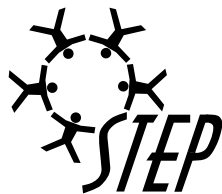


Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé

Tome 1: Démarche



Le programme global Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) du Bureau international du Travail (BIT) intervient dans deux domaines thématiques interdépendants: extension de la protection sociale aux exclus et approches intégrées d'inclusion sociale.

STEP appuie la conception et la diffusion de systèmes novateurs destinés à la protection sociale des populations exclues, notamment de l'économie informelle. STEP travaille en particulier sur les systèmes basés sur la participation et l'organisation des exclus. Il œuvre également au renforcement des liens entre ces systèmes et les autres mécanismes de protection sociale. Il soutient ainsi la mise en place de systèmes nationaux de protection sociale cohérents basés sur les valeurs d'efficacité, d'équité et de solidarité.

STEP situe son action en matière de protection sociale dans le cadre plus large de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il s'attache en particulier à une meilleure compréhension des phénomènes d'exclusion sociale et au renforcement, sur le plan méthodologique et stratégique, des approches visant à réduire ce problème. STEP met l'accent dans ce domaine sur les articulations entre les niveaux locaux et nationaux tout en contribuant aux travaux et agendas internationaux.

Dans ses interventions, STEP combine différents types d'activités: réalisation d'études et de recherches, production d'outils méthodologiques et d'ouvrages de référence, exécution de projets sur le terrain, appui technique à la définition et à la mise en œuvre de politiques, formation et mise en réseaux des acteurs.

L'action du programme s'inscrit dans l'intervention plus large du Service Politiques et Développement de la Sécurité sociale et en particulier dans la Campagne mondiale sur la Sécurité sociale et la Couverture pour tous.

Programme STEP

Service Politiques et Développement de la Sécurité sociale

Bureau international du Travail

4, route des Morillons

CH-1211 Genève 22, Suisse

Tél. (41 22) 799 65 44

Fax (41 22) 799 66 44

E-mail: step@ilo.org

Internet: www.ilo.org/step

Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé

Tome 1: Démarche

Copyright © Organisation internationale du Travail 2005
Première édition 2005

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

BIT

Guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé

Genève, Bureau international du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), 2005

Guide, assurance-maladie, participation de la communauté, gestion, évaluation. 02.07.1

ISBN Tome 1: 92-2-216571-3

ISBN Tome 2: 92-2-216572-1

ISBN Tome 1 et 2: 92-2-216573-X

Données de catalogage du BIT

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par email: pubvente@ilo.org ou par notre site web: www.ilo.org/publns

Remerciements

Ce guide a été produit par le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Service Politiques et Développement de la Sécurité sociale du BIT. Il est basé notamment sur le travail des experts nationaux du programme qui ont considérablement enrichi le contenu de ce guide. De nombreux autres acteurs du développement des systèmes de micro-assurance santé ont collaboré à sa production. Le programme STEP remercie chaleureusement toutes ces personnes pour leurs commentaires et leur appui.

Si vous souhaitez faire parvenir vos commentaires, vos critiques, les résultats de vos travaux ou obtenir des renseignements complémentaires, contactez:

BIT/STEP

Service Politiques et Développement
de la Sécurité sociale
4, route des Morillons
CH-1211 Genève 22, Suisse
Tél. (41 22) 799 65 44
Fax (41 22) 799 66 44
E-mail: step@ilo.org
Internet: www.ilo.org/step

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Liste des sigles | XI |
| Introduction | 1 |
| Quelle est l'origine du guide? | 1 |
| Quels sont l'objectif et le champ du guide? | 2 |
| Quelles sont les limites du guide? | 2 |
| Comment le guide est-il structuré? | 4 |
| <i>Structure du tome 1: Démarche</i> | 4 |
| <i>Structure du tome 2: Outils</i> | 5 |
| A qui le guide s'adresse-t-il et comment l'utiliser? | 6 |
| 1. Caractéristiques et rôle de l'étude de faisabilité | 7 |
| Qu'est-ce qu'une étude de faisabilité? | 7 |
| Qui réalise l'étude de faisabilité? | 9 |
| <i>Les compétences requises</i> | 9 |
| <i>Le rôle du promoteur</i> | 9 |
| <i>Le rôle de la population cible</i> | 10 |
| <i>La réalisation de l'étude de faisabilité demande aussi la participation d'autres acteurs</i> | 10 |
| A quel moment réaliser une étude de faisabilité? | 12 |
| <i>L'étude de faisabilité doit être réalisée avant le démarrage d'un nouveau système</i> | 12 |
| <i>L'étude de faisabilité doit être réalisée avant chaque nouvelle phase d'activité</i> | 12 |
| 2. Phase initiale de préparation et de programmation de l'étude de faisabilité | 15 |
| Introduction | 15 |
| <i>Objectif de la phase initiale</i> | 15 |
| <i>Contenu du chapitre</i> | 15 |
| Action 1: Vérifier que les conditions préalables sont réunies | 16 |
| <i>Condition 1: Il existe un besoin prioritaire de protection face au risque financier lié à la maladie et la maternité</i> | 18 |
| <i>Condition 2: Des services de santé de qualité acceptable sont disponibles</i> | 19 |
| <i>Condition 3: La population cible fait confiance aux promoteurs du projet et aux autres personnes impliquées</i> | 19 |
| <i>Condition 4: Des traditions d'entraide existent au sein de la population cible</i> | 20 |
| <i>Condition 5: Une dynamique de développement socio-économique est engagée</i> | 20 |
| <i>Condition 6: Le nombre de personnes potentiellement couvertes est suffisamment important et ce, dès la première année</i> | 20 |
| Action 2: Confirmer la possibilité de créer un système de micro-assurance santé et lancer l'étude de faisabilité | 21 |

| | |
|---|-----------|
| Action 3: Constituer le comité de pilotage | 21 |
| <i>Etape 1: Constituer le comité de pilotage</i> | 22 |
| <i>Etape 2: Etudier les besoins en formation et faire bénéficier les membres du comité de pilotage d'une formation</i> | 23 |
| Action 4: Programmer l'étude de faisabilité | 24 |
| <i>Etape 1: Identifier les différentes phases de l'étude, les activités et les tâches</i> | 25 |
| <i>Etape 2: Estimer la durée de chaque tâche</i> | 26 |
| <i>Etape 3: Organiser les activités et les tâches dans un calendrier</i> | 27 |
| Action 5: Préparer le budget prévisionnel de l'étude de faisabilité | 28 |
| Action continue: Engager un dialogue avec la population cible et les autres acteurs autour des problèmes liés à la santé et à l'accès aux soins | 29 |
| | |
| 3. Phase de collecte et d'analyse des données | 31 |
| Introduction | 31 |
| <i>Objectifs de la phase de collecte et d'analyse des données</i> | 31 |
| <i>Contenu du chapitre</i> | 31 |
| Etape 1: Définir la démarche de la collecte | 32 |
| <i>Action 1: Remplir le tableau stratégique</i> | 33 |
| <i>Action 2: Remplir le tableau de mise en œuvre</i> | 39 |
| Etape 2: Construire les supports de collecte de l'information | 40 |
| <i>Premier cas: Le support de collecte est une grille de saisie</i> | 41 |
| <i>Deuxième cas: Le support de collecte est un formulaire d'entretien ou un questionnaire d'enquête</i> | 41 |
| Etape 3: Préparer et effectuer la collecte | 42 |
| <i>Préparer la collecte</i> | 42 |
| <i>Effectuer la collecte</i> | 43 |
| Etape 4: Transformer les données collectées en données exploitables | 43 |
| | |
| 4. Phase de définition du système de micro-assurance santé | 45 |
| Introduction | 45 |
| <i>Objectif de la phase de définition du système</i> | 45 |
| <i>Contenu du chapitre</i> | 46 |
| Etape 1: Choisir ou confirmer le choix de la population cible | 47 |
| Etape 2: Présélectionner les services de santé à couvrir | 48 |
| <i>Action 1: Présélectionner les services de santé à couvrir</i> | 49 |
| <i>Action 2: Définir éventuellement plusieurs formules de couverture et les services inclus pour chacune d'elles</i> | 50 |
| <i>Action 3: Prendre en compte le mode de facturation de l'offre de soins</i> | 50 |
| Etape 3: Choisir les prestataires de soins partenaires | 51 |
| <i>Choisir les prestataires de soins</i> | 52 |
| Etape 4: Choisir les services et les prestataires de soins avec lesquels utiliser un mécanisme de tiers payant | 53 |
| <i>Choisir les services faisant l'objet du tiers payant</i> | 53 |
| Etape 5: Choisir les formules de couverture et calculer les cotisations correspondantes | 54 |
| <i>Action 1: Définir des scénarios</i> | 56 |
| <i>Action 2: Calculer les montants de cotisation pour les différents scénarios</i> | 56 |

| | |
|--|-----------|
| Action 3: Prendre en compte le niveau de la disposition à payer de la population cible | 61 |
| Action 4: Choisir le (ou les) couple(s) prestations/cotisations | 61 |
| Etape 6: Préparer les accords avec les organisations partenaires notamment avec les prestataires de soins | 66 |
| Action 1: Définir des normes de qualité, des protocoles thérapeutiques et se mettre d'accord sur des tarifs | 67 |
| Action 2: Choisir les modes de paiement des soins aux prestataires et les mécanismes de remboursement | 67 |
| Etape 7: Définir l'organisation du système | 69 |
| Action 1: Définir l'articulation avec les autres activités de l'organisation responsable | 70 |
| Action 2: Choisir la forme juridique du système de micro-assurance santé | 71 |
| Action 3: Définir l'organisation du système de micro-assurance santé: les différents organes et les acteurs | 71 |
| Etape 8: Définir les modalités de fonctionnement du système | 72 |
| Action 1: Définir les principales règles de fonctionnement | 74 |
| Action 2: Décrire les principales procédures de gestion | 82 |
| Action 3: Définir les procédures de suivi | 82 |
| Action transversale: Veiller à ce que les règles de fonctionnement permettent de prémunir le système contre les risques liés à l'assurance | 83 |
| Etape 9: Etablir le budget prévisionnel du système de micro-assurance santé | 85 |
| 5. Phase de préparation de la mise en place du système | 87 |
| Introduction | 87 |
| Objectifs de la phase de préparation de la mise en place | 87 |
| Contenu du chapitre | 87 |
| Le rapport de l'étude de faisabilité | 88 |
| Le plan d'actions | 89 |
| Les statuts et l'organigramme | 89 |
| Le règlement intérieur ou le contrat | 90 |
| Le règlement intérieur (cas d'une mutuelle) | 90 |
| Le contrat | 91 |
| Les supports de gestion (documents, outils) | 92 |
| Les supports relatifs à la gestion des adhésions | 92 |
| Les supports relatifs à la gestion des cotisations | 93 |
| Les supports relatifs à la gestion des prestations | 94 |
| Le manuel de procédures | 95 |
| Les conventions avec les prestataires de soins | 96 |
| Index des tomes 1 et 2 | 97 |
| Bibliographie | 99 |

Liste des sigles

| | |
|-------|--|
| ASBL | Association sans but lucratif |
| BIT | Bureau international du Travail |
| CIDR | Centre International de Développement et de Recherche |
| CPN | Consultation prénatale |
| DCI | Dénomination commune internationale |
| DTC 1 | Première dose du vaccin antidiphtérique, antitétanique, anticoquelucheux |
| FNPC | Fédération nationale des producteurs de café |
| MAS | Micro-assurance santé |
| OIT | Organisation internationale du Travail |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| STEP | Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté |
| UM | Unité monétaire |

Introduction

Quelle est l'origine du guide?

Dans les pays en voie de développement ou en transition la grande majorité des personnes ne bénéficie d'aucune protection sociale, c'est-à-dire notamment d'aucune couverture financière en cas de maladie, d'accident ou de décès. L'absence de protection sociale en matière de santé touche près de 80% de la population dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud, et près de la moitié de la population en Amérique latine et dans le reste de l'Asie.

Les personnes exclues des systèmes de protection sociale sont pour la plupart des travailleurs de l'économie informelle et leurs familles. Les systèmes de sécurité sociale existants ont des difficultés à atteindre ces populations. Dans la plupart des cas, l'extension de la protection sociale à ces personnes passe par des mécanismes nouveaux et adaptés.

Ces mécanismes reposent le plus souvent sur des initiatives prises par les populations elles-mêmes et par différents acteurs de la société civile: ONGs, syndicats, institutions de microfinance, hôpitaux ou centres de santé, etc. Parmi les initiatives apportant une couverture en cas de maladie, les systèmes de micro-assurance santé connaissent une croissance en nombre importante.

Le terme de micro-assurance santé regroupe une grande diversité de systèmes: les mutuelles de santé qui sont des associations autonomes basées sur la solidarité et la participation démocratique de leurs adhérents, les assurances organisées et gérées par les prestataires de soins (un centre de santé ou un hôpital peut proposer à ses usagers de payer une cotisation donnant droit à une réduction du prix des soins ou à la gratuité de certains services de santé), les systèmes d'assurance santé mis en place par d'autres acteurs parmi lesquels les ONGs, les institutions de microfinance, les coopératives, les syndicats.

Les systèmes de micro-assurance santé ont en commun d'utiliser un mécanisme, l'assurance, qui repose sur le paiement préalable de cotisations (ou primes)¹, le partage des risques et la notion de garantie. Les cotisations des assurés sont mises en commun et servent à couvrir les dépenses des seules personnes affectées par la survenue d'un certain nombre de risques précisément déterminés. Les assurés, en contrepartie du versement de leurs cotisations, obtiennent de l'assureur la garantie de cette réparation financière. Ils renoncent à la propriété des cotisations versées et ne peuvent donc plus les réclamer.

Le dynamisme des systèmes de micro-assurance santé ne doit pas masquer leur fragilité. De création récente dans un environnement où ce type d'initiatives est encore rare, ces systèmes ne disposent pas du recul et de l'expérience nécessaires à la connaissance précise des risques financiers. Leurs protections financières – réserves, réassurance – et les compétences de leurs promoteurs en matière d'assurance sont encore limitées.

Dans ce contexte, les fondations des systèmes de micro-assurance santé – c'est-à-dire les hypothèses sur lesquelles ceux-ci sont construits – doivent être particulièrement solides. Un système aura d'autant plus de chances de survivre puis de se développer qu'il aura été au départ bien conçu. La conduite d'une étude de faisabilité avant la mise en place d'un système ou avant une nouvelle phase de développement de celui-ci apparaît donc essentielle.

L'idée de réaliser un guide pour l'étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé est partie d'un double constat:

¹ Le terme «prime» est fréquemment utilisé dans les assurances commerciales. Dans le souci de ne pas alourdir la formulation, il sera fait usage uniquement du terme «cotisation» dans ce guide.

- il est important de définir avec précision les caractéristiques du système de micro-assurance santé en fonction de son contexte pour assurer sa pérennité et sa viabilité. L'étude de faisabilité est l'un des facteurs – mais pas le seul – de réussite d'un système de micro-assurance santé;
- les différents promoteurs doivent disposer d'un ensemble cohérent de méthodes et d'outils pour mener à bien ce type d'étude.

Ce guide a été produit par le programme «Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté» (STEP) du Secteur de la Protection sociale du BIT, qui s'attache depuis plusieurs années à renforcer les capacités techniques des promoteurs et des responsables de systèmes de micro-assurance santé et de leurs structures d'appui.

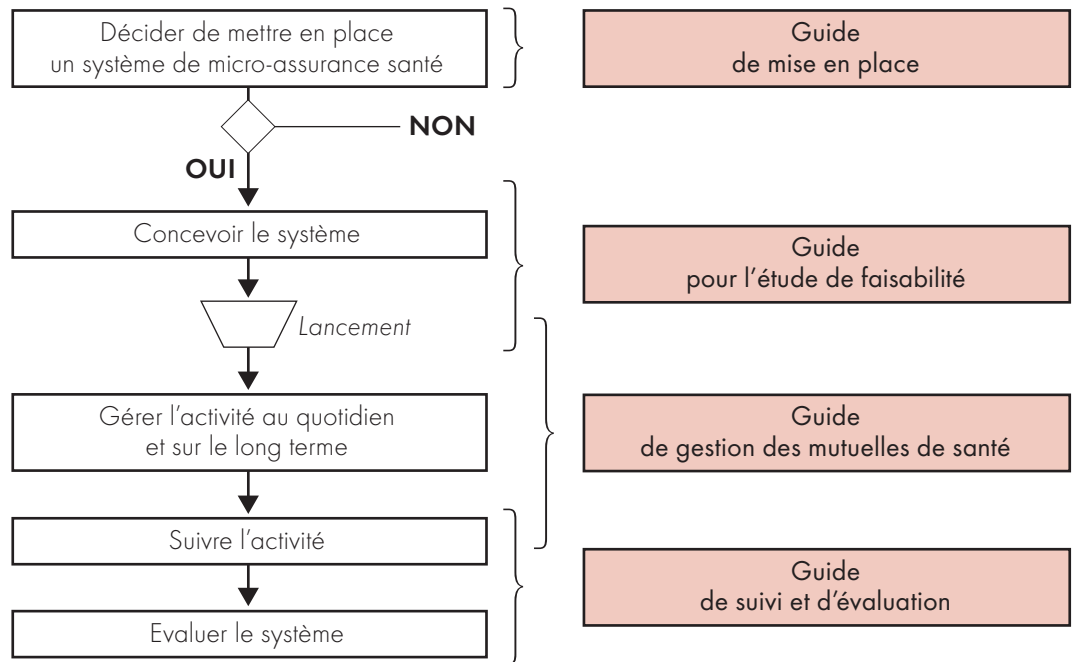
Quels sont l'objectif et le champ du guide?

L'objectif principal du guide est d'encourager et d'appuyer la conduite d'une étude de faisabilité systématique avant la mise en place d'un système de micro-assurance santé, ou lors de son développement. Le guide propose ainsi un mode d'emploi pour conduire une étude de faisabilité, comprenant une démarche à suivre dans le tome 1, ainsi que des méthodes et des outils dans le tome 2.

Le guide pour l'étude de faisabilité s'inscrit dans un ensemble structuré de guides produits par le programme STEP. Le champ du guide pour l'étude de faisabilité s'arrête par conséquent là où ceux des autres guides commencent. En particulier, ce guide ne traite pas de la pertinence de mettre en place un système de micro-assurance santé. Il n'explique pas non plus de manière précise et systématique comment fonctionne la micro-assurance santé. Ces deux aspects seront examinés dans le guide traitant de la mise en place des systèmes (à paraître). Le guide pour l'étude de faisabilité permet aux acteurs de concevoir le futur système de micro-assurance santé, et par conséquent de définir son organisation et ses règles de fonctionnement. Il n'explique cependant pas en détail comment gérer au quotidien l'activité du système, ceci fait l'objet du *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique* (BIT-STEP, 2003). Les aspects de suivi-évaluation sont quant à eux approfondis par le *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé* (BIT-STEP, 2001). La séparation des champs des différents guides est illustrée par le schéma ci-contre.

Quelles sont les limites du guide?

Le guide est conçu en priorité pour des organisations locales gérant une assurance santé. Le guide distingue les systèmes qui reposent sur une participation active des adhérents à la gestion et les systèmes qui ne prévoient pas cette participation. Le premier type comprend notamment les mutuelles de santé. Le deuxième type comprend notamment des systèmes gérés par des prestataires de soins, des institutions de microfinance, etc. Cette classification permet de proposer des méthodes et des outils adaptés aux principaux types de systèmes. Elle ne permet pas en revanche de prendre en compte l'ensemble des spécificités des systèmes existants.



Le guide traite uniquement de la mise en place ou du développement d'une activité d'assurance santé. Il ne traite pas de la faisabilité d'autres activités comme l'épargne et le crédit santé, l'installation et la gestion d'un centre de santé ou d'une pharmacie, qui peuvent être également initiées par les systèmes de micro-assurance santé ou les organisations locales.

Le guide s'adresse aux opérateurs de systèmes locaux quelle que soit leur implantation géographique: Afrique, Asie du Sud-Est, Subcontinent indien, Amérique latine. Les méthodes et outils présentés sont néanmoins en grande partie issus des expériences du programme STEP en Afrique de l'Ouest depuis 1998.

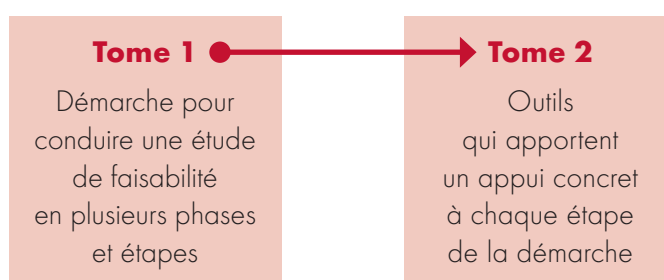
Le guide donne une démarche et des outils utiles pour définir un système de micro-assurance santé mais il ne suffit pas pour la conduite des différentes activités du système une fois celui-ci mis en place. Le lecteur est donc invité à utiliser d'autres guides publiés par le BIT/STEP notamment le *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, BIT/STEP, 2003 et le *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé*, BIT/STEP et CIDR, 2001. En outre, des formations ou un appui complémentaires doivent être envisagés au moment du démarrage des activités notamment dans les domaines de la gestion, de la comptabilité et de l'analyse financière.

Le guide ne propose pas de «recettes miracles» pour réussir une étude de faisabilité et cette dernière repose avant tout sur l'esprit créatif des promoteurs du système de micro-assurance. Son contenu est à utiliser comme une base de réflexion et une boîte à outils permettant de définir et mettre en œuvre une démarche adaptée à un contexte ou à un cas donné.

Comment le guide est-il structuré?

Le guide est composé de deux tomes:

- le premier tome est consacré à la présentation d'une démarche de conduite d'une étude de faisabilité et permet d'aider les acteurs à organiser la conduite de l'étude;
- le second tome propose des exemples de supports, d'outils, de méthodes d'analyse et de calcul, des cas pratiques, qui apportent un appui concret à chaque étape de la démarche. Il permet de rendre accessible certaines tâches techniques effectuées au cours de l'étude de faisabilité comme la rédaction d'un questionnaire, l'exploitation des résultats d'une enquête, le calcul des cotisations, la rédaction de contrats ou de conventions, etc.



Structure du tome 1: Démarche

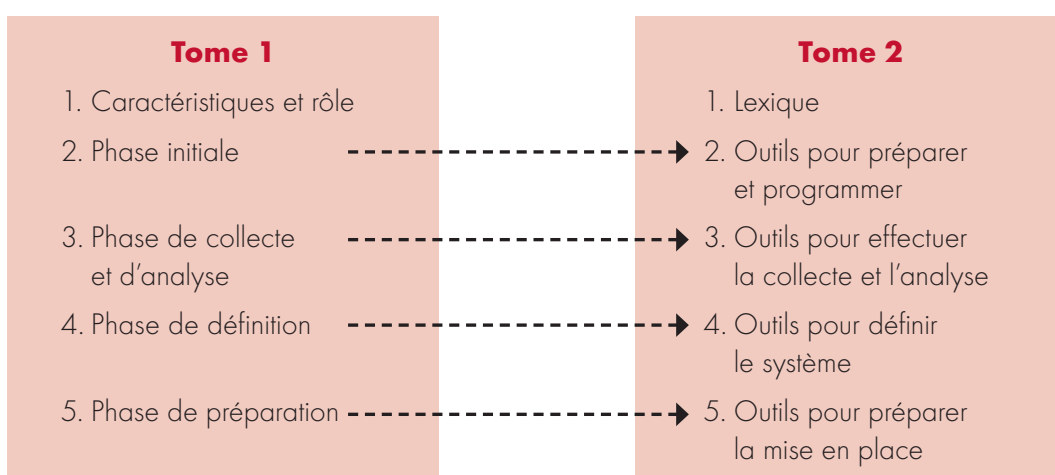
Le tome 1 comporte 5 chapitres:

| | |
|---------------|--|
| Le chapitre 1 | « Caractéristiques et rôle de l'étude de faisabilité» donne une présentation générale de l'étude de faisabilité, des acteurs impliqués, de la place et de l'importance de l'étude dans la vie d'un système de micro-assurance santé. |
| Le chapitre 2 | « Phase initiale de préparation et de programmation de l'étude de faisabilité» décrit les actions qu'il est conseillé de réaliser avant de se lancer dans l'étude de faisabilité. Il convient tout d'abord de vérifier la pertinence de l'étude et ensuite de préparer le démarrage de l'étude proprement dite: constitution d'une équipe, programmation des activités, etc. |
| Le chapitre 3 | « Phase de collecte et d'analyse des données» propose une méthode pour conduire une collecte de manière cohérente et rigoureuse. La démarche de collecte proposée comporte plusieurs étapes: définir la démarche de la collecte (étape 1), construire les supports de collecte de l'information (étape 2), préparer et effectuer la collecte (étape 3), transformer les données collectées en données exploitables (étape 4). |
| Le chapitre 4 | « Phase de définition du système de micro-assurance santé» propose une démarche pour concevoir le système. Cette démarche comporte plusieurs étapes, correspondant chacune à la définition de l'un des aspects du système: le choix des prestataires de soins, le choix du (ou des) couple(s) prestations/cotisations, le choix de l'organisation du système, etc. Pour certaines étapes, le chapitre suggère d'utiliser une méthode participative, associant différents acteurs au processus de choix. |
| Le chapitre 5 | « Phase de préparation de la mise en place du système» présente brièvement le rapport de l'étude de faisabilité ainsi que les documents et outils de référence qu'il est utile de produire à la fin de l'étude de faisabilité pour fixer l'ensemble des choix effectués au cours de la phase de définition du système et pour pouvoir démarrer les activités. |

Structure du tome 2: Outils

Le tome 2 comporte tout d'abord un lexique technique qui permet de préciser les termes utilisés dans l'ensemble du guide et ensuite 4 chapitres (2 à 5) qui répondent aux chapitres 2 à 5 du tome 1 en proposant des outils adaptés pour les différentes phases et étapes de l'étude de faisabilité.

| | |
|----------------------|---|
| Le chapitre 1 | « Lexique technique » définit les termes techniques marqués du symbole «*» lors de leur première apparition dans le texte. |
| Le chapitre 2 | «Outils pour préparer et programmer l'étude de faisabilité» offre un appui concret pour organiser des séances de discussion avec la population cible, et préparer l'étude de faisabilité: programmation, budget prévisionnel. |
| Le chapitre 3 | «Outils pour effectuer la collecte et l'analyse des données» offre un appui concret pour définir la démarche de la collecte, construire des supports de collecte de l'information, calculer la taille d'un échantillon représentatif et transformer les données collectées en données utilisables lors de la phase de définition du système. |
| Le chapitre 4 | «Outils pour définir le système de micro-assurance santé» propose des supports de restitution des données collectées, des supports permettant de faciliter le processus de choix, des définitions et schémas permettant de comprendre ou d'expliquer certains mécanismes, des formules de calcul, des cas pratiques. |
| Le chapitre 5 | «Outils pour préparer la mise en place du système» propose des trames ou des plans de documents, voire des exemples de documents rédigés: contrat, convention, etc. |



Les chapitres 2, 3, 4 et 5 du tome 2 viennent en appui aux chapitres correspondants du tome 1.

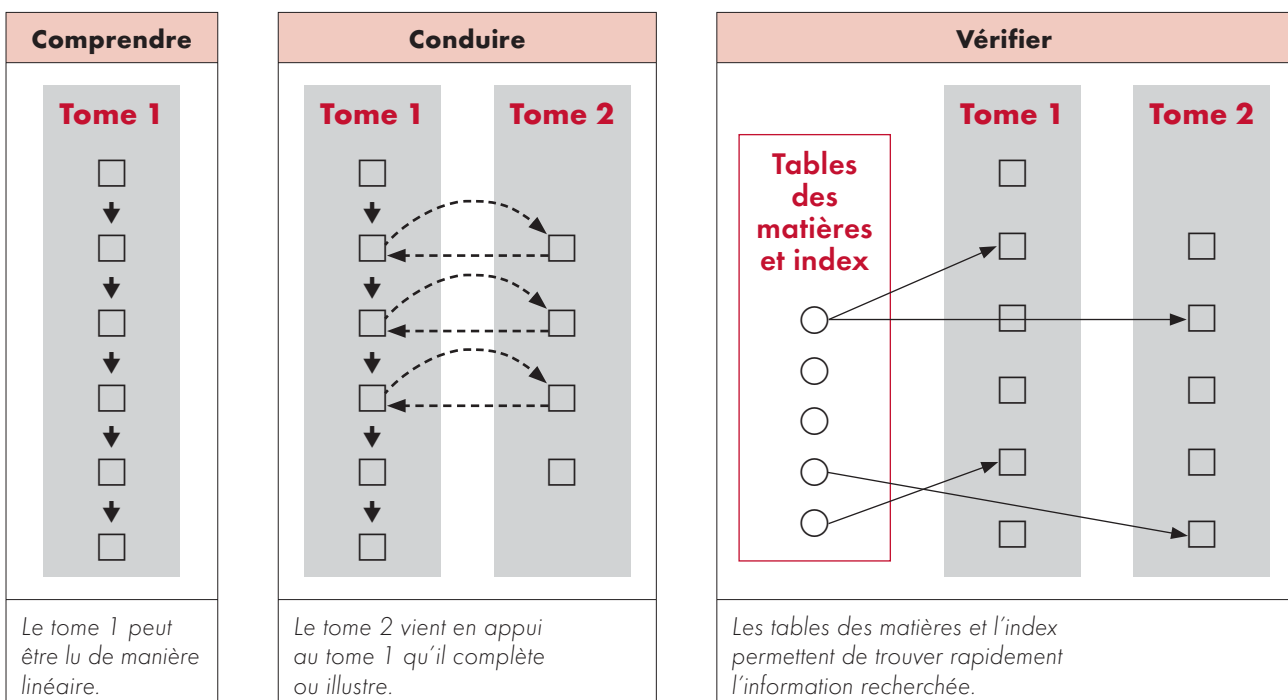
A qui le guide s'adresse-t-il et comment l'utiliser?

Le guide s'adresse aux personnes qui souhaitent comprendre ce qu'est une étude de faisabilité de systèmes de micro-assurance santé. Ces personnes peuvent se contenter de lire le premier tome du guide qui se concentre sur la démarche de conduite d'une étude de faisabilité.

Il s'adresse aussi aux personnes qui souhaitent concrètement conduire l'étude de faisabilité d'un système de micro-assurance santé soit pour concevoir et mettre en place un nouveau système, soit pour préparer une nouvelle phase de développement d'un système existant: mise en place de nouvelles garanties, refonte des procédures de gestion, extension de la couverture géographique, etc. Il est conseillé pour ces personnes d'utiliser simultanément les tomes 1 et 2. Le tome 1 permet de comprendre ce que l'on fait et pourquoi. Il comporte par ailleurs de nombreux renvois vers des sections spécifiques du tome 2. Ce dernier est une vaste boîte à outils qui ne doit pas être lue de manière linéaire (du début à la fin), mais en appui ponctuel à certaines parties du tome 1, en suivant les renvois effectués depuis ce dernier.

La conduite d'une étude de faisabilité suppose un ensemble de compétences qu'il est rare de trouver chez une seule et même personne. C'est pourquoi les équipes chargées de conduire ce type d'études sont souvent pluridisciplinaires, et peuvent en outre faire appel à des compétences extérieures, notamment pour la réalisation de certaines tâches techniques comme l'organisation d'une collecte de données, l'analyse des résultats de la collecte, le calcul des cotisations, la rédaction de documents juridiques. Suivre l'ensemble des recommandations du guide est dès lors difficile pour une seule et même personne. Chaque utilisateur ira plutôt «piocher» au sein du guide la démarche et les outils lui permettant de conduire la ou les étapes de l'étude dont il a la responsabilité.

Ce guide peut enfin être utilisé en dehors du cadre de l'étude de faisabilité comme un ouvrage de référence permettant au lecteur de vérifier, lorsqu'il en a besoin, une formule de calcul, de s'inspirer d'un exemple de questionnaire, ou de contrat, de réutiliser une méthode comme celle du tableau de rôles, de vérifier un raisonnement ou une définition. L'utilisateur peut alors se servir des tables des matières et de l'index afin d'atteindre rapidement l'information recherchée.



1. Caractéristiques et rôle de l'étude de faisabilité

Qu'est-ce qu'une étude de faisabilité?

L'étude de faisabilité* est la première étape de tout projet de création ou de développement d'un système de micro-assurance santé*. Elle a pour objectifs de:

- apprécier la pertinence du futur système de micro-assurance santé, c'est-à-dire de vérifier qu'il offre une réponse appropriée aux problèmes posés en tenant compte du contexte;
- définir pour le futur système des caractéristiques qui favorisent son développement et lui permettent d'être viable;
- décrire une situation initiale servant de référence pour l'évaluation ultérieure de l'impact du système sur le contexte sanitaire et l'accès aux soins*.

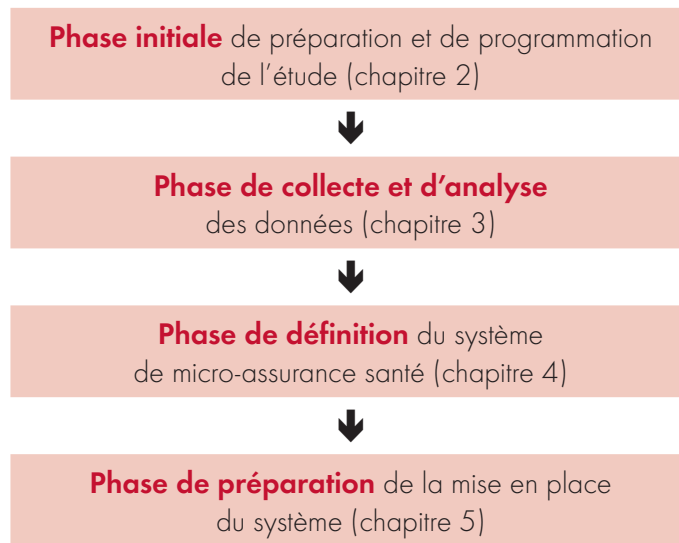
Remarque: Dans certains cas, mettre en place un système de micro-assurance santé n'est pas la réponse la plus appropriée. Ainsi, dans un contexte dépourvu de formations sanitaires* de qualité acceptable, il convient plutôt de renforcer la qualité des structures sanitaires existantes – voire de créer de nouvelles formations sanitaires – avant de mettre en place un système de micro-assurance santé. Autre exemple, face à certains besoins de couverture de petits risques*, d'autres modes de financement peuvent être aussi efficaces que l'assurance*: le prépaiement*, l'épargne santé*, le crédit santé*.

Il s'agit par conséquent de débiter l'étude de faisabilité avec l'esprit le plus ouvert possible, sans idée préconçue sur le type de système à mettre en place ni sur les prestations* qui seront offertes. Il faut éviter de faire du «mimétisme»: ce n'est pas parce qu'il existe un système de micro-assurance santé fonctionnel dans le pays, la région, voire le village voisin, que celui-ci est adapté aux besoins et aux caractéristiques de la population cible* et du contexte du futur système de micro-assurance santé.

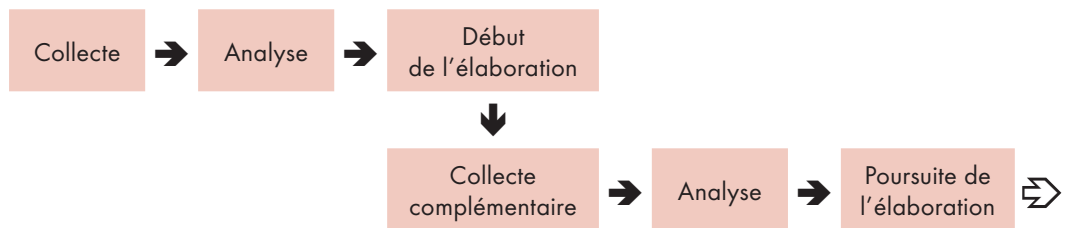
L'étude de faisabilité permet plus particulièrement de:

- mettre en évidence les problèmes posés: difficulté de la population cible à faire face aux dépenses de santé, problèmes de qualité des formations sanitaires, etc.;
- identifier les causes de ces problèmes: variations saisonnières des revenus, niveau de revenu insuffisant pour faire face à certaines dépenses de santé comme l'hospitalisation, manque de motivation du personnel de santé, etc.;
- valider l'idée de créer un système de micro-assurance santé;
- collecter les données permettant d'effectuer des choix pertinents et de concevoir un système de micro-assurance santé solide;
- définir le système de micro-assurance santé: services couverts et niveaux de prise en charge*, organisation du système, règles de fonctionnement, etc.;
- préparer son implantation ou son développement: élaborer la stratégie et la programmation de la mise en place, les documents de référence, les supports et les outils nécessaires au démarrage des activités;
- préparer la création officielle du système.

De manière très schématique, l'étude de faisabilité se décompose en quatre phases:



Dans la pratique, l'étude de faisabilité est le plus souvent conduite de manière non linéaire, avec un va-et-vient entre l'analyse de la situation - fondée sur la collecte et l'analyse des données - et l'élaboration du système.



Qui réalise l'étude de faisabilité?

Les compétences requises

Conduire une étude de faisabilité requiert un certain nombre de compétences et de connaissances:

| | Compétences et connaissances requises |
|--|---|
| Phase initiale | <ul style="list-style-type: none"> ● Connaissances générales en matière d'assurance santé et de gestion de projet ● Capacité d'analyse ● Aptitude à conduire des réunions, capacité d'écoute et de dialogue |
| Phase de collecte et d'analyse des données | <ul style="list-style-type: none"> ● Connaissance du contexte et des sources d'information disponibles ● Connaissances générales en matière d'assurance santé ● Compétences en matière de conduite d'entretiens, d'administration de questionnaires d'enquête ● Compétences informatiques pour la saisie des données ● Aptitude à manier les chiffres: calculs d'indicateurs, interprétation des résultats |
| Phase de définition du système | <ul style="list-style-type: none"> ● Aptitude à conduire des réunions, capacité d'écoute et de dialogue ● Maîtrise technique dans le domaine de l'assurance santé en particulier en ce qui concerne le calcul de cotisations*, l'organisation et les modalités de fonctionnement d'un système (règles et procédures) ● Connaissances générales en matière de comptabilité et finance pour l'élaboration du budget prévisionnel |
| Phase de préparation de la mise en place | <ul style="list-style-type: none"> ● Capacité de synthèse pour rédiger le rapport de l'étude de faisabilité ● Compétences en matière de rédaction de documents de nature juridique et d'outils de gestion* comme le manuel de procédures ● Compétences informatiques si mise en place d'un logiciel de gestion |

Le rôle du promoteur

C'est généralement le promoteur du système de micro-assurance santé qui décide de la conduite de l'étude de faisabilité. Le promoteur est une structure qui souhaite créer ou développer un système de micro-assurance santé. Il peut s'agir d'une organisation locale comme une association*, une ONG, une coopérative*, une institution de microfinance, etc., ou encore d'un prestataire de soins* comme un hôpital; ou enfin d'un acteur du développement comme une ONG internationale, un projet de coopération, etc. travaillant éventuellement en partenariat avec une ou plusieurs organisations locales.

Dans certains cas le promoteur dispose en interne des compétences pour réaliser l'étude. Il se charge alors de l'organiser et de la conduire depuis la collecte des informations jusqu'à la conception du système. Lorsqu'il ne réunit pas l'ensemble des compétences requises, le promoteur peut déléguer tout ou partie de la conduite de l'étude à une structure d'appui technique. Responsable de certaines parties de l'étude, le promoteur joue un rôle de supervision et d'orientation des autres acteurs pour la réalisation des travaux qu'il a délégués.

Le rôle de la population cible

La population cible est celle que le futur système envisage de couvrir. Elle comporte l'ensemble des adhérents* potentiels et leurs personnes à charge*. Elle peut être définie sur une base territoriale: il s'agit par exemple de la population implantée autour d'une formation sanitaire, la population d'une commune rurale ou urbaine, etc. Elle peut aussi être définie sur une base socio-économique ou socioprofessionnelle: il s'agit par exemple des membres d'un syndicat ou d'une coopérative, des salariés d'une entreprise, des adhérentes d'une association de femmes, etc. La population cible n'est pas nécessairement homogène. Une importance toute particulière doit être accordée à certains sous-groupes, comme les femmes, jeunes, minorités ethniques, étrangers, etc., qui peuvent représenter une part importante de la population cible.

La population cible est directement concernée par la mise en place du système de micro-assurance santé, puisque celui-ci va a priori modifier son accès aux soins.



Important. Au sein de la population cible, les femmes jouent le plus souvent un rôle prépondérant dans les questions relatives à la santé*, et tout particulièrement dans les domaines de la santé de la reproduction, les soins de maternité et la santé de la famille. Au moment de l'identification des besoins de la population cible et de la définition du système, il importe d'encourager les femmes à s'exprimer et à donner leur avis. Celles-ci sont souvent les mieux placées pour exprimer leurs propres besoins en matière d'accès aux soins ainsi que ceux de leurs enfants. Oublier la voix des femmes peut conduire à la conception d'un système ne répondant pas aux besoins d'une majorité de la population.

La réalisation de l'étude de faisabilité demande aussi la participation d'autres acteurs

Ces acteurs peuvent être les prestataires de soins, les autorités sanitaires*, les autorités locales, les structures d'appui technique, etc. Le rôle des acteurs les plus fréquemment associés à la réalisation des études de faisabilité est présenté ci-dessous.

Les prestataires de soins

Il s'agit des prestataires de soins publics et privés de la zone d'implantation du système de micro-assurance santé: hôpitaux, centres de santé, cliniques, dispensaires, pharmacies, médecins privés, etc.

Les prestataires de soins sont directement concernés par la mise en place et le développement du système de micro-assurance santé, car celui-ci modifie en partie leur cadre d'intervention: le système peut contribuer à accroître la solvabilité de la demande, à introduire de nouvelles normes de qualité ou à modifier les mécanismes de paiement des services de santé.

Lorsque les prestataires de soins ne sont pas eux-mêmes promoteurs du système, il est bon qu'ils participent à certaines étapes de l'étude de faisabilité car cela facilite ensuite les relations que le système entretiendra avec eux. Au moment de la collecte de données, les prestataires de soins peuvent par exemple communiquer des informations sur les services disponibles, la consommation médicale de la population cible, etc.

Néanmoins, lorsque les promoteurs envisagent de sélectionner un ou plusieurs prestataires de soins afin de tisser des accords de partenariat avec certains d'entre eux, il faut veiller à ne pas associer trop étroitement l'ensemble des prestataires existants avant que cette sélection n'ait lieu.

Les autorités sanitaires

Ce sont les organismes de tutelle des formations sanitaires, et dans certains cas, leurs véritables décideurs. Elles comportent les directions départementales, régionales ou centrales de la santé.

La mise en place d'un système de micro-assurance santé peut induire des modifications du fonctionnement des formations sanitaires: nouvelles modalités de paiement, nouvelles exigences de qualité, nouveaux tarifs, etc. Ces modifications fonctionnelles ne peuvent en général être engagées sans l'accord des autorités sanitaires.

Les autorités locales

Ce sont les autorités administratives, religieuses, traditionnelles, ainsi que l'ensemble des leaders locaux. Elles comportent par exemple: le préfet, le maire de la commune, les responsables des communautés religieuses en place, les chefs traditionnels, etc.

La mise en place d'un système de micro-assurance santé introduit une modification du contexte sanitaire et social. Ces modifications peuvent être favorisées par l'accord et l'appui des autorités locales. L'appui des autorités traditionnelles ou religieuses peut par ailleurs faciliter l'adhésion de la population cible.

Les autorités locales doivent par conséquent être informées de la réalisation de l'étude, de son objet et de celui du futur système de micro-assurance santé. Elles peuvent en outre communiquer des informations utiles pour comprendre le contexte socio-économique, ou pour identifier d'autres acteurs clés, comme des organisations de la société civile dynamiques.

Les structures d'appui

Ce sont des organisations locales, régionales, nationales ou internationales en mesure d'apporter un appui méthodologique et technique aux promoteurs du système. L'assistance technique peut venir de services décentralisés de l'Etat, de structures privées (ONGs, bureaux d'études, etc.), de programmes d'appui technique bi- ou multilatéraux, d'unions* ou de fédérations* de systèmes de micro-assurance santé, de coopératives, etc.

Les promoteurs de systèmes de micro-assurance santé ne maîtrisent pas toujours l'ensemble des éléments nécessaires à la conduite d'une étude de faisabilité. Celle-ci suppose en effet un savoir-faire et l'utilisation de méthodes et d'outils spécifiques. Les structures d'appui peuvent, dans le cadre de l'étude de faisabilité:

- apporter un appui méthodologique: savoir-faire en matière de conduite de projet, d'animation, de collecte des données, etc.;
- apporter un appui technique: transfert de compétences, de méthodes et d'outils en matière de collecte et d'analyse des données, de calcul statistique, d'utilisation de logiciels adaptés, etc.;
- apporter un appui financier: financement de formations, de matériel ou apport de ressources pour le démarrage des activités (fonds de réserve*, subvention momentanée ou permanente des cotisations, etc.).

Comme le souligne le chapitre 2 «Phase initiale de préparation et de programmation de l'étude de faisabilité», il est souhaitable que la participation de tous ces acteurs dans l'étude de faisabilité soit coordonnée par un comité de pilotage*.

A quel moment réaliser une étude de faisabilité?

L'étude de faisabilité doit être réalisée avant le démarrage d'un nouveau système

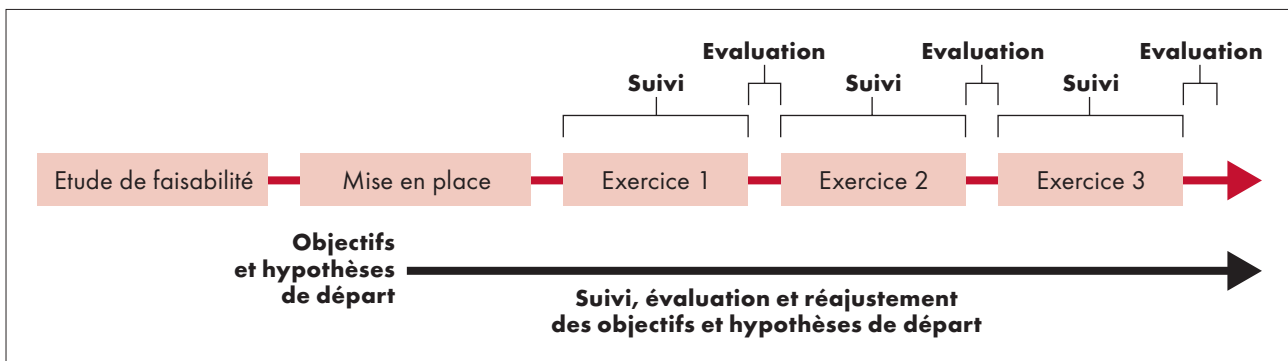
La mise en place d'un nouveau système de micro-assurance santé s'appuie sur les conclusions de l'étude de faisabilité, et notamment sur le choix:

- du (ou des) couple(s) prestations/cotisations*;
- du schéma d'organisation du système;
- d'un ensemble de règles de fonctionnement.

Ces conclusions pourront être ajustées dès les premiers exercices*. Le suivi et l'évaluation jouent à cet égard un rôle crucial car ils permettent d'ajuster le système conçu initialement au regard de l'expérience acquise.

L'étude de faisabilité permet en tout cas de débiter les activités sur de bonnes bases et d'éviter que le système ne soit confronté par la suite à d'importants bouleversements qui pourraient décourager les adhésions et conduire à son échec.

Le schéma suivant illustre le rôle de l'étude de faisabilité dans la définition des objectifs et des hypothèses de départ du système et le rôle du suivi et de l'évaluation dans le réajustement de ceux-ci.



L'étude de faisabilité doit être réalisée avant chaque nouvelle phase d'activité

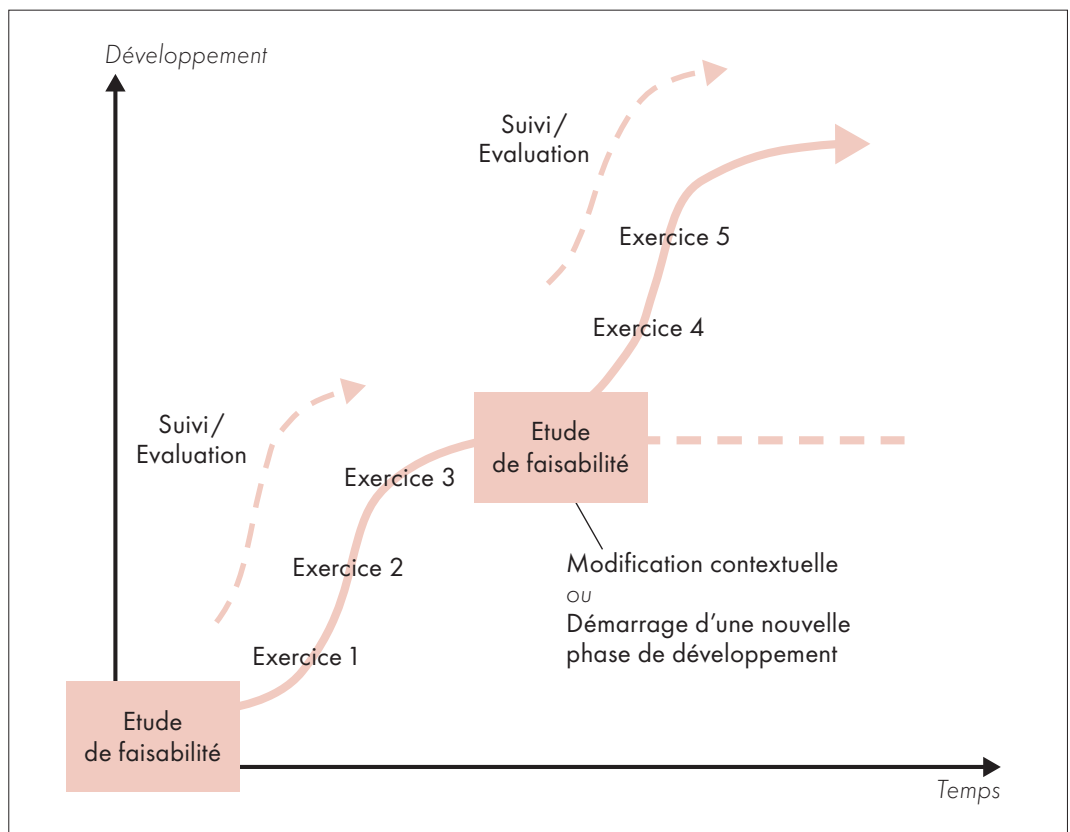
Le développement d'un système de micro-assurance santé au cours des années comporte en général plusieurs phases. A chaque phase correspond un ensemble d'objectifs. Lorsque les objectifs d'une phase sont atteints le système peut soit conserver cette «vitesse de croisière», soit initier une nouvelle phase de développement de ses activités: élargissement de la population couverte, offre de nouvelles prestations, de nouveaux services, accords avec de nouveaux prestataires de soins, etc. Avant le démarrage de cette nouvelle phase, il est important de réaliser une nouvelle étude de faisabilité.

Il se peut aussi, qu'au cours d'une phase de développement, les données du contexte changent et nécessitent de redéfinir certaines des caractéristiques du système. Dans ce cas également, il est important d'effectuer une nouvelle étude de faisabilité.

Exemple: Suite à l'affiliation des membres d'un important syndicat dont les besoins sont différents de ceux de la population cible d'origine, le système envisage de proposer une nouvelle formule de couverture*, plus adaptée à ces nouveaux adhérents.

Ces nouvelles études de faisabilité permettent de vérifier la pertinence des développements ou modifications envisagés et de définir précisément les caractéristiques ou activités du système en veillant à ce qu'elles ne mettent pas en péril sa viabilité et son efficacité.

Le schéma suivant illustre le rôle récurrent de l'étude de faisabilité dans la définition des objectifs et hypothèses de chaque nouvelle phase d'activité du système.



2. Phase initiale de préparation et de programmation de l'étude de faisabilité

Introduction

Objectif de la phase initiale

La phase initiale a pour objectif de préparer l'étude de faisabilité. Elle consiste à :

- vérifier que les conditions préalables à la mise en place d'un système de micro-assurance santé ou au développement d'un système existant sont satisfaites, et de confirmer le lancement de l'étude de faisabilité;
- constituer le comité de pilotage qui sera chargé de la conduite de l'étude de faisabilité;
- programmer la réalisation de l'étude et préparer son budget prévisionnel.

Remarque: Si certaines conditions ne sont pas réunies d'autres solutions qu'un système de micro-assurance santé pourront être envisagées pour faire face aux problèmes identifiés. Inversement, si toutes les conditions préalables sont satisfaites, cela ne garantit pas le succès du système de micro-assurance santé. Il est important de garder à l'esprit, à ce stade, que mettre en place ou développer un système de micro-assurance santé n'est pas forcément la meilleure réponse à apporter aux besoins identifiés dans le contexte donné.

Par ailleurs, la phase initiale marque le début du processus d'«information - éducation - communication» avec la population cible et les autres acteurs: prestataires de soins, organisations de la société civile, autorités sanitaires et locales, etc. Ce processus sera poursuivi tout au long de la vie du système de micro-assurance santé.

Contenu du chapitre

Le présent chapitre propose une démarche pour conduire la phase initiale à travers plusieurs actions:

- vérifier que les conditions préalables sont réunies (action 1);
- confirmer la possibilité de créer un système de micro-assurance santé et lancer l'étude de faisabilité (action 2);
- constituer le comité de pilotage (action 3);
- programmer l'étude de faisabilité (action 4);
- préparer le budget prévisionnel de l'étude de faisabilité (action 5);
- engager un dialogue avec la population cible et les autres acteurs autour des problèmes liés à la santé et à l'accès aux soins (action continue).

L'ordre des actions est donné à titre indicatif. Dans la pratique certaines de ces actions peuvent être imbriquées, se répéter ou être effectuées dans un ordre différent.

Pour conduire chacune de ces actions, consulter les outils proposés dans le tome 2, chapitre 2:

► Outils utiles

2.1 - Les séances de discussion (page 25).

2.2 - La programmation de l'étude (page 29).

2.3 - La préparation du budget prévisionnel de l'étude de faisabilité (page 31).

Action 1: Vérifier que les conditions préalables sont réunies

Il est important, avant de s'engager dans l'étude de faisabilité, de vérifier que mettre en place un système de micro-assurance permet de répondre aux problèmes rencontrés et qu'un certain nombre de facteurs de succès sont réunis. Ces vérifications préalables sont d'autant plus nécessaires que la conduite d'une étude de faisabilité mobilise des ressources parfois importantes.

Remarque: Il ne s'agit pas ici de se demander si la mise en place d'un système de micro-assurance santé est la meilleure solution aux problèmes rencontrés compte tenu du contexte. Cette question de la pertinence et du choix d'une réponse parmi plusieurs réponses possibles (extension des systèmes formels de sécurité sociale*, mise en place de systèmes d'assistance sociale ou mise en place de systèmes de protection sociale* à base communautaire) est traitée dans le guide sur la mise en place des systèmes de micro-assurance santé.

► *Guide de mise en place de systèmes de micro-assurance santé, BIT-STEP, à paraître.*

Il s'agit ici de vérifier que les conditions préalables suivantes sont réunies:

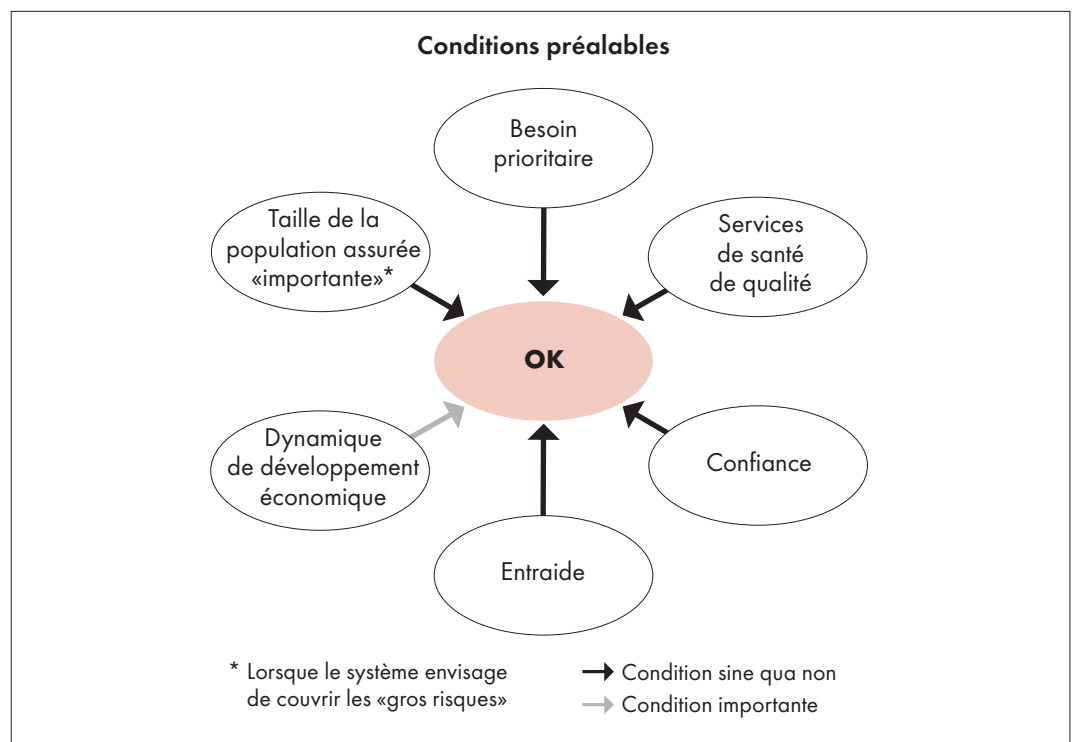
| | |
|--------------------|---|
| Condition 1 | Il existe un besoin prioritaire de protection face au risque* financier lié à la maladie et la maternité. |
| Condition 2 | Des services de santé de qualité acceptable sont disponibles. |
| Condition 3 | La population cible fait confiance aux promoteurs du projet et aux autres personnes impliquées. |
| Condition 4 | Des traditions d'entraide existent au sein de la population cible. |
| Condition 5 | Une dynamique de développement socio-économique est engagée. |

Et lorsque le système envisage de couvrir le « gros risque* »:

| | |
|--------------------|---|
| Condition 6 | Le nombre de personnes potentiellement couvertes est suffisamment important et ce, dès la première année. |
|--------------------|---|

Les quatre premières conditions sont des conditions sine qua non. Si l'une d'elles n'est pas remplie, le processus de mise en place du système de micro-assurance santé peut s'arrêter ou s'orienter vers un autre projet comme la mise en place d'une structure d'offre de soins*, d'un système de prépaiement, etc. La cinquième condition est importante mais non strictement nécessaire.

La sixième condition est introduite surtout lorsque le système envisage de couvrir les «gros risques», c'est-à-dire des soins particulièrement coûteux et aléatoires comme l'hospitalisation, les interventions chirurgicales, l'accouchement par césarienne, etc. Dans tous les cas, l'intérêt du système est de couvrir un nombre relativement important de bénéficiaires* pour réduire le poids des charges fixes.



L'étude des conditions préalables s'appuie principalement sur un ensemble d'informations recueillies au fil des échanges avec les différents acteurs: informations sur le risque maladie, sur la qualité des services de santé, sur le dynamisme économique, sur les traditions de prévoyance* et d'entraide, sur les succès ou échecs de projets de mise en commun de fonds, etc. Elle peut aussi s'appuyer sur des documents relatifs à la situation sanitaire dans la région, au dynamisme associatif, etc.

Pour des exemples de thèmes de discussion se reporter à:

► **2.1 – Les séances de discussion,** § Exemples de thèmes de discussion, tome 2, chapitre 2, page 26.

Condition 1: Il existe un besoin prioritaire de protection face au risque financier lié à la maladie et la maternité

Un système de micro-assurance santé permet de faire face aux dépenses liées à un épisode de maladie* ou à la maternité. Ces dépenses comprennent les dépenses médicales, les dépenses annexes – comme les frais de transport pour aller jusqu'à l'hôpital, les frais d'hébergement des accompagnants, les frais de nourriture du patient* hospitalisé – ainsi que le manque à gagner en cas d'arrêt de travail du patient et des accompagnants.

La mise en place d'un système de micro-assurance santé n'a d'intérêt que si le risque financier lié à la maladie et à la maternité est non seulement réel, mais aussi ressenti par la population comme important voire prioritaire. Dans un contexte de gratuité des soins, le besoin de protection est sans doute plus faible que dans un contexte de soins payants, mais d'autres dépenses liées à la santé, comme les frais de transport pour accéder aux formations sanitaires, peuvent être problématiques pour la population. Si les soins sont payants mais que la population a d'autres besoins qu'elle juge plus importants – comme se nourrir, se loger – la mise en place d'un système de micro-assurance santé risque de ne pas être ressentie comme prioritaire.

LES RÉPERCUSSIONS DU RISQUE FINANCIER LIÉ À LA MALADIE

Impact sur l'état de santé

La crainte de ne pouvoir faire face aux dépenses de santé ou de devoir cesser une activité génératrice de revenus pendant la durée du traitement pousse parfois les individus à différer l'accès aux soins au risque d'aggraver leur état de santé.

Pour faire face au montant élevé de certaines dépenses de santé et des coûts indirects, les familles doivent mettre en œuvre un ensemble de stratégies: liquidation de l'épargne, vente de biens, demande d'aide auprès du réseau de relations, demande de crédit, etc. Cette recherche d'argent prend du temps et contribue également à retarder l'accès aux soins.

Lorsque les montants rassemblés ne suffisent pas à prodiguer les soins de qualité dont a besoin le patient, son rétablissement complet est remis en cause.

Impact sur le niveau de vie

Les stratégies mises en œuvre par les familles comprennent entre autres la liquidation de biens. Cette liquidation peut entraîner l'appauvrissement durable de la famille par la vente des moyens de production. Elle peut aussi accroître la vulnérabilité de la famille face à d'autres événements graves qui pourraient survenir dans le futur, dans la mesure où celle-ci ne dispose plus d'épargne pour y faire face.

L'arrêt de travail du malade entraîne un manque à gagner et s'accompagne de choix peu satisfaisants pour l'avenir, comme la déscolarisation des enfants et leur mise sur le marché du travail.

Lorsque le patient utilise des soins de santé spécialisés*, les dépenses peuvent être importantes. On parle de gros risques. Lorsque le patient utilise des soins de santé primaires*, on parle de l'inverse de petits risques.

Condition 2: Des services de santé de qualité acceptable sont disponibles

Un système de micro-assurance santé a pour fonction de prendre en charge totalement ou partiellement les dépenses occasionnées lors de l'utilisation des services de santé: centres de santé, hôpitaux, professionnels de santé libéraux, pharmacies, etc.

La mise en place d'un tel système n'est envisageable que s'il existe une gamme de services de santé permettant de répondre aux principaux besoins de la population et si celle-ci souhaite effectivement utiliser ces services. En effet, si ces derniers sont de mauvaise qualité ou mal perçus, l'attractivité du système de micro-assurance santé sera faible.

Il faut donc que les services de santé existants permettent de faire face aux principaux besoins de santé de la population cible, qu'ils soient situés à proximité de celle-ci, et enfin qu'ils soient d'un niveau de qualité acceptable et bien perçus par cette population.

Lorsque l'offre de soins ne remplit pas ces critères, trois solutions peuvent être envisagées:

- soit l'abandon du projet de mise en place d'un système de micro-assurance santé;
- soit l'introduction, dans le cadre de ce projet, d'une composante visant à renforcer la qualité et la disponibilité des services de santé. Améliorer la qualité ou accroître la gamme des services proposés peuvent faire l'objet d'accords entre le système et les prestataires de soins;
- soit la création d'une offre de santé complémentaire (centre de santé par exemple). Il s'agit cependant d'un projet assez lourd. Cette activité ne relevant pas de l'assurance, elle n'est pas abordée dans le présent guide.

Lorsque les formations sanitaires sont de qualité acceptable, la mise en place du système de micro-assurance santé, en augmentant la solvabilité de la demande, peut contribuer à accroître leur fréquentation* et conduire à leur engorgement: files d'attente, personnel débordé, ruptures de stock de médicaments. Le système peut donc contribuer à détériorer la qualité de l'offre. Par conséquent, il peut être utile, parallèlement à la mise en place du système, d'encourager une utilisation optimale des formations sanitaires en présence, avec des mécanismes de référence obligatoire* d'un échelon* à l'autre de la pyramide sanitaire*, ou de contribuer à ce que les capacités d'accueil des formations sanitaires dont les services sont couverts par le système soient renforcées.

Condition 3: La population cible fait confiance aux promoteurs du projet et aux autres personnes impliquées

Un système de micro-assurance santé suppose le paiement régulier d'une cotisation. Les cotisations sont mises en commun pour prendre en charge les dépenses médicales des personnes couvertes* qui ont besoin d'utiliser les services de santé.

La mise en commun des cotisations est difficilement acceptable lorsque la population ne fait pas totalement confiance aux promoteurs et autres personnes impliquées dans le projet. Les antécédents relatifs aux relations entre la population et ces personnes doivent donc être pris en compte. L'attitude des autorités locales est également importante car leur soutien donne une caution morale à ces personnes.

Cette mise en commun de fonds est aussi difficile à accepter lorsque la population a déjà fait l'expérience de projets «collectifs» (coopératives de services, caisses d'épargne et de crédit, etc.) qui se sont soldés par des échecs. Ces expériences doivent également être prises en considération pour juger de la possibilité de mettre en place un système de micro-assurance santé.

Condition 4: Des traditions d'entraide existent au sein de la population cible

Le paiement régulier d'une cotisation est parfois difficile à accepter parce que son bénéfice n'est pas visible tant que les adhérents et leurs ayants droit* sont en bonne santé. Ceux-ci peuvent avoir l'impression de verser cette cotisation «pour les autres», ceux qui tombent malades.

La compréhension et l'acceptation du mécanisme de l'assurance sont facilitées lorsqu'il existe dans la population des traditions d'entraide. Ces liens d'entraide peuvent découler de plusieurs situations: habitants d'un village ou d'un quartier, travailleurs d'une entreprise, membres d'un mouvement social*, etc.

Lorsque ces traditions n'existent pas, il est possible d'utiliser d'autres mécanismes de financement des dépenses de santé, comme le prépaiement ou l'épargne et le crédit santé, qui ne reposent pas sur la mise en commun de fonds mais sur un financement individuel. Ces mécanismes, ne relevant pas de l'assurance, ne sont pas traités dans le présent guide.

Condition 5: Une dynamique de développement socio-économique est engagée

Le paiement régulier d'une cotisation est difficile dans un contexte où les ménages ont d'autres besoins prioritaires qui grèvent leur budget comme se nourrir, se loger. Il est également difficile dans un contexte de faible circulation monétaire. Il est à l'inverse d'autant plus facile à accepter qu'une dynamique de développement socio-économique est engagée.

Cette condition est importante. Néanmoins, même si les revenus monétaires des familles sont faibles et ne leur permettent pas toujours, individuellement, de faire face aux dépenses de santé, la mise en commun des cotisations permet, collectivement, de mieux faire face aux dépenses des personnes ayant besoin de se faire soigner. C'est ce que l'on appelle la mutualisation* des risques ou le partage des risques entre malades et bien-portants.

Condition 6: Le nombre de personnes potentiellement couvertes est suffisamment important et ce, dès la première année

Cette condition vaut surtout pour des systèmes destinés à couvrir les gros risques. Il s'agit d'événements rares qui impliquent des dépenses importantes, comme les hospitalisations, les accouchements dystociques, les opérations chirurgicales, les évacuations vers l'étranger, etc.

Les cotisations permettent la prise en charge* des dépenses de santé des personnes couvertes par le système. Le calcul des cotisations se base généralement sur des estimations de la consommation moyenne de la population concernée en matière de soins de santé. Lorsque la consommation réelle est supérieure à la consommation moyenne estimée, l'équilibre financier du système peut être mis en péril.

Exemple: Une enquête réalisée auprès d'un échantillon de 350 ménages permet de conclure que, dans cette population, le risque d'hospitalisation touche en moyenne dans l'année 4 personnes sur 100. Le système de micro-assurance santé envisage de couvrir les hospitalisations. Il se peut qu'en première année le nombre de personnes réellement hospitalisées soit exactement égal à la prévision, c'est-à-dire 4 sur 100. Il se peut également, et c'est plus probable, que ce nombre soit ou bien inférieur ou bien supérieur. Lorsque le nombre réel est supérieur aux prévisions, le système – s'il a basé le calcul de la cotisation sur le nombre moyen – peut être mis en difficulté.

D'après la théorie des probabilités*, les variations autour de la moyenne sont d'autant plus importantes que la population couverte est de petite taille et le risque couvert est rare. À l'inverse plus la population est importante et les risques couverts sont courants, plus ces variations sont faibles.

| | Population couverte «petite» | Population couverte «importante» |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| Risque rare (ex.: hospitalisations) | Variations +++ | Variations + |
| Risque courant (ex.: consultations) | Variations + | Variations $\cong 0$ |

Des techniques permettent de tenir compte de l'impact de ces variations dans le calcul des cotisations et seront expliquées dans les paragraphes concernant ce calcul. Lorsque la population couverte est «trop» petite, il est cependant difficile de protéger efficacement le système contre les conséquences financières de ces variations.

Par conséquent, lorsque la population cible est réduite (par exemple, population d'un village de 1500 habitants) ce qui induit généralement un nombre de personnes couvertes relativement faible en première année, il est très aléatoire de mettre en place un système de micro-assurance santé destiné à couvrir le gros risque.

Action 2: Confirmer la possibilité de créer un système de micro-assurance santé et lancer l'étude de faisabilité

Si les conditions préalables sont réunies, la mise en place d'un système de micro-assurance santé peut être une solution aux problèmes d'accès aux soins rencontrés par la population. Les responsables de l'organisation promotrice du système de micro-assurance santé sont en mesure de décider, dès lors, de lancer l'étude de faisabilité en tant que telle. Le lancement de l'étude de faisabilité peut être annoncé au cours des discussions avec la population, les responsables des formations sanitaires et les autorités locales.

Action 3: Constituer le comité de pilotage

Le comité de pilotage est l'équipe chargée de la conduite de l'étude de faisabilité. Il est habituellement composé de 5 à 10 personnes, mais peut être plus important notamment lorsque l'étude se déroule simultanément dans plusieurs zones géographiques. Lorsque le nombre de membres est trop important, le comité risque de ne pas être fonctionnel. À l'inverse si ce nombre est trop petit, le comité risque de ne pas être représentatif de la population et des principaux acteurs. Les fonctions du comité débutent lors de la préparation de l'étude et s'achèvent au moment de la constitution officielle du système de micro-assurance santé.

Le comité joue également le rôle d'interface entre les responsables de l'organisation promotrice du système et la population cible dont les membres, pour des raisons évidentes, ne peuvent pas être tous impliqués dans la réalisation de l'étude.

Les attributions du comité comprennent:

- la gestion de l'étude: il doit programmer et organiser les différentes phases de l'étude. Il doit assurer son pilotage c'est-à-dire suivre le degré d'avancement de chaque phase, effectuer les recadrages éventuels, comme la conduite de la collecte de données dans une zone supplémentaire, prendre les décisions opérationnelles qui s'imposent, comme le recrutement d'un enquêteur;
- l'information de la population cible et des autres acteurs, la communication autour de l'étude de faisabilité, l'identification des besoins, le recueil des avis, des expériences et des conseils des différents acteurs. Le comité organise des réunions d'information et des séances de discussion au moment du démarrage de l'étude. Il anime des groupes de travail au cours de la phase de définition du système;
- l'organisation et la réalisation de tâches concrètes avec, si nécessaire, l'appui d'opérateurs extérieurs. Le comité peut organiser et réaliser la collecte des données. Il peut analyser les résultats de la collecte, les restituer aux acteurs dans le cadre de séances d'animation, et appuyer le processus de décision collective et de définition du système. Enfin, il peut élaborer la stratégie et la programmation de la mise en place du système et établir les documents de synthèse, les outils et les supports nécessaires à son démarrage.

Le rôle du comité n'est donc pas de décider du système qui sera mis en place mais, en organisant des séances de discussion et des groupes de travail avec les différents acteurs, de favoriser une bonne perception des problèmes, la découverte de solutions et petit à petit la conception d'un système de micro-assurance santé adapté au contexte et répondant aux besoins de la population cible.

Pour constituer le comité de pilotage il faut choisir ses membres, étudier leurs besoins en formation et leur faire bénéficier d'une ou de plusieurs formations afin qu'ils soient capables de mener l'étude de faisabilité.

Etape 1: Constituer le comité de pilotage

Les membres du comité de pilotage pourront être identifiés au cours des différents contacts engagés avec la population et les autres acteurs. L'un des objectifs des séances de discussion, est d'ailleurs d'identifier les acteurs clés qui pourront participer activement à la conduite de l'étude de faisabilité et faire éventuellement partie du comité de pilotage.

Pour la liste des objectifs des séances de discussion, se reporter à:

► **2.1 – Les séances de discussion**, § Objectifs des séances de discussion, tome 2, chapitre 2, page 25.

Le comité de pilotage doit réunir des compétences diverses: maîtrise technique dans le domaine de la micro-assurance santé, gestion de projet, conduite de réunions et d'entretiens, administration de questionnaires, analyse de données, rédaction de documents, utilisation de tableurs et de logiciels de gestion, etc. Il s'agit donc de réunir des membres dont les compétences peuvent se compléter.

Les membres du comité de pilotage sont généralement issus de l'organisation promotrice du système: ONG, coopérative, syndicat, hôpital, institution de microfinance, etc. Lorsque l'organisation promotrice souhaite faire participer la population à l'élaboration ou au développement du système de micro-assurance santé (logique participative), le comité de pilotage comprend

en outre des représentants de la population cible: membres d'un groupement villageois, d'une association de femmes, etc.

Quelles que soient l'origine des membres du comité de pilotage et leurs compétences respectives, il est très important d'y inclure une proportion élevée de femmes. En effet, celles-ci sont souvent les mieux placées pour exprimer leurs propres besoins en matière d'accès aux soins ainsi que ceux des enfants. Ne pas donner la voix aux femmes peut conduire à la conception d'un système ne répondant pas aux besoins d'une grande partie de la population cible.

Dans certains cas, les responsables des formations sanitaires peuvent faire partie du comité de pilotage: c'est en particulier le cas lorsque l'organisation promotrice du système est elle-même une formation sanitaire ou lorsqu'une seule formation sanitaire est en situation de monopole et rassemble les critères de qualité et de proximité requis. En revanche, lorsque la sélection des formations sanitaires n'est pas évidente (cas où l'offre de soins est le fait de plusieurs prestataires en concurrence et où une sélection doit être effectuée), il est préférable de ne pas introduire de responsables de formations sanitaires dans le comité de pilotage. Ceux-ci pourraient en effet orienter ce choix et réduire la capacité de négociation du système de micro-assurance santé.

Lorsque le comité de pilotage ne compte pas de représentants de certains acteurs, il est important qu'il consulte néanmoins ceux-ci à différents moments de l'étude de faisabilité.

Exemples: Si le comité de pilotage ne comporte pas de représentants de la population cible (cas d'une logique peu participative), il importe de consulter régulièrement la population par le biais d'enquêtes, d'entretiens, de «focus groups» afin de s'assurer que le système répond aux besoins et correspond à la disposition à payer* de la population.

Si le comité de pilotage n'inclut pas de responsables des formations sanitaires, il est nécessaire de les consulter à différents moments de l'étude. Au cours de la phase de collecte de données, ceux-ci peuvent communiquer des données utiles pour comprendre le contexte sanitaire et les problèmes d'accès aux soins, pour estimer l'utilisation actuelle des services de santé par la population cible et préparer le calcul ultérieur des cotisations.

Par ailleurs, même sans inclure les autorités sanitaires et locales dans le comité de pilotage, celles-ci peuvent être invitées à titre d'observateurs ou de conseillers à différentes réunions, notamment à la première. Il convient en tout cas de les tenir au courant de l'avancement des travaux.

Lorsque le comité de pilotage fait appel à des compétences extérieures, les structures d'appui sollicitées peuvent – sans faire partie intégrante du comité de pilotage – participer à divers travaux et réunions.

Etape 2: Etudier les besoins en formation et faire bénéficier les membres du comité de pilotage d'une formation

Dans la plupart des cas, tout ou partie des membres du comité de pilotage doivent recevoir une formation afin d'acquérir les connaissances qui leur permettront de participer activement aux travaux de l'étude de faisabilité.

L'objectif n'est pas de transformer les membres du comité de pilotage en techniciens de l'assurance. L'acquisition de telles compétences est difficile et longue. Il est préférable et moins coûteux de faire appel à une structure extérieure pour la réalisation des tâches les plus techniques de l'étude de faisabilité.

Il s'agit d'étudier les besoins en formation par un bilan des connaissances et compétences des membres du comité afin de proposer des formations adaptées. Celles-ci peuvent comporter des modules théoriques de base et avancés, suivis de la visite d'un ou plusieurs systèmes de micro-assurance santé.

Exemples de thèmes abordés dans les modules de formation:

| Modules de base | Modules avancés |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Les principes de la micro-assurance santé ● Les prestations des systèmes de micro-assurance santé ● Les différents types de systèmes et les modalités d'organisation et de fonctionnement de chacun d'eux ● La démarche de réalisation d'une étude de faisabilité ● Les méthodes d'animation | <ul style="list-style-type: none"> ● La collecte de données (démarche, conduite, analyse des données collectées) ● Le calcul des cotisations ● Les critères de choix du (ou des) couple(s) prestations/cotisations ● Les mécanismes et supports de gestion |

Exemple de la Concertation: En Afrique de l'Ouest et du Centre, plusieurs organisations et programmes internationaux interviennent aujourd'hui en appui aux expériences de micro-assurance qui se développent, et organisent des ateliers de formation à l'intention des promoteurs de systèmes de micro-assurance santé. Depuis 1999, ces organisations d'appui ainsi que de nombreux promoteurs et systèmes de micro-assurance santé se sont regroupés au sein de: «La Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre.» Entre autres activités, la Concertation anime un site internet (www.concertation.org) qui liste les structures d'appui auxquelles peuvent s'adresser les promoteurs locaux. Ce site propose également de nombreuses ressources bibliographiques, des présentations d'expériences et une information permanente sur les grands événements liés à la micro-assurance, parmi lesquels l'organisation de sessions de formation.

Action 4: Programmer l'étude de faisabilité

Avant le démarrage de l'étude, il est souhaitable de la programmer c'est-à-dire de décrire ce qui doit se passer, quand et comment. La programmation peut être matérialisée par la rédaction d'un document de référence décrivant les activités prévues et comprenant le calendrier prévisionnel de l'étude.

Programmer l'étude permet:

- d'avoir une vision à la fois globale et précise de l'étude et de la démarche suivie, avec pour chaque activité et chaque tâche, le détail de son contenu, sa durée prévue et les moyens humains et matériels nécessaires à sa réalisation;
- de veiller à ce que suffisamment de temps soit accordé à la réalisation de l'ensemble des activités et des tâches dans de bonnes conditions (ou, à l'inverse, que l'étude ne traîne pas en longueur).

Remarque: Une étude de faisabilité dure en moyenne entre quatre et douze mois.

- de s'assurer que l'étude de faisabilité suit un processus continu sans interruption majeure au risque de décourager les acteurs. Il est notamment important de choisir la date de démarrage de telle sorte que l'étude s'achève à un moment opportun pour le lancement ou le déploiement du système et de vérifier la disponibilité des membres du comité de pilotage sur toute la durée de l'étude.

Programmer l'étude consiste concrètement à identifier les différentes phases de l'étude et à détailler pour chacune d'elle les principales activités et pour chaque activité les tâches à réaliser (étape 1), à estimer la durée de chaque tâche sur la base de la charge de travail qu'elle représente et des ressources mobilisées (étape 2) et à organiser les activités et les tâches dans un calendrier (étape 3).

Pour un exemple de programmation se reporter à :

► **2.2 – La programmation de l'étude**, tome 2, chapitre 2, page 29 où est exposé le cas pratique de la Fédération nationale des producteurs de café (FNPC).

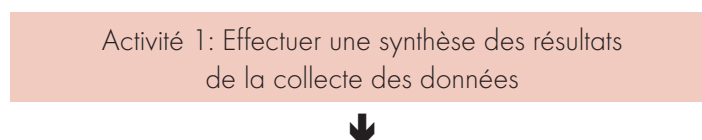
Etape 1: Identifier les différentes phases de l'étude, les activités et les tâches

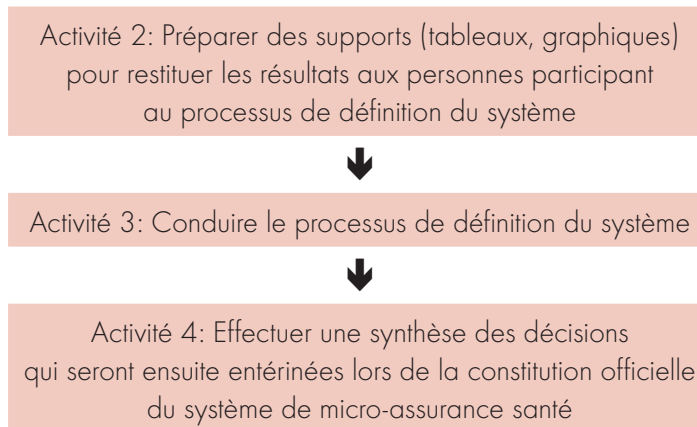
Les différentes phases de l'étude de faisabilité sont généralement les suivantes:

- une phase de collecte des données et d'analyse des informations collectées. Cette phase comporte habituellement les activités ou étapes suivantes:

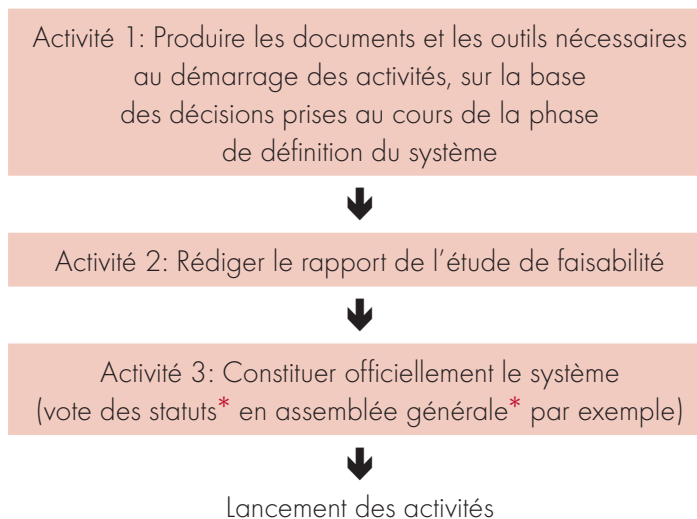


- une phase de définition du système. Cette phase comporte habituellement les activités suivantes:





- une phase de préparation de la mise en place du système. Celle-ci comporte habituellement les activités suivantes:



Une fois qu'on a identifié les phases et les activités, on découpe chaque activité en tâches élémentaires.

Exemple: L'activité «effectuer la collecte des données auprès des ménages» comporte les tâches suivantes: «conduire les enquêtes», «suivre l'avancement de la collecte», «saisir les données brutes» et «contrôler la saisie».

Etape 2: Estimer la durée de chaque tâche

Ensuite on estime la durée de chaque tâche sur la base de la charge de travail qu'elle représente et des ressources nécessaires à son exécution.

Exemple: Un comité de pilotage prévoit de réaliser une enquête auprès de 300 ménages dans un village: 3 enquêteurs seront mobilisés et devront interviewer 100 ménages chacun, la durée d'administration d'un questionnaire est estimée à trente minutes et le temps de travail quotidien d'un enquêteur est de cinq heures. Par conséquent, la réalisation de cette enquête s'étalera sur dix jours, avec 10 interviews par jour et par enquêteur.

Etape 3: Organiser les activités et les tâches dans un calendrier

Ensuite on organise les activités et les tâches dans un calendrier de travail. L'outil le plus approprié est le diagramme de Gantt (chronogramme). Il permet d'élaborer un programme des activités puis de contrôler son exécution au fur et à mesure de la réalisation de l'étude.

Pour réaliser ce diagramme on commence par ordonner les activités et les tâches dans un ordre logique et chronologique. Ensuite on dessine un tableau comportant deux colonnes. Dans celle de gauche on inscrit les activités agencées dans l'ordre logique et chronologique, avec, pour chacune d'elles, le détail des tâches. La colonne de droite représente l'échelle du temps et est subdivisée en mois, semaines et jours. Puis on grise pour chaque tâche les cases correspondant aux jours, semaines ou mois où il est prévu de la réaliser. Ainsi pour une tâche qui dure cinq jours on grise 5 cases. Pour connaître la date de démarrage de la tâche, on tient compte de la date de fin de la (ou des) tâche(s) précédente(s) auxquelles elle est liée.

Exemple: La tâche «b» commence nécessairement après la fin de la tâche «a» et dure trois jours. La tâche «a» se termine le vendredi de la première semaine. Par conséquent la tâche «b» peut commencer le lundi suivant. On grise les cases correspondant aux lundi, mardi et mercredi de la deuxième semaine.

| 1 ^{re} colonne: activités et tâches agencées dans l'ordre logique et chronologique | 2 ^e colonne: échelle du temps | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|------|
| | Semaine 1 | | | | | Semaine 2 | | | | | Semaine 3 | | | | | Semaine 4 | | | | | |
| | l | m | m | j | v | l | m | m | j | v | l | m | m | j | v | l | m | m | j | v | Etc. |
| Activité n° 1: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ● Tâche «a» | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ● Tâche «b» | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Activité n° 2: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ● Tâche «c» | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ● Tâche «d» | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ● Tâche «e» | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etc. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Le diagramme de Gantt permet d'estimer la durée globale de l'étude. Il peut aussi jouer le rôle de «rétro-planning». Si on détermine la période la plus favorable pour le démarrage des activités du système de micro-assurance santé, il est aisé de déterminer la date à laquelle l'étude de faisabilité doit être achevée et, par déduction, la date de démarrage de l'étude.



Important. La détermination de la période la plus favorable au démarrage des activités du système doit tenir compte de deux éléments. 1) La période de cotisations doit être fixée à un moment de l'année où les revenus sont relativement élevés, après la vente des récoltes par exemple. 2) La période d'attente* ne doit pas être placée au moment de la soudure monétaire. En effet, demander aux familles de cotiser durant cette période – particulièrement difficile sur les plans financier et sanitaire – sans pouvoir bénéficier d'une prise en charge est peu motivant et risque de décourager les adhésions.

Action 5: Préparer le budget prévisionnel de l'étude de faisabilité

Le détail des activités et des tâches ainsi que leur programmation permet d'estimer les moyens à mettre en œuvre et d'élaborer le budget prévisionnel de l'étude de faisabilité. Une étude de faisabilité n'est pas nécessairement onéreuse mais nécessite un certain nombre de dépenses: indemnisation des enquêteurs, frais de déplacement, frais de photocopies, etc.

Le comité de pilotage doit veiller à affecter à la réalisation de l'étude des ressources suffisantes mais non excessives.

L'élaboration du budget prévisionnel consiste à recenser et à évaluer l'ensemble des dépenses et des recettes prévisionnelles de l'étude de faisabilité et à vérifier que l'équilibre financier est atteint. Les dépenses prévisionnelles comprennent: les frais de personnel (comme l'indemnisation des enquêteurs, l'indemnisation éventuelle des membres du comité de pilotage), les frais de formation et de déplacement, les dépenses de fournitures (photocopies, supports, etc.), les frais d'infrastructure comme la location d'une salle pour les réunions et les formations. Les recettes prévisionnelles proviennent essentiellement de l'organisation promotrice du système et de structures extérieures (ONG partenaire, structure d'appui, Etat, programme de coopération).

Une fois que les dépenses et les recettes sont calculées elles sont reportées dans un tableau comprenant deux colonnes, avec les dépenses à gauche et les recettes à droite. Pour un exemple de budget prévisionnel, se reporter à:

► **2.3 – La préparation du budget prévisionnel de l'étude de faisabilité**, tome 2, chapitre 2, page 31.

Action continue: Engager un dialogue avec la population cible et les autres acteurs autour des problèmes liés à la santé et à l'accès aux soins

Ce dialogue participe d'un processus «d'information – éducation – communication» qui est initié lors de la phase initiale, poursuivi au cours de l'étude de faisabilité, puis conduit de façon continue au cours de la vie du système de micro-assurance santé.

Ce processus est crucial pour susciter l'intérêt de la population et des autres acteurs pour le système. Il favorise également l'élaboration d'un système répondant aux besoins de la population cible et correspondant à sa disposition à payer. Il permet plus tard de faire évoluer le système en prenant en compte les changements de besoins des personnes couvertes ou en identifiant les besoins de nouveaux adhérents et ayants droit potentiels: population située dans une nouvelle zone géographique, autres catégories socioprofessionnelles.

Lors de la phase initiale, l'objectif est de faire s'exprimer chacun sur la situation sanitaire, les problèmes d'accès aux soins et les besoins de protection et d'encourager les acteurs à s'engager dans une réflexion et des actions permettant de faire face aux problèmes identifiés.

Il est important de chercher à recueillir l'opinion des différents acteurs (population cible, prestataires de soins, organisations de la société civile, autorités sanitaires et locales, etc.), et, au sein de la population cible, de tous les groupes qui la composent. Il s'agit notamment de veiller à ne pas oublier l'avis des groupes habituellement sous représentés dans les réunions ou instances de décision, comme les femmes, les adolescents, les travailleurs immigrés, les membres de certains groupes sociaux ou ethniques. Il peut être utile, dans certains contextes, d'organiser des réunions par sous-groupes homogènes. Différentes manières d'organiser ces réunions sont possibles, de l'entretien individuel à la réunion collective. Pour une description des différents modes d'organisation de ces séances, se reporter à:

► **2.1 – Les séances de discussion**, § Organisation des séances de discussion, tome 2, chapitre 2, page 26.

3. Phase de collecte et d'analyse des données

Introduction

Objectif de la phase de collecte et d'analyse des données

La collecte des données consiste à réunir les informations nécessaires à la définition du système de micro-assurance santé. Ces informations seront utilisées pour choisir les services couverts, le (ou les) couple(s) prestations/cotisations, les prestataires partenaires, etc.

La collecte des données permet également de décrire la situation initiale laquelle servira de référence pour l'évaluation ultérieure de l'impact du système sur la fréquentation des formations sanitaires, les comportements de recours aux soins, etc.

Il est souhaitable que la collecte des données se concentre sur les données essentielles et qu'elle coûte le moins cher possible. La collecte doit être conduite avec méthode. Il s'agit de définir puis de suivre une démarche cohérente. Cette exigence de méthode permet de garder un fil conducteur tout au long de la collecte et de l'analyse des résultats. Elle n'empêche pas de conduire la collecte de manière itérative avec plusieurs phases successives de recherche d'informations et d'analyse des données collectées.

LES ERREURS À ÉVITER LORS DE LA PHASE DE COLLECTE

Erreur n° 1: Collecter de l'information inutile ou inexploitable.

L'expérience montre que cette précaution n'est souvent pas prise. Beaucoup d'informations sont accumulées sans être utilisées.

Erreur n° 2: Produire de l'information déjà disponible.

Il convient, avant de se lancer dans les entretiens et les enquêtes, de recueillir les données déjà disponibles: résultats d'enquêtes effectuées par d'autres organisations, données du recensement, études du contexte, etc.

Erreur n° 3: Interviewer plusieurs fois les mêmes personnes.

Il vaut mieux réfléchir à l'avance à l'information que l'on souhaite collecter auprès des différents interlocuteurs pour ne pas avoir à revenir interviewer la même personne plusieurs fois.

Erreur n° 4: Mettre en œuvre un processus trop lourd demandant beaucoup de ressources humaines et matérielles.

Contenu du chapitre

Ce chapitre propose une méthode pour conduire une collecte de manière cohérente et rigoureuse. La démarche de collecte proposée comporte plusieurs étapes:

- définir la démarche de la collecte (étape 1);
- construire les supports de collecte de l'information (étape 2);
- préparer et effectuer la collecte (étape 3);
- transformer les données collectées en données exploitables (étape 4), c'est-à-dire utilisables pour définir le système.

Pour conduire chacune de ces étapes, consulter les outils proposés dans le tome 2, chapitre 3:

► Outils utiles

- 3.1 - Listes des informations à collecter par objectif (page 33).
- 3.2 - Exemples de supports de collecte de l'information (page 56).
- 3.3 - Taille de l'échantillon pour la réalisation des enquêtes auprès des ménages (page 71).
- 3.4 - Exemples de transformation des données collectées en données exploitables (page 71).

Etape 1: Définir la démarche de la collecte

Définir la démarche est la première étape de la collecte de données. Il s'agit de préciser quelles informations sont recherchées, dans quel but et auprès de quelles sources d'information. Il s'agit aussi de préparer la réalisation des supports de collecte et l'utilisation ultérieure des données collectées pour la définition du système.

Pour définir la démarche de collecte, on peut utilement remplir deux tableaux complémentaires:

- un tableau que l'on appellera par la suite «tableau stratégique»;
- un tableau que l'on appellera par la suite «tableau de mise en œuvre».

Le tableau stratégique permet de décrire les objectifs de la collecte, les informations recherchées pour chaque objectif et les sources d'information que l'on prévoit d'utiliser. Le tableau de mise en œuvre permet de lister pour chaque source que l'on prévoit de consulter les informations à collecter et rappelle l'utilité de chaque information recherchée. Ces deux tableaux comportent en réalité les mêmes informations mais présentées de manière inversée. Ils sont complémentaires. Le tableau stratégique permet dans un premier temps d'identifier l'information à rechercher, le tableau de mise en œuvre d'ordonner et de regrouper ensuite ces informations de manière à simplifier et réduire le coût de la collecte. Il faut pouvoir obtenir auprès d'une même source toutes les informations nécessaires en un minimum de consultations (par exemple éviter d'interroger plusieurs fois une même personne pour obtenir tour à tour des informations liées aux objectifs 1, puis 2, puis 3, etc.).

Action 1: Remplir le tableau stratégique

Le tableau stratégique comporte trois colonnes. Dans la première on indique les objectifs de la collecte, dans la deuxième les informations à collecter pour chaque objectif et dans la troisième les sources d'informations que l'on prévoit d'utiliser.

Tableau stratégique

| Objectifs | Informations | Sources |
|-----------|--------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

Première colonne: Les objectifs de la collecte

Le comité de pilotage peut se fixer un ou plusieurs objectifs. Les objectifs choisis sont variables d'un promoteur à l'autre. Les principaux objectifs habituellement poursuivis ont été recensés ci-dessous. Cette liste n'est pas exhaustive.

LISTE DES PRINCIPAUX OBJECTIFS

- Objectif 1:** Connaître le contexte.
- Objectif 2:** Préparer le choix de la population cible.
- Objectif 3:** Préparer le choix des prestataires de soins partenaires.
- Objectif 4:** Préparer le choix des services de santé à couvrir.
- Objectif 5:** Préparer le choix des modalités de prise en charge, paiement direct ou tiers payant*.
- Objectif 6:** Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible.
- Objectif 7:** Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires.
- Objectif 8:** Evaluer la disposition à payer de la population cible.
- Objectif 9:** Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les transporteurs; préparer la collaboration avec des programmes de prévention; se renseigner sur les aides publiques.
- Objectif 10:** Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système.

Pour plus de détails sur les différents objectifs et notamment sur les types de promoteurs qui peuvent être intéressés par l'un ou l'autre, voir:

► **3.1 – Listes des informations à collecter par objectif**, tome 2, chapitre 3, page 33.

OPTER POUR L'OBJECTIF 6 OU L'OBJECTIF 7?

L'objectif 6 et l'objectif 7 consistent tous deux à préparer le calcul des cotisations. Il existe en effet deux grandes méthodes de collecte pour préparer ce calcul. Première méthode: à partir des dépenses de santé de la population cible, ce qui correspond à l'objectif 6. Deuxième méthode: à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires, ce qui correspond à l'objectif 7.

Dans quel cas opter pour l'objectif 6? Lorsque le système envisage de couvrir un certain nombre de services de santé dispensés par divers prestataires de soins (centres de santé et hôpitaux publics, pharmacies privées et dispensaires publics, cliniques, etc.), il est conseillé de suivre l'objectif 6.

Exemple: Le système envisage de couvrir les consultations et les médicaments dans les centres de santé intégrés à l'hôpital public et dans certaines cliniques, ainsi que les médicaments achetés dans certaines pharmacies privées.

Dans quel cas opter pour l'objectif 7? Lorsque le système envisage un accord de partenariat avec un nombre restreint de formations sanitaires et qu'il souhaite prendre en charge non pas certains services particuliers, mais l'ensemble des services dispensés par ces formations sanitaires (ou par l'une des branches de ces formations sanitaires comme le service chirurgie de l'hôpital par exemple) et enfin lorsqu'il envisage un mode de paiement forfaitaire* du prestataire de soins (paiement par épisode de maladie ou forfait annuel par personne couverte appelé capitation*).

Exemple: Le système envisage de couvrir les services dispensés au centre de santé et privilégie une formule d'abonnement. Il versera au centre de santé un forfait annuel par personne couverte donnant droit à l'utilisation «illimitée» du centre.

Une fois que les objectifs ont été choisis, le comité peut les inscrire dans la première colonne du tableau stratégique:

Exemple de remplissage du tableau stratégique

| Objectifs | Informations | Sources |
|---|--------------|---------|
| Connaître le contexte | | |
| Préparer le choix des services de santé à couvrir | | |
| ... | | |

Deuxième colonne: Les informations à collecter pour chaque objectif

Pour chaque objectif on peut choisir de collecter un certain nombre d'informations. Ainsi, pour l'objectif 1 «Connaître le contexte» on peut collecter des informations économiques, démographiques, sanitaires, politiques, etc.

Le choix des informations à collecter dépend bien sûr de celles disponibles qui peuvent varier selon les pays, les régions. Ainsi, dans un pays où les formations sanitaires ne sont pas régulièrement auditées les informations sur la qualité objective de l'offre de soins risquent de ne pas être disponibles et/ou fiables.

Il est en outre souhaitable d'effectuer un tri parmi les informations identifiées afin de ne conserver que celles qui semblent les plus pertinentes compte tenu du contexte.

Un résumé de la liste des informations pour chaque objectif est présentée ci-dessous. Pour la liste détaillée se reporter à :

► **3.1 – Listes des informations à collecter par objectif**, tome 2, chapitre 3, page 33.

RÉSUMÉ DES LISTES DES INFORMATIONS À COLLECTER PAR OBJECTIF

Informations pour l'objectif 1: Connaître le contexte

Informations démographiques, économiques, sur l'offre de soins, sur le contexte sanitaire, sur certains aspects sociaux, informations politiques et juridiques.

Informations pour l'objectif 2: Préparer le choix de la population cible

Informations sur la qualité objective des formations sanitaires utilisées par la population cible (en effet, il est préférable que la population cible retenue ait accès à une offre de soins de qualité acceptable), sur l'accès aux formations sanitaires, sur la dynamique de développement socio-économique au sein de la population cible, sur certains aspects sociaux, sur les pratiques d'entraide en cas de maladie, les comportements de recours et les modalités de financement de l'accès aux soins.

Informations pour l'objectif 3: Préparer le choix des prestataires de soins partenaires

Informations sur l'offre de soins, sur la qualité objective et la qualité perçue des formations sanitaires, sur leur fréquentation.

Remarque: Lorsque l'offre de services de santé est insuffisante, l'organisation promotrice du système ou la structure d'appui peuvent envisager de jouer un rôle dans la mise en place de services de santé, s'ils correspondent à des besoins réels ou exprimés de la population cible: création d'une pharmacie, achat d'une ambulance, etc.

Informations pour l'objectif 4: Préparer le choix des services de santé à couvrir

Panorama des services de santé disponibles, informations permettant de mettre en évidence les services de santé prioritaires concernant les besoins sanitaires, les services dont l'accès est difficile pour des raisons financières, informations sur les besoins spécifiques de certains sous-groupes de la population cible, identification des services de santé faisant l'objet de problèmes de recouvrement* et/ou de financement.

Informations pour l'objectif 5: Préparer le choix des modalités de prise en charge, paiement direct ou tiers payant

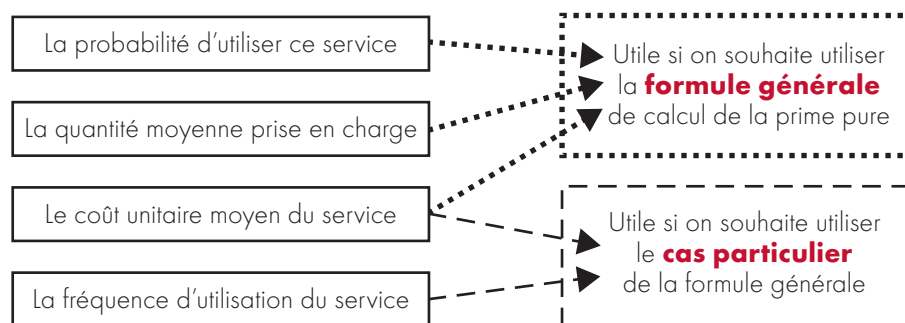
Informations permettant de mettre en évidence les services pour lesquels le tiers payant est prioritaire.

Informations pour l'objectif 6: Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible

Données permettant de calculer la cotisation et plus précisément la prime pure* pour chaque service de santé: la probabilité d'utiliser le service, la quantité moyenne prise en charge, le coût unitaire moyen, la fréquence* d'utilisation du service.

RÉSUMÉ DES LISTES DES INFORMATIONS À COLLECTER PAR OBJECTIF (suite)

Informations pour l'objectif 6 (suite)



Important. Les données collectées concernent l'utilisation passée des services de santé par une population qui le plus souvent ne bénéficie d'aucune couverture d'assurance santé. Si on utilise telles quelles les données collectées, la valeur de la prime pure obtenue risque d'être sous-évaluée. Au moment de l'analyse des données collectées et de leur transformation, il est donc important d'essayer de tenir compte de l'impact supposé de la couverture d'assurance sur l'utilisation des services de santé.

► **3.4.6 – Cas pratiques**, tome 2, chapitre 3, page 88 et page 103.

Informations pour l'objectif 7: Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires

Informations sur les coûts fixes et variables de la formation sanitaire ainsi que le nombre d'utilisateurs.

Informations pour l'objectif 8: Evaluer la disposition à payer de la population cible

Informations sur la saisonnalité de la disposition à payer et sur les niveaux actuels de contribution, dans le cadre d'autres organisations de la société civile mettant en jeu des cotisations périodiques.

Informations pour l'objectif 9: Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les transporteurs; préparer la collaboration avec des programmes de prévention; se renseigner sur les aides publiques

Informations sur l'existence et le contenu d'un cadre légal pour la contractualisation avec les prestataires de soins et identification des partenaires des futurs accords, informations permettant de définir les engagements tarifaires et les normes de qualité dans le cadre des conventions* avec ces prestataires, informations permettant de définir le mode de paiement* des prestataires de soins le plus approprié, informations permettant de préparer les accords avec les transporteurs, identification des programmes d'éducation à la santé et de prévention et des modalités de collaboration avec ces programmes, identification des aides publiques existantes et des modalités d'octroi.

Informations pour l'objectif 10: Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système

Modes d'organisation et principales règles de gestion de systèmes de micro-assurance santé existants, existence et caractéristiques de leurs réseaux éventuels, principaux indicateurs: pourcentage de frais de gestion, taux de pénétration, etc.



Important. La **fréquentation** d'une formation sanitaire (cf. informations pour l'objectif 3) est mesurée à l'aide du taux de fréquentation qui est calculé à partir du nombre de nouveaux cas et de la taille de la population de l'aire de responsabilité de la formation sanitaire (son aire administrative):

$$\text{Taux de fréquentation} = 100 \times \frac{\text{Nombre de nouveaux cas}}{\text{Population de l'aire de responsabilité}}$$

Les nouveaux cas sont les nouveaux épisodes de maladie ou de maternité vus pour la première fois. Lorsque, au cours d'un même épisode, un patient doit revenir plusieurs fois pour suivre un traitement, ces nouvelles visites ne sont pas comptabilisées.

La **fréquence d'utilisation** (cf. Informations pour l'objectif 6) est le nombre d'utilisations du service de santé dans l'année divisé par la population de référence.

$$\text{Fréquence d'utilisation} = \frac{\text{Nombre d'utilisations dans l'année}}{\text{Population de référence}}$$

La population de référence est celle de l'aire d'attraction* de la formation sanitaire, qui peut être d'ailleurs différente de la population de son aire de responsabilité (son aire administrative). Le nombre d'utilisations intègre les anciens et les nouveaux cas dans la mesure où chaque utilisation doit être prise en compte dans le calcul de la prime pure.

Le comité de pilotage peut ensuite remplir la deuxième colonne du tableau stratégique en indiquant pour chaque objectif les informations qu'il a choisi de collecter.

Exemple de remplissage du tableau stratégique

| Objectifs | Informations | Sources |
|---|---|---------|
| Connaître le contexte | <ul style="list-style-type: none"> ● Infos démographiques ● Infos politiques ● Infos économiques ● Infos sur l'offre de soins... | |
| Préparer le choix des services de santé à couvrir | <ul style="list-style-type: none"> ● Panorama des services de santé ● Services prioritaires sur le plan des besoins sanitaires (réels/ressentis)... | |
| ... | ... | |

Troisième colonne: Les sources d'information disponibles et utiles

Pour chaque information, le comité de pilotage peut identifier une ou plusieurs sources d'information.

Exemples: Les informations sur les organisations de la société civile existantes peuvent être obtenues à partir d'études socio-économiques réalisées par d'autres organismes ou à partir d'entretiens avec les autorités locales.

Les informations sur les besoins des ménages en termes de couverture peuvent être obtenues à partir d'études sanitaires (besoins réels) et/ou à partir d'enquêtes auprès des ménages (besoins ressentis et exprimés).

Exemple: Les informations permettant de calculer les données entrant dans le calcul de la cotisation (objectif 6) peuvent être collectées à partir de diverses sources: les enquêtes ménages, les formations sanitaires (registres, rapports d'activité, statistiques), le suivi d'un échantillon de patients, les données de gestion d'autres systèmes de micro-assurance santé implantés dans la zone et s'adressant à des populations cibles similaires à celle du système.

L'utilisation de plusieurs sources, lorsqu'elles existent, pour collecter une même information est certes plus fiable mais risque de rendre la collecte longue et coûteuse. Il est donc important d'effectuer un tri pour ne conserver que les sources indispensables, les plus fiables et pour lesquelles la collecte est la plus simple à organiser.

Pour identifier les sources d'information utiles, se reporter à:

► **3.1 – Listes des informations à collecter par objectif**, tome 2, chapitre 3, page 33.

Le comité de pilotage peut ensuite remplir la troisième colonne du tableau stratégique en indiquant pour chaque information les sources d'information qu'il a choisi d'utiliser.

Exemple de remplissage du tableau stratégique

| Objectifs | Informations | Sources |
|---|--|---|
| Connaître le contexte | <ul style="list-style-type: none"> ● Infos démographiques ● Infos politiques ● Infos économiques ● Infos sur l'offre de soins ... | <ul style="list-style-type: none"> ● Etudes socio-économiques ● Entretiens avec les autorités locales ... |
| Préparer le choix des services de santé à couvrir | <ul style="list-style-type: none"> ● Panorama des services de santé ● Services prioritaires sur le plan des besoins sanitaires (réels/ressentis) ... | <ul style="list-style-type: none"> ● Grilles de tarifs des formations sanitaires ● Entretiens avec le personnel de santé ● Enquêtes ménages... |
| ... | ... | ... |

Action 2: Remplir le tableau de mise en œuvre

Le tableau de mise en œuvre est élaboré à partir du tableau stratégique dont il reprend le contenu – c'est-à-dire les objectifs, les informations à collecter et les sources d'information à utiliser – en les ordonnant différemment: les sources d'information choisies sont indiquées dans la première colonne, les informations à collecter auprès de chaque source sont indiquées dans la deuxième colonne, l'utilité de chaque information (c'est-à-dire l'objectif poursuivi) est indiquée dans la troisième colonne.

Exemple de remplissage du tableau de mise en œuvre

| Sources | Informations | Utilité/Objectifs |
|---|--|--|
| Entretien avec autorités locales | <ul style="list-style-type: none"> ● Infos économiques, politiques, aspects sociaux | <ul style="list-style-type: none"> ● Connaître le contexte |
| Grilles de tarifs des formations sanitaires | <ul style="list-style-type: none"> ● Panorama des services de santé ● Tarifs officiels | <ul style="list-style-type: none"> ● Préparer le choix des services de santé à couvrir ● Préparer les négociations tarifaires avec les prestataires de soins |
| ... | ... | ... |

Le tableau de mise en œuvre permet de regrouper les informations par source. Une source d'information permet le plus souvent de collecter plusieurs informations.

Exemples: Les études socio-économiques permettent de recueillir des informations démographiques, des informations économiques et des informations sur le dynamisme communautaire.

Les entretiens avec les autorités locales permettent de collecter des informations économiques, des informations sanitaires sur les principales pandémies ou les problèmes d'accès aux soins, des informations sur le dynamisme communautaire.

Ce regroupement facilite ensuite la réalisation des supports de collecte et la collecte elle-même. La réalisation des supports de collecte est présentée plus en détail à l'«Etape 2: Construire les supports de collecte de l'information» ci-après.

Le tableau de mise en œuvre permet aussi de regrouper les objectifs poursuivis pour chaque information. Chaque information peut en effet être utile pour réaliser un ou plusieurs objectifs.

Exemple: Connaître la taille de la population de l'aire de responsabilité d'une formation sanitaire permet de calculer le taux de fréquentation de celle-ci et contribue à deux objectifs: 1) préparer le choix des prestataires de soins partenaires (objectif 3); 2) calculer la fréquence d'utilisation des services de santé qui peut être utilisée pour le calcul des cotisations (objectif 6).

Garder en mémoire l'utilité de chaque information collectée facilite l'analyse des résultats de la collecte. Cette analyse est décrite plus en détail à l'«Etape 4: Transformer les données collectées en données exploitables».

Étape 2: Construire les supports de collecte de l'information

Avant de commencer la collecte des données, il convient de préparer des supports de collecte. Ces supports comprennent notamment des grilles de saisie, des formulaires d'entretien et des questionnaires d'enquête.

Les grilles de saisie peuvent être utilisées pour collecter des informations à partir des sources documentaires: recensement, carte sanitaire, études socio-économiques, études sur la situation sanitaire, cadre politique (textes de lois, décrets, codes*), grilles des tarifs des formations sanitaires, registres et rapports d'activité des formations sanitaires, statistiques des formations sanitaires, monitoring*, données comptables des formations sanitaires, etc. Elles comportent en général deux colonnes avec dans celle de gauche le libellé de l'information recherchée et dans celle de droite l'information obtenue.

Les formulaires d'entretien peuvent être utilisés pour collecter des informations auprès du personnel de santé et des responsables des formations sanitaires, auprès des autorités sanitaires, des autorités locales, des responsables d'organisations de la société civile, des transporteurs, des responsables de programmes de prévention. Ils comportent des questions souvent ouvertes qui permettent à la personne interrogée de donner son point de vue et d'illustrer son propos par des exemples. Les réponses données au cours des entretiens sont principalement qualitatives.

Les questionnaires d'enquête servent à conduire les enquêtes auprès des ménages et des patients. Ils doivent, dans la mesure du possible, comporter des questions dites fermées comme des questions à choix multiples avec des cases à cocher, qui obligent la personne interrogée à donner des réponses précises. Cela permet par la suite d'exploiter les réponses à des fins quantitatives: il est possible de calculer des moyennes, des pourcentages, etc.

| Support | Utilité | Caractéristiques |
|--------------------------|--|---|
| Grilles de saisie | <ul style="list-style-type: none"> ● Collecter des informations à partir des «sources documentaires» ● Effectuer le suivi d'un échantillon de patients | Les grilles comportent souvent deux colonnes avec dans la colonne de gauche, le libellé de l'information et dans celle de droite, l'information obtenue |
| Formulaires d'entretien | Collecter des informations qualitatives auprès de personnes physiques | Les formulaires d'entretien comportent des questions souvent ouvertes |
| Questionnaires d'enquête | Conduire les enquêtes auprès des ménages et des patients | Les questionnaires d'enquête comportent dans la mesure du possible des questions dites fermées |

Pour construire les supports de collecte, le comité de pilotage peut s'appuyer sur le tableau de mise en œuvre élaboré lors de l'étape 1. En effet, celui-ci recense, pour chaque source, les informations qu'il est utile de rechercher.

Premier cas: Le support de collecte est une grille de saisie

La grille peut comprendre deux colonnes. Dans la colonne de gauche le comité de pilotage indique les informations recherchées. La colonne de droite permettra d'inscrire les valeurs trouvées.

Exemple de grille de saisie «recensement»

| Information recherchée | Valeur |
|----------------------------------|--------|
| Population nationale | |
| Population région d'intervention | |
| Population préfecture | |
| Population commune urbaine | |
| ... | ... |

Deuxième cas: Le support de collecte est un formulaire d'entretien ou un questionnaire d'enquête

Chaque question doit permettre de collecter une ou plusieurs des informations listées dans le tableau de mise en œuvre.

Exemple de formulaire d'entretien «autorités sanitaires»

| | |
|----|--|
| 1. | Quelles sont les maladies les plus fréquentes dans la région? |
| 2. | Y a-t-il des périodes de l'année plus difficiles que d'autres sur le plan sanitaire? |
| 3. | etc. |

Pour des exemples de supports de collecte (grilles de saisie, formulaires d'entretien et questionnaires d'enquête) se reporter à:

► **3.2 – Exemples de supports de collecte de l'information**, tome 2, chapitre 3, page 56.

Étape 3: Préparer et effectuer la collecte

Préparer la collecte

Tester les supports de collecte

Les formulaires d'entretien et les questionnaires d'enquête doivent être testés sur un échantillon restreint de personnes afin de vérifier que les questions sont compréhensibles et qu'elles permettent effectivement de collecter les informations recherchées.

Définir l'échantillon de la population à enquêter

Les enquêtes auprès de la population cible (ménages, patients) et le suivi d'un échantillon de patients doivent être effectués auprès d'échantillons représentatifs* de la population cible. Un échantillon est représentatif lorsqu'il a la même structure que la population totale: mêmes proportions d'hommes, de femmes, de jeunes, de personnes âgées, d'actifs, d'inactifs, etc. L'échantillon représentatif doit en outre respecter une taille minimale qui dépend de la taille de la population cible et de son homogénéité. Dans la pratique, les enquêtes ménages sont le plus souvent conduites auprès de 350 chefs de famille.

Pour des exemples de taille minimale d'échantillons, se reporter à:

► **3.3 – Taille de l'échantillon pour la réalisation des enquêtes auprès des ménages**, tome 2, chapitre 3, page 71.



Important. Il est nécessaire d'interroger, dans le cadre des enquêtes auprès des ménages et des patients, une proportion élevée de femmes. L'expérience montre par exemple que les enquêtes ménages consistent souvent à interroger le «chef» de famille, c'est-à-dire le plus souvent un homme (certes, celui-ci s'exprime au nom des membres de sa famille). Or les femmes jouent un rôle prépondérant dans les questions relatives à la santé qu'il s'agisse de la santé reproductive, de celle de la famille ou des soins de maternité. Elles ont par exemple une connaissance précise des maladies infantiles et des besoins de protection de leurs enfants. Elles ont par ailleurs, en tant que femmes, des besoins particuliers en matière de santé et de protection sociale qui peuvent ne pas être connus des hommes ni ressentis comme prioritaires par ceux-ci.

Si en dépit des précautions prises, il apparaît, lors du dépouillement des résultats, que la proportion de femmes interrogées est trop faible, il est toujours possible d'organiser une enquête complémentaire auprès d'un public exclusivement féminin.

Répartir les tâches, recruter et former les enquêteurs

Suivant les cas, le comité de pilotage peut prendre en charge toute la collecte ou faire appel à des ressources extérieures. Généralement les membres du comité de pilotage réalisent eux-mêmes la collecte des données à partir de la documentation existante: études, recensements, carte sanitaire, monitoring, etc. Ils effectuent aussi la collecte des données auprès des autorités locales, des autorités sanitaires, des formations sanitaires et des systèmes de micro-assurance santé préexistants.

Ils font souvent appel à des enquêteurs pour la conduite des enquêtes auprès de la population cible. Ces enquêteurs doivent au préalable recevoir des indications sur la manière de conduire les enquêtes et des explications sur le contenu des questions et les types de réponses attendues.

Pour le suivi d'un échantillon de patients, les membres du comité de pilotage peuvent mettre à contribution le personnel de santé des formations sanitaires concernées qui remplira lui-même les grilles de saisie.

Effectuer la collecte

Suivre l'avancement de la collecte des données

Il est important de vérifier que la collecte des données est effectuée conformément à la programmation initialement prévue et que la structure de la population enquêtée en termes de localisation géographique, de catégorie socioprofessionnelle, de genre, d'âge, etc. est conforme à la structure prédéfinie. En cas de décalage, des réajustements peuvent être effectués au cours de la collecte: révision des objectifs de collecte, recrutement d'enquêteurs supplémentaires, priorité donnée à certains groupes de population sous-représentés dans la population déjà enquêtée, etc.

Saisir les données brutes et contrôler la saisie

Au cours de la collecte, il est conseillé de dépouiller les formulaires et questionnaires régulièrement (chaque soir par exemple) et d'effectuer au fur et à mesure la saisie des données dans un outil informatique permettant de faciliter leur exploitation (tableur par exemple).

Etape 4: Transformer les données collectées en données exploitables

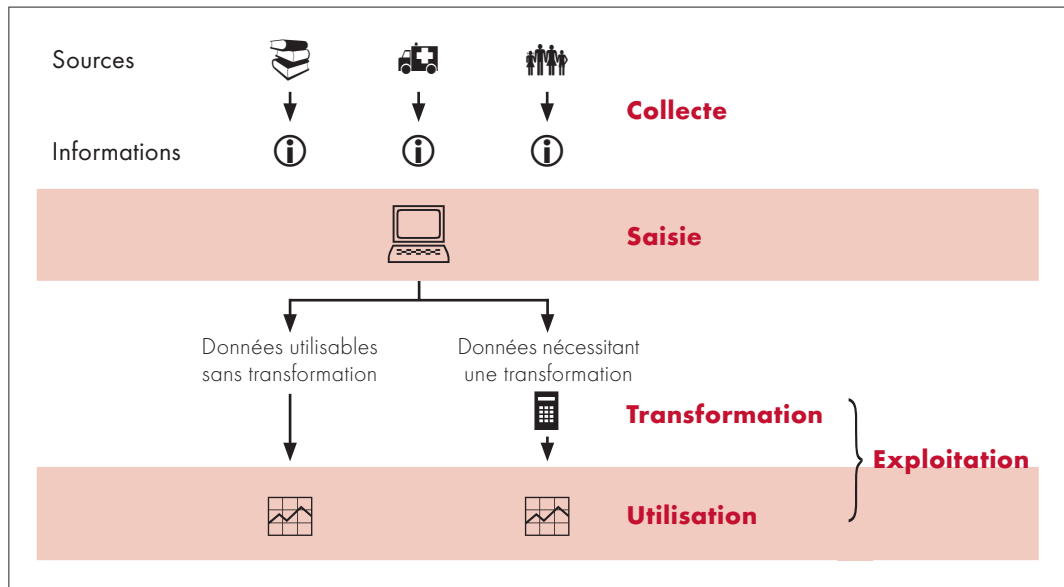
Parmi les données collectées, certaines sont directement exploitables: elles permettent d'atteindre un ou plusieurs objectifs sans traitement particulier.

Exemple: Les informations démographiques participent, sans traitement particulier, à une meilleure connaissance du contexte (objectif 1).

D'autres données doivent être transformées avant de pouvoir être utilisées pour l'objectif visé. La transformation consiste à calculer, à partir des données brutes, un indicateur.

Exemple: La taille de la population de l'aire de responsabilité d'une formation sanitaire est collectée dans le but de «Préparer le choix des prestataires de soins partenaires» (objectif 3). Pour être exploitable cette information doit être transformée. Elle sert à calculer le taux de fréquentation qui est ensuite utilisé comme critère de choix des formations sanitaires.

L'exploitation consiste donc à transformer si nécessaire les données collectées en données exploitables et à les utiliser pour atteindre chaque objectif.



Pour des exemples de transformation des données collectées et des exemples d'utilisation, se reporter à :

► **3.4 – Exemples de transformation des données collectées en données exploitables**, tome 2, chapitre 3, page 71.

4. Phase de définition du système de micro-assurance santé

Introduction

Objectif de la phase de définition du système

La phase de définition consiste à concevoir, sur la base des informations collectées, le système de micro-assurance santé qui sera ensuite mis en place.

Il s'agit d'effectuer le choix des services à couvrir, des prestataires de soins partenaires, du (ou des) couple(s) prestations/cotisations. Il s'agit également de veiller à ce que le système envisagé soit viable sur les plans financier, social, institutionnel et technique, et qu'il offre des réponses adaptées aux problèmes identifiés en matière d'accès aux soins et d'utilisation des services de santé.

QUELQUES CONSEILS POUR DÉFINIR LE SYSTÈME

Pour définir un système viable et répondant aux besoins des adhérents, on peut suivre les conseils suivants:

Conseil n° 1: Tenir compte du contexte

La prise en compte du contexte doit être effectuée aux différents stades de l'élaboration du système de micro-assurance santé: au moment du choix de l'organisation du système, de la définition de ses règles de fonctionnement, du choix des services à couvrir, de la sélection des prestataires de soins partenaires, etc.

Conseil n° 2: Impliquer les principaux partenaires

La prise en compte des besoins de la population cible d'une part et des intérêts des prestataires de soins d'autre part est essentielle pour garantir le bon fonctionnement du système, son développement et sa viabilité.

La participation d'autres acteurs comme les autorités locales, les responsables de l'administration sanitaire, les responsables d'organisations de la société civile, les représentants d'organisations d'employeurs et de travailleurs, peut aussi s'avérer utile notamment pour favoriser des partenariats entre ces organisations et le système de micro-assurance santé.

Conseil n° 3: Procéder avec méthode

La conception d'un système de micro-assurance santé est une opération délicate: un ensemble de choix doivent être effectués, des négociations doivent être menées, des mécanismes doivent être inventés, des cotisations doivent être calculées, etc. Afin de ne pas omettre certains éléments nécessaires au bon fonctionnement du système, il est important de procéder de manière méthodique et rigoureuse.

Conseil n° 4: Faire appel à des compétences externes lorsqu'elles ne sont pas disponibles au sein du comité de pilotage

La conception du système de micro-assurance santé demande des connaissances techniques particulières: pour concevoir des garanties* adaptées aux besoins des adhérents, pour effectuer différentes simulations tarifaires lors du choix du (ou des) couple(s) prestations/cotisations, pour concevoir des règles de fonctionnement à la fois simples et efficaces, pour veiller à ce que les risques liés à l'assurance soient contrôlés dans le cadre du système envisagé. Il s'agit des risques de sélection adverse*, du risque moral* et de surprescription*, des fraudes et abus, de l'occurrence de cas catastrophiques.

Contenu du chapitre

Le présent chapitre propose d'organiser la définition du système en plusieurs étapes, chaque étape correspondant à un choix utile pour la définition du système:

- choisir ou confirmer le choix de la population cible (étape 1);
- présélectionner les services de santé à couvrir (étape 2);
- choisir les prestataires de soins partenaires (étape 3);
- choisir les services et les prestataires de soins avec lesquels utiliser un mécanisme de tiers payant (étape 4);
- choisir les formules de couverture et calculer les cotisations correspondantes (étape 5);
- préparer les accords avec les organisations partenaires notamment avec les prestataires de soins (étape 6);
- définir l'organisation du système (étape 7);
- définir les modalités de fonctionnement du système (étape 8);
- établir le budget prévisionnel du système de micro-assurance santé (étape 9).

Ce découpage est donné à titre indicatif; dans la pratique, la définition du système est un processus itératif où la même étape peut être répétée plusieurs fois à différents moments et où les décisions prises au cours de certaines étapes peuvent remettre en cause les décisions adoptées auparavant.

Exemple: Le calcul des cotisations et le choix du (ou des) couple(s) prestations/cotisations (étape 5) peut contribuer à modifier la liste des services de santé à couvrir, présélectionnés à l'étape 2. De la même manière, certaines règles de fonctionnement, comme les règles d'adhésion choisies à l'étape 8, peuvent avoir un impact sur le calcul des cotisations (étape 5).

Certaines étapes – comme l'étape 1 qui consiste à choisir la population cible – pourront être conduites par le comité de pilotage uniquement. Pour d'autres étapes, le présent chapitre suggère d'utiliser une démarche participative, dans laquelle le comité de pilotage associe différents acteurs au processus de choix. Il s'agit principalement des représentants de la population cible et, selon les séances, d'autres acteurs concernés par la mise en place du système: les responsables des formations sanitaires, les autorités locales, les responsables d'organisations de la société civile, etc.

Que le mode de prise de décisions soit participatif ou non, il est conseillé d'adopter pour chaque étape la démarche suivante:

- 1.** Effectuer une synthèse des résultats de la collecte: analyse des données collectées, calculs des indicateurs.
- 2.** Préparer les supports permettant de faciliter les choix: tableaux comparatifs, graphiques, etc. Lorsque la méthode de prise de décisions est participative, ces supports doivent permettre de restituer clairement aux personnes concernées les informations nécessaires aux choix (le support peut proposer plusieurs options sur lesquelles ces personnes sont invitées à se prononcer).
- 3.** Effectuer les choix. Lorsque la méthode de prise de décisions est participative, le comité de pilotage organise des groupes de travail avec les personnes participant aux choix et réalise des séances d'animation à cet effet.
- 4.** Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Le chapitre propose une démarche pour chaque étape de la définition du système et décrit les principaux critères de choix. Pour accéder au détail de certaines méthodes de calcul des cotisations ou à des exemples de supports de restitution, consulter les outils proposés dans le tome 2, chapitre 4:

► **Outils utiles:** A chaque étape correspond un ou plusieurs outils dans le tome 2. Ainsi, l'outil n° 4.1 correspond à l'étape 1, l'outil n° 4.2 à l'étape 2, etc.

LES «SÉANCES D'ANIMATION»

L'utilisation d'une démarche participative pour définir le système de micro-assurance santé permet:

1. De poursuivre le processus d'information/éducation/communication initié depuis la phase de préparation de l'étude de faisabilité et consistant dans le cas précis à:
 - restituer les informations issues de la collecte des données et utilisées pour appuyer les choix relatifs à la définition du système;
 - consulter les différentes parties prenantes du futur système – la population cible et les prestataires de soins principalement – en recueillant leurs points de vue;
 - accompagner les acteurs dans la réflexion autour de la définition progressive du système;
 - transmettre des notions relatives au fonctionnement de l'assurance.
2. D'impliquer les différents acteurs dans la définition, et plus tard dans la mise en place du système, ce qui favorisera le bon fonctionnement et développement de ce dernier.

Pour des conseils sur la conduite des séances d'animation consulter:

► **4.0 – Les séances d'animation,** tome 2, chapitre 4, page 120.

Etape 1: Choisir ou confirmer le choix de la population cible

Dans de nombreux cas, le choix de la population cible est déterminé par l'organisation promotrice du système de micro-assurance santé.

Exemple: Si l'organisation promotrice est un syndicat, la population cible comportera en priorité les membres du syndicat et leurs familles. S'il s'agit d'une institution de microfinance, d'une manière analogue, la population cible comportera en premier lieu les clients de l'institution et leurs familles.

Lorsque le système de micro-assurance santé est promu par une structure d'appui qui doit choisir dans quels villages ou avec quelles organisations de la société civile (syndicats, coopératives, etc.) mettre en place le système, le choix prend généralement en compte:

- les besoins des populations cibles, en donnant la priorité à celles dont les besoins de couverture sont les plus importants;
- et la probabilité de succès du projet, en choisissant les implantations où les facteurs de succès du projet sont les plus nombreux.

Des arbitrages sont parfois nécessaires car les implications de ces deux critères de choix peuvent être contradictoires.

Le comité de pilotage peut procéder de la manière suivante:

1. Effectuer une synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 2: «Préparer le choix de la population cible.»
2. Préparer un tableau comparatif permettant de faciliter la comparaison entre plusieurs populations cibles «candidates». Pour un exemple de tableau comparatif se reporter à:

► **4.1 – Choix de la population cible**, tome 2, chapitre 4, page 121.

3. Choisir la population cible répondant le mieux aux critères suivants:
 - la qualité objective des formations sanitaires. En effet, il est préférable que la population cible retenue ait accès à une offre de soins de qualité acceptable;
 - l'accès à la formation sanitaire. L'implantation ou le développement du système de micro-assurance santé pourra être dans un premier temps concentré dans les zones de forte attraction de la formation sanitaire, c'est-à-dire là où les taux de fréquentation sont élevés (critère utilisé lorsque la population cible est définie sur une base géographique);
 - des caractéristiques économiques et sociales favorables. Le niveau d'alphabétisation, le dynamisme économique, une certaine expérience de l'organisation communautaire, l'existence de personnes capables de gérer le système, l'existence de pratiques d'entraide en cas de maladie, etc., sont autant de facteurs de succès d'un projet de micro-assurance santé;
 - le nombre de bénéficiaires potentiels. Il est préférable pour le système de couvrir un nombre important de personnes notamment si la couverture des gros risques est envisagée.

Étape 2: Présélectionner les services de santé à couvrir

Un système de micro-assurance santé ne peut en général couvrir, du moins dans les premières années de son existence, l'ensemble des services de santé. Cette étape consiste à identifier et présélectionner les services de santé à couvrir par le futur système de micro-assurance santé. La couverture de certains de ces services pourra être remise en cause si les niveaux de cotisation correspondants excèdent la disposition à payer de la population cible (étape 5).

Pour effectuer la présélection des services de santé à couvrir, le comité de pilotage peut utiliser une démarche participative en associant des représentants de la population cible. Cette méthode consiste à:

1. Effectuer une synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 4: «Préparer le choix des services de santé à couvrir.»
2. Préparer des supports de restitution et de décision qui seront utilisés au cours des groupes de travail.

Exemples de supports de restitution: Un tableau comparatif permettant de hiérarchiser les différents services de santé; les grilles des tarifs des formations sanitaires permettant de comprendre comment sont actuellement facturés ces services.

3. Se réunir en groupe de travail pour:
 - Action 1: présélectionner les services de santé à couvrir;
 - Action 2: définir éventuellement plusieurs formules de couverture et les services inclus pour chacune d'elles;
 - Action 3: prendre en compte le mode de facturation de l'offre de soins.
4. Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Action 1: Présélectionner les services de santé à couvrir

Les services de santé prioritaires peuvent être des services curatifs, des soins obstétricaux et des soins préventifs.

Remarque: Un système de micro-assurance santé a tout intérêt à couvrir les soins préventifs afin de limiter la survenue des cas de maladie; ainsi, la prise en charge des consultations prénatales vise à prévenir les accouchements dystociques.

Ils peuvent comprendre également l'évacuation des malades d'un échelon à l'autre de la pyramide sanitaire, ou l'achat de petit matériel comme les perfusions, gants, seringues demandé par le personnel de santé en cas d'hospitalisation ou d'accouchement.

Pour la liste des services de santé habituellement couverts par les systèmes de micro-assurance santé et une définition des petits et des gros risques, se reporter à:

► **4.2 – Présélection des services à prendre en compte dans les différentes formules de couverture,** § *Liste des services de santé habituellement couverts* et § *La couverture des gros et des petits risques*, tome 2, chapitre 4, pages 122 et 124.

La présélection des services de santé à couvrir peut s'effectuer sur des critères de priorité. Ces critères peuvent varier selon les types d'organisations. Les organisations de la société civile ou leurs structures d'appui privilégient souvent les services répondant aux réels besoins sanitaires des ménages et dont l'utilisation peut poser des problèmes financiers. Les prestataires de soins privilégient souvent les services qui posent le plus de problèmes de recouvrement ou de financement. D'une manière générale, les principaux critères de priorité utilisés sont les suivants:

- les besoins sanitaires «réels» de la population. Les services prioritaires sont ceux qui permettent de diminuer fortement les taux de morbidité de certaines maladies et les taux de mortalité. A ce titre des services de prévention et d'éducation à l'hygiène peuvent avoir un impact important sur la santé de la population tout en étant peu coûteux;
- les besoins sanitaires «ressentis et exprimés» par la population. Il s'agit des services que la population souhaite en priorité voir couvrir par le système;
- les difficultés financières associées à la consommation de ces services. Une priorité est à donner aux services qui posent réellement des problèmes d'accessibilité financière. Certains services peuvent à l'inverse être sortis du panier des services couverts: il s'agit des services qui constituent un risque financier minime pour une forte proportion de la population;

- les problèmes de recouvrement et de financement (dans le cas des prestataires). Les services prioritaires sont ceux présentant les plus forts taux d'impayés ou ceux dont l'utilisation est insuffisante (problème d'amortissement des équipements).

Pour un exemple de tableau comparatif des services de santé au regard de ces différents critères, se reporter à :

► **4.2 – Présélection des services à prendre en compte dans les différentes formules de couverture**, § Exemple de tableau comparatif des services de santé, tome 2, chapitre 4, page 125.

Action 2: Définir éventuellement plusieurs formules de couverture et les services inclus pour chacune d'elles

L'analyse des besoins peut faire apparaître qu'au sein de la population cible :

- certains services de santé sont considérés comme prioritaires par toute la population;
- d'autres services sont considérés comme importants mais non prioritaires;
- d'autres enfin sont considérés comme prioritaires par certains sous-groupes de population seulement.

Exemple: La population d'un village éloigné de l'hôpital peut considérer comme prioritaire le service d'évacuation des malades vers cet hôpital, alors que ce service n'est pas ressenti comme nécessaire par les populations habitant à proximité de l'hôpital.

La mise en évidence de telles spécificités est effectuée en croisant les réponses aux questions sur les besoins ressentis et exprimés de la population cible, avec les caractéristiques des personnes interrogées: âge, sexe, lieu d'habitation, profession.

Cette situation peut conduire à proposer plusieurs types de couverture.

Exemple: Une formule «de base» comportant les services prioritaires et une formule «étendue» comportant les services prioritaires + les services importants mais non indispensables. On peut aussi proposer des garanties optionnelles que choisiront seulement les groupes de population qui jugent ces services indispensables.

Action 3: Prendre en compte le mode de facturation de l'offre de soins

Suivant le cas, les garanties proposées peuvent porter sur :

- des actes* clairement séparés;
- des regroupements d'actes;

Exemple: Le service «Hospitalisation médicale» comprend le forfait journalier, les consultations et examens divers pratiqués au cours de l'hospitalisation.

- des épisodes de maladies ou de maternité.

Exemple: La prise en charge des cas de paludisme comprend les dépenses de santé liées aux épisodes de paludisme quels que soient les services de santé utilisés pour se faire soigner.

Il s'agit de vérifier que la présélection des services couverts est compatible avec le découpage utilisé par les formations sanitaires pour la facturation des services de santé.

Si les formations sanitaires facturent aux patients un tarif pour chaque acte, le système peut couvrir soit chaque acte séparément, soit des regroupements d'actes, soit des épisodes de maladie.

Si les formations sanitaires facturent un tarif pour un regroupement d'actes ou un forfait par épisode de maladie, le système ne peut prendre en charge séparément chaque acte. Il doit se conformer au découpage en vigueur ou envisager un découpage plus global.

Pour connaître le mode de facturation en vigueur dans les formations sanitaires, le comité de pilotage peut se baser sur les grilles de tarifs des formations sanitaires collectées dans le cadre de l'objectif 4: «Préparer le choix des services de santé à couvrir.»

Pour un exemple de formule de couverture, se reporter à:

► **4.2 – Présélection des services à prendre en compte dans les différentes formules de couverture,** § *Exemple de formules de couverture*, tome 2, chapitre 4, page 126.

Etape 3: Choisir les prestataires de soins partenaires

Cette étape consiste à identifier et à sélectionner les prestataires de soins dont les services de santé seront couverts par le futur système de micro-assurance santé.

Il peut s'agir de prestataires avec lesquels le système souhaite passer:

- un accord sur les prix;
- un accord sur les procédures d'accueil des assurés ou sur les protocoles thérapeutiques*;
- un accord sur les modes de paiement: paiement à l'acte* ou paiement forfaitaire;
- et/ou un accord de tiers payant.

Il peut s'agir aussi de prestataires avec lesquels le système ne passe pas d'accord particulier mais dont les services seront couverts par le système. L'identification préalable des formations sanitaires dont les services sont pris en charge à l'exclusion de toutes les autres permet d'éviter une escalade des coûts dans le cas où les assurés iraient en priorité chez les prestataires de soins les plus chers.

Pour le choix des prestataires de soins partenaires, le comité de pilotage peut utiliser une démarche participative en associant des représentants de la population cible. Cette méthode consiste à:

1. Effectuer une synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 3: «Préparer le choix des prestataires de soins partenaires.»

2. Préparer des supports de restitution et de décision qui seront utilisés au cours des groupes de travail: une carte de la (ou des) zone(s) d'implantation du système, un tableau comparatif des différents prestataires de soins «candidats».
3. Se réunir en groupe de travail pour choisir les prestataires de soins dont les services de santé seront couverts par le système.
4. Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Choisir les prestataires de soins

Le choix des prestataires de soins s'effectue sur des critères de proximité, de qualité et de coût.

Les critères de proximité

Les prestataires de soins choisis doivent être, dans la mesure du possible, implantés à proximité de la population cible. En particulier, si le système envisage de prendre en charge des services de santé primaires, il est important que les prestataires à cet échelon soient relativement proches des populations.

La répartition géographique des prestataires de soins de chaque niveau de la pyramide sanitaire peut être illustrée sur une carte de la (ou des) zone(s) d'implantation du système. Cette représentation permet d'identifier, pour les différents villages ou quartiers ciblés, les prestataires de soins partenaires. Elle permet aussi de mettre en évidence les zones pour lesquelles aucun prestataire partenaire n'a encore été identifié.

Les critères de qualité et de coût

Le comité de pilotage peut comparer les formations candidates sur la base des critères suivants: la qualité objective des formations sanitaires, la qualité perçue des formations sanitaires, la fréquentation. Dans une situation de concurrence, plus les taux de fréquentation sont élevés, plus les services de santé sont en principe accessibles, de bonne qualité et bien perçus par les usagers.

Pour départager plusieurs prestataires offrant des services de qualité équivalente, le comité de pilotage peut privilégier le prestataire le moins cher.

Souvent l'arbitrage n'est pas aussi simple, et d'autres facteurs entrent en ligne de compte: le caractère public ou privé de la formation sanitaire, la reconnaissance ou non par l'administration sanitaire, la transparence et la rationalité des pratiques des professionnels de santé, la prévention et l'éducation à la santé privilégiées par les professionnels de santé, le bon contact entre les promoteurs du système avec les responsables des formations sanitaires considérées, etc.

L'utilisation d'un tableau comparatif des différents prestataires «candidats» permet de faciliter le processus de choix. Pour un exemple de tableau comparatif se reporter à:

► **4.3 – Choix des prestataires de soins partenaires**, tome 2, chapitre 4, page 127.

Etape 4: Choisir les services et les prestataires de soins avec lesquels utiliser un mécanisme de tiers payant

Cette étape consiste à décider si l'on souhaite mettre en place un mécanisme de tiers payant; si oui, avec quels prestataires de soins et pour quels services.

Proposer le tiers payant pour tous les services de santé couverts par le système est certes plus commode pour les assurés, mais induit un risque moral pour le système. Il convient donc d'identifier les services pour lesquels le tiers payant est réellement nécessaire.

Le comité de pilotage peut utiliser une démarche participative en associant des représentants de la population cible et, éventuellement, des représentants des prestataires de soins présélectionnés à l'étape 3. Cette méthode consiste à:

1. Effectuer une synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 5: «Préparer le choix des modalités de prise en charge: paiement direct ou tiers payant.»
2. Préparer les supports de restitution et de décision qui seront utilisés au cours des groupes de travail: des schémas explicatifs du tiers payant et du paiement direct appelé aussi tiers garanti* ainsi qu'un tableau comparatif indiquant les services pour lesquels le tiers payant semble le plus important.
3. Se réunir en groupe de travail pour choisir les services faisant l'objet du tiers payant, et les prestataires de soins concernés.
4. Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Choisir les services faisant l'objet du tiers payant

La sélection des services de santé faisant l'objet du tiers payant peut être effectuée sur la base des critères suivants:

- le coût des services;
- le degré d'urgence ou d'imprévu: ainsi l'hospitalisation d'un blessé accidenté est à la fois imprévue et urgente.

Pour des exemples de schémas explicatifs des différentes modalités de prise en charge (avec ou sans tiers payant) et un exemple de tableau comparatif permettant d'identifier et de sélectionner les services de santé pour lesquels le tiers payant est prioritaire, se reporter à:

► **4.4 – Choix du tiers payant: Pour quels services? Pour quels prestataires de soins?** Tome 2, chapitre 4, page 128.

Étape 5: Choisir les formules de couverture et calculer les cotisations correspondantes

Le système de micro-assurance santé peut prendre en charge l'intégralité du coût de chaque service de santé ou en laisser une partie à la charge des adhérents (systèmes de copaiement*). Les systèmes de copaiement ont deux avantages: 1) ils permettent de réduire le montant des cotisations; 2) ils contribuent à limiter le risque moral. Le copaiement peut être cependant durement ressenti par les usagers des systèmes de santé, notamment en période de soudure monétaire. Différents types de copaiement existent: ticket modérateur*, forfait* ou plafond*, limitation en nombre*, franchise* monétaire ou en nombre. Pour une présentation des différents copaiements, se reporter à:

► **4.5.1 – Liste des copaiements**, tome 2, chapitre 4, page 129.

Par ailleurs, le système de micro-assurance santé peut proposer: 1) une formule de couverture unique et commune à tous les adhérents; 2) plusieurs formules au choix: formule de base, formule étendue, garanties optionnelles, etc.

Les services de santé à couvrir dans le cadre de chaque formule ont été présélectionnés à l'étape 2. La présente étape consiste à définir, pour chaque formule de couverture si le système en prévoit plusieurs, les niveaux de prise en charge de ces services et le cas échéant les types et niveaux de copaiement.

Plus les niveaux de prise en charge sont élevés, plus élevée est la cotisation. Même si au départ on envisage de couvrir un certain nombre de services de santé à des niveaux importants (80%, 100% des dépenses), on est souvent contraint de revoir à la baisse cette première couverture compte tenu du montant des cotisations qu'elle implique.

Une formule de couverture comprend un ensemble de services de santé à couvrir et pour chacun d'eux un niveau de prise en charge. On définit une première formule et on calcule la

CALCUL DES COTISATIONS, MODE DE FACTURATION ET MODE DE PAIEMENT DES PRESTATAIRES DE SOINS

La définition des services couverts, des niveaux de prise en charge et le calcul des cotisations correspondantes sont liés à la manière dont les prestataires de soins facturent habituellement les services de santé à leurs patients. Par exemple, si le prestataire facture chaque acte de manière distincte, les données collectées sur la quantité de services consommés ou sur les coûts unitaires concerneront des actes; par conséquent, il sera possible de calculer la prime pure (voir définition plus loin) correspondant à chaque acte. Si le prestataire facture un forfait par épisode de maladie quels que soient les soins effectués ou les médicaments consommés, les données collectées suivront ce découpage; par conséquent, il sera difficile de calculer une prime pure par acte.

La définition des services couverts, des niveaux de prise en charge et le calcul des cotisations correspondantes sont également liés au mode de paiement envisagé pour les prestataires: si l'on envisage un paiement à l'acte, il est impératif de calculer les cotisations pour chaque acte. Lorsque le mode de paiement n'a pas été choisi à ce stade, il vaut mieux effectuer les calculs de cotisations par acte, ce qui permet ensuite d'envisager tous les modes de paiement possibles: regroupement d'actes, épisode de maladie, capitation, etc. Le choix du mode de paiement est traité dans l'étape 6: préparer les accords avec les organisations partenaires notamment avec les prestataires de soins.

cotisation correspondante. Si le montant de cotisation est trop élevé au regard de la disposition à payer de la population cible, on modifie cette première formule en diminuant les niveaux de prise en charge des services, ou en retirant certains services de la formule de couverture. Un arbitrage entre les prestations (services à couvrir et niveaux de prise en charge) et le montant des cotisations à payer est effectué, jusqu'à ce qu'un couple prestations/cotisations acceptable soit trouvé.

Pour choisir les niveaux de prise en charge et calculer les cotisations correspondantes, le comité de pilotage peut utiliser une démarche participative en associant des représentants de la population cible. Cette méthode consiste à :

1. Effectuer la synthèse des données collectées:
 - dans le cadre de l'objectif 6: «Préparer le calcul des cotisations à partir des dépenses de santé de la population cible.» Il s'agit de calculer à l'avance pour chaque service couvert, les indicateurs entrant dans le calcul de la prime pure: la probabilité d'utiliser le service, la quantité moyenne prise en charge, le coût unitaire moyen du service et/ou la fréquence d'utilisation du service;
 - ou dans le cadre de l'objectif 7: «Préparer le calcul des cotisations à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires.» Il s'agit de calculer à l'avance les coûts prévisionnels de fonctionnement de la formation sanitaire rapportés à chaque individu.
2. Effectuer la synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 8: «Evaluer la disposition à payer de la population cible.» La prise en compte de la disposition à payer dans le choix du niveau et de la périodicité des cotisations conditionne en effet le succès du système en termes d'adhésion et de recouvrement des cotisations.
3. Préparer les grilles de calcul des cotisations qui seront utilisées au cours des groupes de travail; pour un exemple de grille de calcul se reporter à :

► **4.5.5 – Exemple de grille de calcul des cotisations**, tome 2, chapitre 4, page 151.

4. Se réunir en groupe de travail pour:
 - Action 1: définir des scénarios. Il s'agit de proposer différentes possibilités de couverture. Il est préférable, à ce stade, de bâtir les scénarios avec les acteurs et non de leur proposer un choix limité de scénarios préétablis.
 - Action 2: calculer les montants des cotisations pour différents scénarios. Cette étape suppose que les membres du comité de pilotage maîtrisent les bases du calcul des cotisations. Ils peuvent si nécessaire faire appel à un appui technique extérieur.
 - Action 3: prendre en compte le niveau de la disposition à payer de la population cible.
 - Action 4: choisir quelques scénarios, c'est-à-dire plusieurs couples prestations/cotisations répondant à différents critères.
5. Effectuer la synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Cette étape est parfois longue. Mais le temps que l'on y consacre s'avère être un bon investissement car l'une des principales raisons des échecs de nombreuses expériences actuelles résulte de mauvais choix du (ou des) couple(s) prestations/cotisations.

Action 1: Définir des scénarios

Le premier scénario comporte en général:

- les services présélectionnés à l'«étape 2: présélectionner les services de santé à couvrir»;
- une ou plusieurs formules de couverture: par exemple une formule de base comportant les services jugés prioritaires par une grande majorité de la population et une formule «étendue» comportant en plus des services non prioritaires;
- un niveau de prise en charge élevé pour chaque service (80% ou 100% des dépenses engagées).

Si après calcul (voir action 2 ci-dessous), le montant de cotisation semble élevé, un deuxième scénario pourra être défini:

- en réduisant le nombre de services à couvrir;
- en réduisant les niveaux de prise en charge: introduction de copaiements comme des tickets modérateurs, des franchises, des forfaits et plafonds.

Action 2: Calculer les montants de cotisation pour les différents scénarios

Le calcul des cotisations peut être effectué de deux manières:

- à partir des dépenses de santé de la population cible, c'est-à-dire à partir des informations collectées dans le cadre de l'objectif 6;
- à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires, c'est-à-dire à partir des informations collectées dans le cadre de l'objectif 7.

Sur le choix entre les deux méthodes se reporter à:

► **Etape 1: Définir la démarche de la collecte, Action 1: Remplir le tableau stratégique**, § *Opter pour l'objectif 6 ou l'objectif 7?*, tome 1, chapitre 3, page 34.

Il n'est traité ici que la première méthode. Pour le détail de la deuxième méthode se reporter à:

► **4.5.2 b) – Calcul de la prime pure à partir des coûts de fonctionnement des formations sanitaires**, tome 2, chapitre 4, page 145.

et au cas pratique proposé dans:

► **3.4.7 – Exemple de transformation des données collectées dans le cadre de l'objectif 7**, tome 2, chapitre 3, page 107.

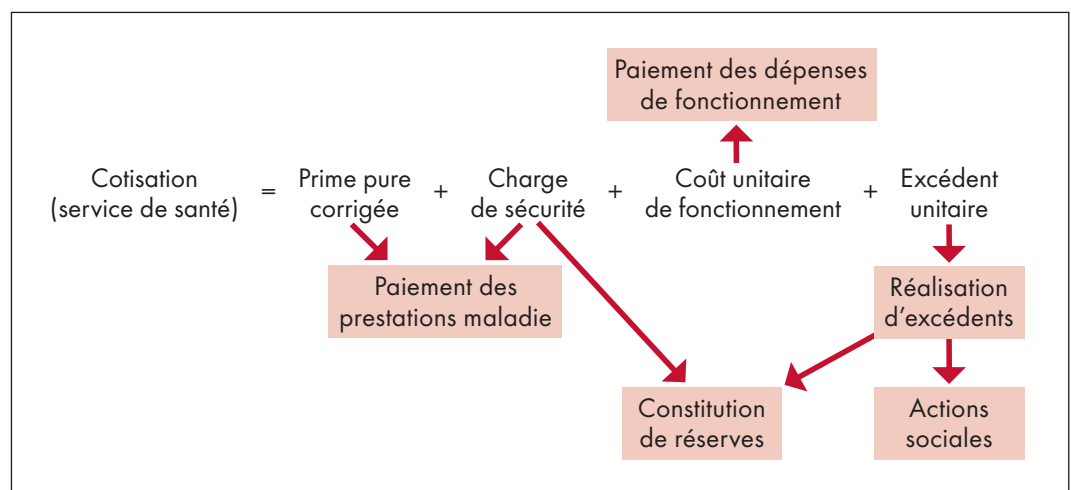
La cotisation constitue la principale recette d'un système de micro-assurance santé. Elle doit permettre de: 1) financer la prise en charge des services couverts par le système; 2) financer les coûts de fonctionnement du système; 3) réaliser des excédents* afin de constituer des réserves financières et assurer la pérennité du système.

La cotisation est calculée sur une base annuelle.

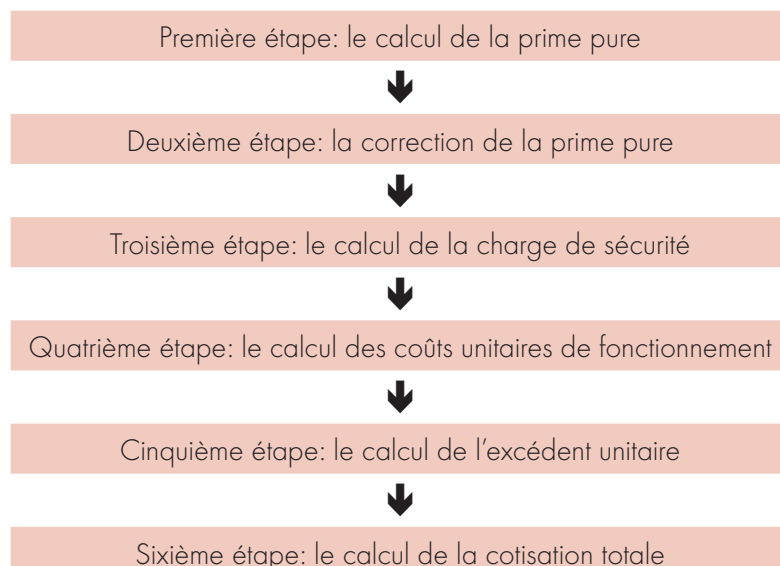
Remarque: Lorsque ces réserves sont suffisantes, une partie des excédents peut être utilisée pour accroître les niveaux de prise en charge ou couvrir de nouveaux services de santé à cotisation constante, ou réduire les cotisations, ou financer des actions (œuvres sociales) en faveur des bénéficiaires.

Pour calculer la cotisation individuelle totale, c'est-à-dire celle correspondant à un individu, on doit d'abord calculer la cotisation individuelle correspondant à chaque service couvert. Ensuite on additionne les cotisations par service et on obtient la cotisation totale d'un individu. La cotisation individuelle totale est donc égale à la somme des cotisations calculées pour chaque service de santé. La cotisation individuelle correspondant à un service de santé, est égale à la somme de plusieurs éléments:

- la prime pure corrigée;
- la charge de sécurité;
- les coûts unitaires de fonctionnement;
- l'excédent unitaire.



Le calcul de la cotisation peut être effectué en **6 étapes** :



Première étape: Le calcul de la prime pure

La prime pure correspond au coût moyen de la prise en charge pour chaque service couvert. C'est la dépense moyenne à prendre en charge par personne couverte.

Il existe deux formules de calcul de la prime pure: la formule générale et la formule simplifiée qui est un cas particulier de la formule générale. Ces formules sont les suivantes:

| | | |
|---|---|--|
| <p>Formule générale</p> <p>Prime pure (pour un service de santé)</p> <p>=</p> <p>Probabilité d'utiliser ce service × Quantité moyenne prise en charge × Coût unitaire moyen</p> | } | <p>Cas particulier de la formule générale</p> <p>Prime pure (pour un service de santé)</p> <p>=</p> <p>Fréquence d'utilisation de ce service × Coût unitaire moyen</p> |
|---|---|--|

N.B. Dans le cas particulier de la formule générale, les notions de probabilité et de quantité moyenne prise en charge sont regroupées sous la notion de fréquence.

Les avantages comparatifs des deux formules sont expliqués dans:

► **3.1.6 – Listes des informations à collecter pour l'objectif 6**, tome 2, chapitre 3, page 43.

La **probabilité** est la «chance» qu'un individu a d'utiliser le service de santé au moins une fois dans l'année. C'est donc le pourcentage de personnes qui utilisent le service au moins une fois dans l'année.

Dans la plupart des cas, la **quantité moyenne prise en charge** est égale au nombre moyen d'utilisations du service de santé par les utilisateurs du service. Pour certains niveaux de prise en charge (avec un nombre maximum de recours par personne et par an ou des franchises en nombre), la quantité moyenne prise en charge est inférieure à l'utilisation moyenne.

Exemples de restrictions: Prise en charge de 3 consultations prénatales au maximum par personne et par an; prise en charge de l'hospitalisation à compter du deuxième jour d'hospitalisation, ce qui signifie que le premier jour est à la charge de l'adhérent.

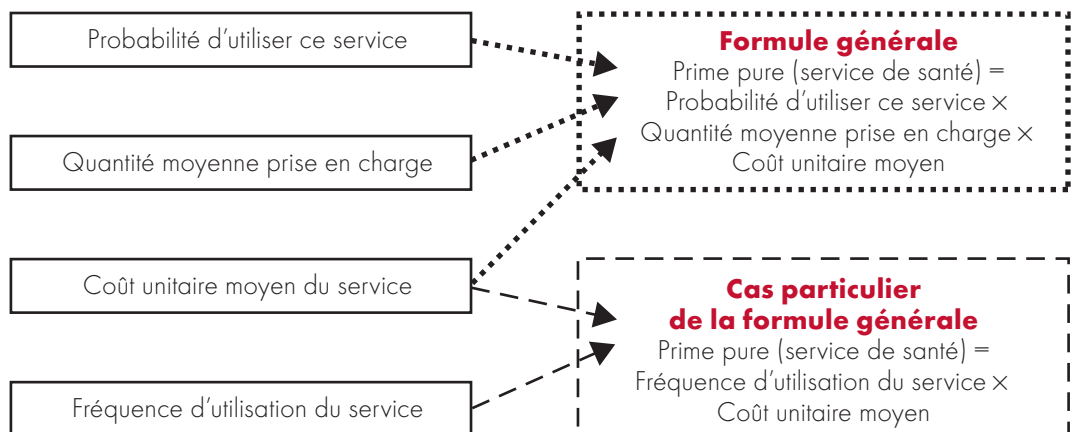
Le **coût unitaire moyen** du service de santé est égal aux dépenses moyennes engagées par un individu pour ce service si le niveau de prise en charge est de 100%. Dans tous les autres cas, ce coût est inférieur aux dépenses moyennes engagées (ticket modérateur, forfait, franchise monétaire).

La **fréquence d'utilisation** est le nombre de fois où le service de santé est consommé, en moyenne dans toute la population considérée.

Pour une description des méthodes de calcul de ces différents indicateurs (probabilité, quantité moyenne, coût unitaire moyen, fréquence) se reporter à:

► **4.5.2 a) – Calcul de la prime pure à partir des dépenses de santé de la population cible**, tome 2, chapitre 4, page 131.

Ensuite, il suffit de multiplier entre eux les indicateurs ainsi calculés pour obtenir la prime pure:



Deuxième étape: La correction de la prime pure

A ce stade, le montant calculé doit être corrigé pour tenir compte de facteurs qui ont une influence sur la consommation de soins de santé et donc sur le montant des dépenses: des caractéristiques individuelles comme l'âge, le sexe, le lieu d'habitation; l'existence de certains services ou de modalités de paiement comme le tiers payant. Pour les méthodes de correction de la prime pure se reporter à:

► **4.5.3 – Correction de la prime pure**, tome 2, chapitre 4, page 145.

Troisième étape: Le calcul de la charge de sécurité

La charge de sécurité s'ajoute à la prime pure. Elle permet de tenir compte du risque que les dépenses moyennes réelles par bénéficiaire soient supérieures aux prévisions.

Le calcul de la prime pure repose en effet sur des estimations réalisées sur un grand nombre de personnes. Lorsque le nombre de personnes est réduit, il peut se produire statistiquement des écarts importants entre les recours aux soins observés chez les bénéficiaires et ceux observés dans la population dans son ensemble. De par la loi des grands nombres, plus le nombre de bénéficiaires est faible, plus ces écarts risquent d'être importants. Le coût réel du risque peut alors être supérieur ou inférieur à celui calculé dans la population totale. La charge de sécurité vise à compenser la perte* pour le système dans le cas où le coût réel du risque est supérieur à la prime pure initialement calculée. La charge de sécurité est calculée de la façon suivante:

Charge de sécurité (pour un service de santé) =

$$\text{Prime pure} \times \text{Coefficient (N, p)}$$

Où N = nombre de bénéficiaires et p = la probabilité de consommer l'acte
Plus N et p sont élevés plus le coefficient diminue et la charge de sécurité est faible

Pour la grille des valeurs du coefficient (N, p) en fonction de celles de N (taille de la population) et de p (probabilité), se reporter à:

► **4.5.4 – Calcul de la charge de sécurité**, tome 2, chapitre 4, page 149.

Quatrième étape: Le calcul des coûts unitaires de fonctionnement

Cet élément de la cotisation correspond aux coûts de fonctionnement du système de micro-assurance santé rapportés à chaque individu.

Il peut être fixé en première approximation à $\pm 10\%$ de la somme prime pure corrigée + charge de sécurité. Au moment de l'élaboration du budget prévisionnel du système de micro-assurance santé (voir plus loin, étape 9), on peut ensuite revoir, souvent à la hausse, ce montant. Les coûts unitaires de fonctionnement sont alors calculés en estimant les coûts de fonctionnement totaux puis en les divisant par le nombre prévisionnel de bénéficiaires.

Les années suivantes l'estimation des coûts unitaires de fonctionnement est plus précise car elle repose sur l'observation des coûts de fonctionnement des exercices précédents.

Cinquième étape: Le calcul de l'excédent unitaire

Il est fixé en pourcentage du total des trois éléments précédents et définit le montant unitaire d'excédents à dégager.

Sixième étape: Le calcul de la cotisation totale

La formule de calcul de la cotisation permet d'obtenir la cotisation par individu, par service de santé couvert et par an. Par conséquent:

- si plusieurs services de santé sont couverts, la cotisation individuelle totale est égale à la somme des cotisations calculées par service;
- la cotisation annuelle peut être fractionnée en versements quotidiens, mensuels, trimestriels, etc., en fonction de la périodicité adoptée. Celle-ci doit en effet être adaptée aux caractéristiques des revenus de la population cible;
- la cotisation d'une famille ou d'un groupe de personnes peut être calculée: 1) en multipliant la cotisation individuelle totale par le nombre exact de membres de la famille ou du groupe; 2) en la multipliant par un nombre moyen identique pour toutes les familles ou groupes: dans ce cas les familles importantes sont avantagées. D'autres modes de calcul intermédiaires peuvent être envisagés.

Exemple: Trois niveaux de cotisation: un premier pour les familles de 1 à 3 personnes; un deuxième pour les familles de 4 à 8 personnes; un troisième pour les familles de 9 personnes et plus.

Les différentes étapes du calcul des cotisations sont reprises dans un cas pratique:

► **4.5.6 – Réalisation de calculs de cotisations (cas pratique)**, tome 2, chapitre 4, page 151.

Action 3: Prendre en compte le niveau de la disposition à payer de la population cible

L'évaluation du niveau de la disposition à payer de la population cible permet de mettre en évidence un niveau de contribution accessible à une large majorité de la population et/ou mettre en évidence l'existence de plusieurs catégories d'adhérents potentiels avec des niveaux de disposition à payer différents.

Un support de restitution des données collectées sur le niveau de la disposition à payer est proposé dans le tome 2:

► **4.5.7 – Calcul de la disposition à payer**, tome 2, chapitre 4, page 159.

Remarque: Lorsque la capacité contributive* de la population cible ou de certains groupes de cette population comme les indigents est très faible, la recherche de sources de financement complémentaires doit être encouragée. En particulier, s'il existe une garantie légale d'accès à un paquet minimum de services de santé et que la capacité contributive n'est pas suffisante pour couvrir le coût moyen de ce paquet minimum, l'Etat pourrait prendre en charge la différence (subvention des cotisations).

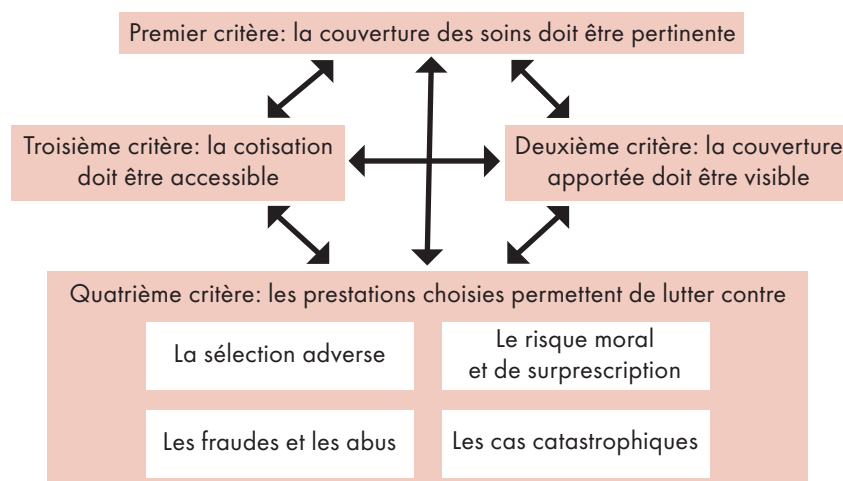
Action 4: Choisir le (ou les) couple(s) prestations/cotisations

Le montant de la cotisation varie sensiblement en fonction des services de santé couverts et du niveau de prise en charge. La couverture de toutes les dépenses de santé des bénéficiaires serait peu réaliste car elle demanderait une cotisation trop élevée, donc inaccessible aux adhérents potentiels qui ont les revenus les plus faibles. Il est donc nécessaire de réaliser, avec des représentants de la population cible, un arbitrage entre prestations offertes et niveau de cotisation.

Pour réaliser cet arbitrage, les acteurs du système doivent veiller à ce que chacun des scénarios possibles respecte quatre critères ou exigences:

- la couverture des soins doit être pertinente;
- la protection apportée doit être visible;

Les critères de choix du couple prestations/cotisations



- la cotisation doit être accessible.
- le(s) scénario(s) retenu(s) doivent permettre au système de se prémunir contre les risques liés à l'assurance: la sélection adverse, le risque moral, le risque de surprescription, les risques catastrophiques*, les fraudes et les abus.

Le ou les scénarios retenus seront ceux répondant le mieux à tous ces critères.

Premier critère: La couverture des soins doit être pertinente

Les services de santé qui seront couverts doivent effectivement correspondre à des situations de risque perçues par les adhérents. Il s'agit de services de santé dont l'utilisation pose des problèmes financiers aux adhérents soit parce qu'elle est fréquente, soit parce qu'elle est coûteuse. Les services de santé dont l'utilisation est fréquente correspondent aux soins de santé primaires: il s'agit des «petits risques». Les services de santé dont l'utilisation est rare et coûteuse correspondent aux soins de santé secondaires et tertiaires: il s'agit des «gros risques». Les promoteurs d'un système de micro-assurance santé sont fréquemment divisés quant à la pertinence de couvrir l'une et/ou l'autre de ces catégories de risques.

Les petits risques: recours aux soins de santé primaires

Les soins de santé primaires constituent la première porte d'entrée dans le système sanitaire. Leurs coûts sont relativement peu élevés. La couverture des petits risques par un système de micro-assurance santé vise avant tout à favoriser un accès rapide aux soins, afin d'éviter une dégradation de l'état des malades. Cependant, cette couverture se heurte à deux contraintes majeures:

- en raison de la fréquence rapprochée de survenue des petits risques, le montant de cotisation sera élevé. De ce fait, l'accès au système de micro-assurance santé sera difficile pour les familles les plus démunies;
- la couverture des petits risques est particulièrement soumise aux phénomènes de sélection adverse, de risque moral et de surprescription. La viabilité du système de micro-assurance santé en sera fragilisée.

Les gros risques: recours aux soins de santé secondaires et tertiaires

A l'opposé, la couverture des gros risques a pour objectif d'organiser une protection contre les soins les plus coûteux et donc ceux qui posent le plus de difficultés financières aux familles, notamment lors de la survenue de cas graves et urgents. Une couverture des gros risques permet de fixer un niveau de cotisation moins élevé, en dépit du coût unitaire élevé des services de santé, car la fréquence de survenue de ces risques est faible. En revanche, la 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 à des soins de santé secondaires dans l'année. La protection sera alors peu visible d'où un fort risque de démotivation des adhérents;
- si les familles éprouvent des difficultés pour payer les soins de santé primaires, le système de micro-assurance santé ne réglera pas les problèmes de recours tardifs aux soins et d'aggravation de l'état des malades;
- un système de micro-assurance santé qui débute ses activités ou un système de petite taille peut être rapidement mis en situation de crise financière suite à un cas d'hospitalisation très coûteux, si aucune mesure de protection n'a été prise comme le plafonnement des prestations, ou des mécanismes de réassurance* ou de coassurance.

Deuxième critère: La couverture apportée doit être visible

Même s'ils ont compris les principes de solidarité et de prévoyance, les adhérents d'un système de micro-assurance santé doivent pouvoir constater que celui-ci fonctionne, parce que:

- le paiement d'une cotisation régulière impose une certaine contrainte: il faut «sortir de l'argent de sa poche» fréquemment (chaque semaine, chaque mois) ou s'acquitter d'un montant assez important chaque année;
- la cotisation est versée dans un fonds commun et il est fréquent que des organisations locales aient connu dans le passé des problèmes de mauvaise gestion, volontaire ou non. Une méfiance risque de s'instaurer rapidement si les prises en charge sont rares;
- lorsque le système de micro-assurance santé est organisé sous la forme d'une mutuelle de santé*, l'un des principes de base est sa gestion démocratique. Son application nécessite de réunir régulièrement les adhérents. Ces derniers seront cependant peu motivés à participer aux décisions si la mutuelle est peu active, c'est-à-dire si les prises en charge des dépenses de santé sont rares.

Par conséquent, un système de micro-assurance santé qui choisit de ne couvrir que des services de santé utilisés rarement comme les hospitalisations en urgence ou la chirurgie court le danger d'être peu vivant et peu attractif. A l'inverse, un système de micro-assurance santé qui couvre les petits risques sera très actif, donc très visible mais il exigera une cotisation élevée et sera donc sans doute moins accessible.

Troisième critère: La cotisation doit être accessible

La protection qu'un système de micro-assurance santé peut proposer à ses adhérents dépend de ce qu'ils sont prêts à payer (disposition à payer) et de ce qu'ils sont capables de payer (capacité contributive). La disposition à payer dépend à la fois du niveau de revenu des personnes et de leur perception des risques: plus une personne éprouve une aversion* pour les risques, plus sa disposition à payer est élevée. La capacité contributive est le montant maximum que la personne est capable de payer; elle est donc liée aux revenus; elle est toujours supérieure ou égale à la disposition à payer même chez un individu qui éprouve une très grande aversion pour le risque. Dans un contexte de pauvreté, cependant, les niveaux de capacité contributive et de disposition à payer sont tous deux très faibles et tendent à se confondre.

Un montant de cotisation trop élevé s'avérera prohibitif pour une grande majorité d'adhérents. Un système de micro-assurance santé qui rendrait tous les soins de santé, primaires et secondaires, «gratuits» serait par conséquent très attrayant mais économiquement et financièrement peu viable. A l'inverse, plusieurs expériences montrent que les systèmes de micro-assurance santé dont les montants de cotisation sont faibles ont des taux de pénétration de leur population cible plus élevés.

Lors de la sélection des services de santé à couvrir et des niveaux de prise en charge, les acteurs doivent estimer les conséquences d'un choix donné sur le montant des cotisations et vérifier si celles-ci restent abordables pour une large proportion des adhérents potentiels. Si le niveau de cotisation exigé par une couverture d'un ensemble de services à 100% des dépenses engagées est trop élevé on peut retirer certains éléments du panier de services couverts et/ou réduire les niveaux de prise en charge en instaurant des copaiements. Les copaiements permettent de réduire le niveau de cotisation et de lutter efficacement contre le risque moral et le risque de surprescription. En revanche des niveaux de copaiement trop élevés peuvent ne pas régler le problème d'accessibilité des services de santé. Ils ralentissent également la dynamique d'adhésion en raison du caractère peu attractif de la formule de couverture.

Remarque: La recherche de financements complémentaires comme les subventions des cotisations accordées par l'Etat permet au système d'améliorer la couverture des plus démunis qui n'ont pas la possibilité de payer le niveau de cotisation exigé.

Quatrième critère: Le scénario choisi doit permettre au système de se prémunir contre les risques liés à l'assurance

La couverture de soins de santé de base* fréquemment utilisés par les ménages comme les consultations, les médicaments, les analyses de laboratoires, les injections, présente un risque moral et un risque de surprescription élevés qui peuvent contribuer à accroître considérablement les dépenses du système. Les copaiements comme le ticket modérateur, les franchises, etc., permettent de lutter efficacement contre ces risques.

La couverture de soins coûteux et pour une part prévisibles comme les hospitalisations programmées, les équipements d'optique, les traitements de certaines maladies chroniques présente un risque de sélection adverse élevé.

Exemple: Les personnes, qui savent qu'elles doivent effectuer une intervention chirurgicale coûteuse dans les six prochains mois, adhèrent au système de micro-assurance car, à l'issue de la période d'attente, l'intervention sera couverte.

Le système doit donc sélectionner les services à couvrir par l'assurance avec précaution et instaurer éventuellement d'autres mécanismes plus adaptés pour couvrir les dépenses de santé prévisibles (épargne santé) ou chroniques (fonds de solidarité).

La couverture de soins coûteux et imprévisibles comme les hospitalisations non programmées présente un risque élevé de cas «catastrophiques» qui peuvent mettre en péril la santé financière du système. Celui-ci peut se protéger en réduisant le niveau de couverture de ces services.

Exemple de cas catastrophiques et de mesure de précaution: Le système peut se protéger des conséquences financières de l'occurrence d'un nombre plus élevé que prévu d'hospitalisations chirurgicales très coûteuses dès la première année, en limitant le nombre de jours pris en charge par hospitalisation.

Le tableau ci-contre indique sommairement quelques mesures à prendre pour limiter ces risques et leur impact sur le système.

| Risques | Mesures ¹ |
|--|--|
| Sélection adverse Comportements opportunistes | <ul style="list-style-type: none"> ● Choisir avec précaution les services de santé à couvrir: éviter les hospitalisations programmées. ● Proposer des niveaux de prise en charge croissants avec le nombre d'années d'affiliation. ● Introduire des limitations de prise en charge (copaiements): limitation du nombre de jours d'hospitalisation pris en charge, plafond de prise en charge pour les interventions chirurgicales ou pour les consultations de spécialistes. |
| Risque moral Risque de surprescription | <ul style="list-style-type: none"> ● Choisir avec précaution les services de santé à couvrir: éviter de ne prendre en charge que du petit risque, limiter la prise en charge des médicaments aux génériques* ou à une liste de médicaments essentiels*. ● Introduire des limitations de prise en charge (copaiements): franchises, ticket modérateur, limitation en nombre de jours, forfaits ou plafonds. |
| Catastrophes: épidémies, frais exceptionnellement élevés | <ul style="list-style-type: none"> ● Définir précisément le périmètre d'intervention du système de micro-assurance santé en excluant la prise en charge des soins de santé spécifiques à certaines pathologies lourdes. ● Introduire des limitations de prise en charge (copaiements) et des plafonds annuels de prise en charge par personne. ● Inclure les adhérents et leurs ayants droit dans des programmes de prévention. ● Proposer d'autres modes de financement pour les dépenses de santé programmées (épargne santé) et chroniques (fonds de solidarité). ● Etablir si possible un système de réassurance ou de coassurance. |
| <p>¹ Les mesures présentées ici ne sont pas exhaustives. En particulier l'influence des modalités d'adhésion n'est pas considérée. Voir à ce sujet l'Etape 8, page 83.</p> | |

Tableau récapitulatif: les critères du choix du couple prestations/cotisations

| | Soins hospitaliers* | | Soins de santé de base |
|--|---|------------|------------------------|
| | Non programmés | Programmés | |
| 1. Couverture pertinente | Dépend des besoins réels/exprimés par la population | | |
| 2. Couverture visible | Non | Non | Oui |
| 3. Cotisation accessible | Oui | Oui | Partiellement |
| 4. Couverture sujette aux risques de l'assurance: | | | |
| ● risque moral et de surprescriptions | Oui | Non | Non |
| ● sélection adverse et comportements opportunistes | Oui | Non | Partiellement |
| ● catastrophes | Non | Non | Oui |

Étape 6: Préparer les accords avec les organisations partenaires notamment avec les prestataires de soins

Cette étape consiste notamment à préparer les négociations avec les prestataires de soins présélectionnés à l'étape 3. Il s'agit de parvenir à un accord sur la qualité des soins, leurs prix, sur les modalités d'accueil des assurés, sur les protocoles thérapeutiques, sur le mode de paiement des services de santé (à l'acte ou forfaitaire) et/ou d'un accord de tiers payant. Dans ce cas, il s'agit également pour le comité de parvenir à un accord sur les procédures de contrôle à respecter, les règles liées à la facturation et au remboursement.

Cette étape consiste, le cas échéant, à préparer les accords de partenariat avec d'autres organisations identifiées au cours de la phase de collecte des données:

- les autorités sanitaires locales, afin qu'elles s'engagent à améliorer l'offre de soins par l'affectation de personnel ou la fourniture d'équipements supplémentaires au niveau du district ou de la région;
- un syndicat ou une coopérative susceptibles d'effectuer la promotion du système auprès de leurs membres et de se charger des adhésions et du recouvrement de leurs cotisations;
- un programme de prévention/information/éducation santé avec lequel le système pourrait organiser des séances de sensibilisation auprès des adhérents: hygiène, prévention de certaines maladies;
- un établissement financier situé à proximité et où le système de micro-assurance santé pourrait ouvrir un compte;
- une compagnie d'assurance privée ou de réassurance qui pourrait réassurer une partie des risques du système;
- une union technique de systèmes de micro-assurance santé offrant des services d'appui technique ou des services financiers;
- une association ou un syndicat de transporteurs avec lequel le système de micro-assurance santé pourrait passer un accord pour les évacuations sanitaires.

Cette étape consiste aussi à matérialiser un éventuel accord avec l'État concernant l'octroi d'une aide financière permettant par exemple de subventionner les cotisations des familles les plus démunies.

Il est souhaitable que le comité de pilotage associe étroitement des représentants des futures organisations partenaires à la préparation des accords les concernant. Il s'agit pour le comité de pilotage de:

1. Effectuer la synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 9: «Préparer les négociations avec les prestataires de soins, avec les transporteurs; préparer la collaboration avec des programmes de prévention; se renseigner sur les aides publiques.»
2. Préparer un dossier ou une grille par partenaire comprenant des éléments permettant d'élaborer les accords. Pour un exemple de grille «prestataires de soins» se reporter à:

► **4.6 – Préparation des négociations ou accords avec les différentes organisations partenaires** (prestataires de soins et autres), tome 2, chapitre 4, page 160.

3. Engager les négociations avec les partenaires. Dans le cas d'un prestataire de soins, il s'agit de:
 - Action 1: définir des normes de qualité, des protocoles thérapeutiques (normalisation des services de santé) et se mettre d'accord sur des tarifs (régulation du prix des services).

- Action 2: choisir les modes de paiement des soins aux prestataires, soit à l'acte, par épisode de maladie ou par capitation, et les mécanismes de paiement: services concernés par le tiers payant, procédures à respecter, fréquence des versements.
- 4. Transmettre régulièrement l'avancement des discussions à la population par le biais des séances d'animation.
- 5. Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Action 1: Définir des normes de qualité, des protocoles thérapeutiques et se mettre d'accord sur des tarifs

Il s'agit de «normaliser» les services de santé dispensés par le prestataire de soins aux assurés, dans le but de garantir une certaine qualité de services, de «réguler» le prix de ces services et d'éviter un dérapage des dépenses du système de micro-assurance santé.

Pour normaliser les services on peut fixer des normes et objectifs de qualité à atteindre à une échéance fixée à l'avance.

Exemple: Le taux de disponibilité en médicaments essentiels doit passer de 50% à 80% avant le 1^{er} janvier 2006.

On peut aussi définir des protocoles thérapeutiques. Il s'agit de procédures standardisées de traitement qui définissent, par type de pathologie, les actes de diagnostic (laboratoire, radiologie ou autres), les soins médicaux et les médicaments à prescrire. S'ils sont suivis, ils permettent de soigner le malade au meilleur coût et avec un niveau de qualité garanti.

Pour réguler le prix des services on peut définir des tarifs par acte ou regroupement d'actes sur la base desquels le prestataire de soins devra facturer les services fournis aux bénéficiaires du système.

La rationalisation des prestations (normaliser les services de santé et réguler les tarifs pratiqués) présente des avantages et des inconvénients. Elle limite les coûts pour le système et permet de garantir la qualité des soins. En revanche, elle suppose de passer un accord avec les prestataires de soins (accord global ou au cas par cas) et demande pour le contrôle des accords les compétences d'un médecin-conseil*.

Action 2: Choisir les modes de paiement des soins aux prestataires et les mécanismes de remboursement

Les modes de paiement sont les différentes modalités utilisées par le système de micro-assurance santé et/ou les patients adhérents du système pour «acheter» les services médicaux des prestataires. On dénombre quatre modes de paiement.

Le paiement à l'acte consiste à payer le prestataire pour chaque acte presté et couvert par le système de micro-assurance santé.

Exemple: Si un patient couvert par le système consomme une consultation, le coût de la consultation est payé au prestataire soit directement par le patient qui se fait ensuite rembourser, soit, dans le cas du tiers payant, par le système de micro-assurance santé. De même, si un patient couvert consomme plusieurs actes, le coût de chaque acte est payé au prestataire.

Le paiement par regroupement d'actes consiste à payer au prestataire de soins un forfait pour un ensemble de services de santé complémentaires.

Exemple: Le forfait «consultation et soins» comprend la consultation au centre de santé, et selon les besoins du patient, les frais de médicaments, les frais d'examen, etc. Autre exemple, le forfait journalier en cas d'hospitalisation comporte les frais d'hébergement, la consultation, les examens pratiqués pendant l'hospitalisation, etc.

Le paiement par épisode de maladie consiste à payer au prestataire de soins un forfait pour l'ensemble des services de santé utilisés dans le cadre d'un épisode de maladie ou de la maternité.

Exemple: Le forfait «maternité» comprend tous les services de santé utilisés avant l'accouchement, ainsi que l'accouchement, que celui-ci soit simple ou compliqué, et le suivi après l'accouchement.

La capitation consiste à payer au prestataire de soins un forfait par personne couverte – par «tête» – et pour une période donnée, le plus souvent l'année.

Chaque mode de paiement comporte son lot d'avantages et d'inconvénients dans la lutte contre le risque moral et le risque de surprescriptions d'une part et en termes de qualité des services de santé d'autre part.

Les mécanismes de paiement forfaitaire – par regroupement d'actes, épisode de maladie ou capitation – sont des techniques qui permettent de faire supporter aux prestataires une partie des risques financiers liés à la maladie: lorsque le patient consomme peu, le prestataire est «gagnant», lorsque le patient consomme plus que la moyenne le prestataire est «perdant». On parle de transfert de risque du système de micro-assurance santé vers le prestataire de soins.

Ces mécanismes limitent la surprescription dans la mesure où toute augmentation des prescriptions (médicaments, actes diagnostics ou autres) est supportée par les prestataires lorsque ces services sont inclus dans le forfait. À l'inverse, dans le cas d'un paiement à l'acte, le prestataire de soins peut avoir tendance à prescrire plus de médicaments que nécessaire, à faire revenir le patient plusieurs fois, à effectuer des analyses de diagnostic en plus grand nombre que nécessaire pour amortir ses équipements médicaux, etc.

En outre, la gestion des prestations et des remboursements, l'analyse des factures, le paiement des prestataires sont relativement simples dans le cas de paiements forfaitaires. À l'inverse, dans le cas d'une tarification à l'acte, ils peuvent nécessiter les compétences de spécialistes.

| Mode de paiement | Pour | Contre | Mesures d'accompagnement |
|---|--|---|---|
| Paiement à l'acte | <ul style="list-style-type: none"> ● Contribue à des soins de qualité | <ul style="list-style-type: none"> ● Induit un risque de surconsommation et de surprescription ● Rend la gestion lourde ● Fait supporter au système de micro-assurance la totalité des risques | <ul style="list-style-type: none"> ● Contrôles des factures ● Entente préalable ● Copaiements |
| Paiement forfaitaire (regroupement d'actes, épisode de maladie, capitation) | <ul style="list-style-type: none"> ● Réduit le risque de surconsommation et de surprescription ● Simplifie la gestion ● Permet un transfert de risques vers le prestataire de soins | <ul style="list-style-type: none"> ● Peut conduire à une réduction de la qualité des soins ● Peut favoriser une sélection des risques | <ul style="list-style-type: none"> ● Contrôles de la qualité des soins par des audits réguliers ● Vigilance à l'égard de l'attitude du personnel de santé (sélection des risques) |

Cependant, le paiement forfaitaire peut se traduire par une baisse de la qualité des soins, les prestataires pouvant réduire les soins fournis par souci d'économie. Le système de micro-assurance santé devra mettre en place des contrôles de la qualité des soins par l'intermédiaire de médecins-conseils, ce qui entraîne des coûts supplémentaires.

Enfin le mode de paiement par capitation peut susciter chez les prestataires une forme de sélection des risques*. Les prestataires pourraient avoir tendance à suivre en priorité des patients présentant un risque faible de maladie, dont ils savent qu'ils ne vont pas consommer trop de soins de santé, et décourager ceux présentant un risque élevé. Le système de micro-assurance santé devra veiller à ce que de telles pratiques ne voient pas le jour.

Lorsque les soins sont facturés à l'acte, par regroupement d'actes ou par épisode de maladie, le système de micro-assurance santé peut recourir à deux mécanismes de prise en charge :

- le paiement direct des soins par le patient appelé tiers garant: les patients adhérents font l'avance des dépenses de santé et se font ensuite rembourser par le système de micro-assurance santé;
- le tiers payant: les patients ne paient que les copaiements aux prestataires lors de la délivrance des soins. Le prestataire de soins se fait payer le complément par le système de micro-assurance santé.

En revanche, pour le mode de paiement par capitation, le mécanisme retenu est généralement le tiers payant: le système de micro-assurance paie directement au prestataire de soins les forfaits annuels des individus couverts, ce qui permet à ces derniers d'accéder librement à la structure de santé partenaire.

Etape 7: Définir l'organisation du système

Cette étape consiste principalement à définir l'articulation du système de micro-assurance santé avec l'organisation responsable et avec les autres activités de celle-ci. Il s'agit également de choisir la forme légale du système et son organisation interne en conformité avec le cadre législatif en vigueur.

Le comité de pilotage peut utiliser au cours de cette étape une démarche participative en associant à ses activités des représentants de la population cible. Cette méthode consiste à :

1. Effectuer la synthèse des données collectées:
 - dans le cadre de l'objectif 10: «Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système.» Ces données comprennent notamment des exemples d'organisation d'autres systèmes de micro-assurance santé;
 - dans le cadre de l'objectif 1: «Connaître le contexte.» Le cadre législatif du pays concerné (loi sur les assurances, loi sur la mutualité, loi sur les associations ou les coopératives, etc.) peut déterminer en partie l'organisation du système et ses relations et articulations avec les autres activités de l'organisation responsable.
2. Préparer un tableau qui sera utilisé au cours des groupes de travail pour définir les organes et les acteurs du système. Pour un exemple de tableau de définition des organes et des acteurs se reporter à :

► **4.7 – Choix de l'organisation du système**, tome 2, chapitre 4, page 161.

3. Se réunir en groupe de travail pour:
 - Action 1: définir l'articulation avec les autres activités de l'organisation responsable;

- Action 2: choisir la forme juridique du système de micro-assurance santé;
 - Action 3: définir l'organisation du système de micro-assurance santé: les différents organes et les acteurs;
- 4.** Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Action 1: Définir l'articulation avec les autres activités de l'organisation responsable

Dans beaucoup de cas, le système de micro-assurance santé est mis en place par une organisation qui exerce d'autres activités:

- des activités économiques: cas d'une coopérative agricole, d'une institution de microcrédit, d'une tontine, etc.;
- des activités sociales: entraide en cas d'événements familiaux, organisation de fêtes, etc.;
- d'autres activités d'assurance: assurance décès, vol, incendie, etc.;
- des activités sanitaires: prestation de soins de santé, vente de médicaments, éducation santé, prévention, etc.;
- des activités syndicales: défense des droits au travail, au logement, défense juridique, représentation des adhérents, etc.;
- des activités de financement de l'accès aux soins autres que l'assurance santé: crédit santé, épargne santé, prépaiement, caisses de solidarité.

Dans certains cas, les activités sont sans lien direct avec le système de micro-assurance santé. Dans d'autres cas les activités sont complémentaires.

Exemple: L'épargne santé est une forme de prévoyance qui peut compléter la couverture apportée par l'assurance santé. Le crédit santé permet de préfinancer le montant des dépenses de santé en l'absence de tiers payant.

Il est important de définir les relations entre le système de micro-assurance santé et les autres activités sur le plan:

- **légal.** Lorsque l'organisation responsable est un prestataire de soins, il est généralement souhaitable que le système de micro-assurance santé ait une existence légale propre, distincte de celle de la formation sanitaire;
- **comptable et financier.** Même si le système a un statut propre, des transferts financiers peuvent être envisagés avec les autres activités de l'organisation responsable. Ainsi le fonctionnement du système peut être pour une part financé par les gains générés par des activités économiques. Les transferts d'une activité à une autre doivent rester précisément connus ce qui suppose un partage des comptabilités;
- **fonctionnel.** Il est important de décider si le futur système bénéficiera d'organes de décision et de contrôle distincts de l'organisation responsable d'origine ou si certains organes seront communs. Il s'agit aussi de voir quelles ressources (personnel, matériel, locaux) peuvent être mises à la disposition du nouveau système, afin de limiter dans les premières années ses charges de fonctionnement.

Action 2: Choisir la forme juridique du système de micro-assurance santé

Les systèmes de micro-assurance santé peuvent revêtir diverses formes légales, selon les objectifs visés – plutôt sociaux ou plutôt commerciaux – et l’environnement législatif dans lequel ils évoluent. Les plus fréquents sont: la mutuelle, l’association, la coopérative, la société commerciale.

Action 3: Définir l’organisation du système de micro-assurance santé: les différents organes et les acteurs

Tout système de micro-assurance santé doit comporter:

- des organes ayant un pouvoir de décision. Le pouvoir de décision est détenu le plus souvent par une assemblée générale (actionnaires ou adhérents) et le conseil d’administration*. L’assemblée approuve les statuts et les règlements, le budget et les comptes et définit la politique générale du système en conformité avec les statuts. Le conseil met en application la politique générale décidée par l’assemblée générale;
- un organe en charge de l’exécution des activités et de l’administration quotidienne du système de micro-assurance santé. Cet organe peut être décomposé en divisions fonctionnelles: service de gestion des prestations, service de gestion des adhésions, service du personnel, service comptabilité, etc.;
- un organe doté d’une mission de contrôle. Il peut s’agir d’un comité de surveillance*, ou d’un service d’audit interne ou externe, chargé de contrôler la conformité des actions du système de micro-assurance santé aux statuts et au règlement intérieur*, ainsi que le respect des contrats et des procédures de gestion. Il veille également à l’exactitude des comptes et plus généralement à éviter un usage abusif ou frauduleux des ressources. Pour chacune de ces fonctions, une grande variété d’organisations existe.

Exemple: Lorsque le système est de taille moyenne, le suffrage direct peut être utilisé. Lorsque le système, est plus important, ou étendu géographiquement, il peut être mis en place une structure pyramidale avec des sections locales qui élisent leurs représentants; ceux-ci siègent ensuite à l’assemblée générale. Autre exemple, dans un système de grande taille, l’administration quotidienne du système peut être partagée entre des services centraux (direction générale, comptabilité, service de gestion des adhésions, service de gestion des prestations) et une direction régionale par zone d’implantation du système. Dans un système de petite taille, un bureau exécutif composé d’un président, d’un secrétaire et d’un trésorier peut suffire pour la gestion quotidienne du système.

Par ailleurs, chacune des fonctions de décision, exécution, et contrôle peut être assurée:

- par les adhérents. Dans les mutuelles, le pouvoir de décision est confié aux adhérents qui siègent à l’assemblée générale;
- par du personnel bénévole, indemnisé ou salarié du système de micro-assurance ou des autres branches d’activité de l’organisation responsable (mise en commun de ressources humaines). Les activités courantes du système comme l’encaissement des cotisations, l’enregistrement des adhésions, etc. sont souvent assurées par des bénévoles au démarrage du

système. Après quelques années de fonctionnement, le système est capable d'indemniser ces personnes voire d'employer du personnel salarié. Lorsque les coûts de fonctionnement du système sont subventionnés, l'emploi de personnel salarié peut être envisagé dès le départ. Cependant la viabilité du système peut être remise en cause le jour où ces aides viennent à disparaître;

- par les prestataires de soins partenaires qui peuvent réaliser certaines tâches de gestion comme encaisser des cotisations, enregistrer l'adhésion de nouveaux membres, contrôler les cartes des assurés;
- par l'assistance technique de projets, d'ONG, de services décentralisés de l'Etat, de syndicats ou d'associations, d'unions techniques, etc.;
- par des consultants spécialisés comme des experts comptables, des statisticiens.

Lorsque certaines tâches nécessitent des compétences particulières comme la comptabilité, le suivi et l'évaluation, elles peuvent être déléguées à des opérateurs externes.

Etape 8: Définir les modalités de fonctionnement du système

Cette étape consiste à définir les mécanismes et les moyens matériels et humains à mettre en œuvre pour garantir un fonctionnement et une gestion efficaces du système de micro-assurance santé. Il s'agit plus précisément de:

- définir les règles de fonctionnement, c'est-à-dire les modalités d'adhésion, de paiement des droits d'adhésion* et des cotisations, de prise en charge des dépenses de santé;
- décrire les procédures de gestion*, c'est-à-dire les étapes nécessaires pour mettre en pratique ces règles;
- définir les procédures de suivi permettant de veiller au bon fonctionnement du système de micro-assurance santé;
- contrôler que les règles de fonctionnement et les procédures de gestion et de suivi permettent de prémunir le système contre les risques liés à l'assurance: sélection adverse, risque moral, surprescription, fraudes et abus, risques catastrophiques.

La définition des procédures de gestion et de suivi nécessite, en tout cas, une bonne connaissance des principes de fonctionnement de ce type de système. Il n'est pas possible de développer ces derniers dans le cadre du présent guide. Ils font l'objet d'un autre guide, que le lecteur est invité à consulter:

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique, BIT/STEP, 2003*

La démarche, qu'elle soit participative ou non, consiste ici à:

- 1.** Effectuer la synthèse des données collectées dans le cadre de l'objectif 10: «Préparer la définition de l'organisation et du fonctionnement du système.»
- 2.** Préparer les supports qui seront utilisés au cours des groupes de travail pour effectuer les choix:
 - des tableaux comparatifs qui permettent pour chaque règle de fonctionnement envisagée d'en mesurer les avantages et les inconvénients;

- des tableaux de rôles qui permettent de dérouler chaque processus et d'identifier les ressources humaines et matérielles nécessaires. Pour l'explication de cette méthode se reporter à:

► **4.8 – Choix des modalités de fonctionnement du système,**
§ Construction d'un tableau de rôles, tome 2, chapitre 4, page 163.

3. Se réunir en groupe de travail avec des représentants de la population cible ou en comité restreint (comité de pilotage + experts) pour:
 - Action 1: définir les principales règles de fonctionnement: règles d'adhésion, de paiement des cotisations, de prise en charge, de remboursement des adhérents ou de paiement des prestataires:
 - les règles d'adhésion: Qui a le droit d'adhérer? Y a-t-il des restrictions géographiques, professionnelles, sur l'âge, etc.? Comment éviter la double indemnisation?
 - les personnes à charge: Qui sont les bénéficiaires? Qu'inclut la notion de famille: parenté élargie, ascendants, descendants, enfants majeurs ou qui travaillent, polygamie, personnes âgées, etc.?
 - les catégories de personnes dont l'adhésion ou la couverture pose des problèmes de financement;
 - les personnes bénéficiant d'une autre couverture d'assurance santé;
 - les modalités d'adhésion: adhésion individuelle, familiale ou collective? Adhésion automatique ou volontaire?
 - la période d'adhésion: fermée ou ouverte?
 - les modalités de résiliation et de radiation;
 - l'existence et le montant des droits d'adhésion;
 - le mode de calcul de la cotisation d'une famille: tarif par individu, tarif forfaitaire par famille, etc.;
 - la fréquence de paiement des cotisations;
 - les modalités de révision des cotisations;
 - l'existence et la durée de la période d'attente;
 - les procédures à suivre pour pouvoir bénéficier de la prise en charge.
 - Action 2: décrire les principales procédures de gestion c'est-à-dire les différentes activités attachées aux opérations d'adhésion, de recouvrement des cotisations, de prise en charge
 - Action 3: définir les procédures de suivi permettant de garantir le bon fonctionnement du système de micro-assurance santé:
 - le suivi de l'application des règles de fonctionnement et procédures de gestion;
 - le suivi du portefeuille de risques*;
 - le suivi budgétaire.
 - Action transversale: veiller à ce que les règles de fonctionnement permettent de prémunir le système contre les risques liés à l'assurance: la sélection adverse, le risque moral, le risque de surprescription, les fraudes et abus, les risques catastrophiques.
4. Effectuer une synthèse des choix qui seront ensuite entérinés lors de la constitution officielle du système.

Action 1: Définir les principales règles de fonctionnement

La définition de l'adhérent

En principe toute personne ayant l'âge minimum requis, déterminé selon les habitudes et les conditions du pays ou de la région, sans aucune discrimination d'état de santé, de sexe, de race, d'ethnie, de religion, de conception philosophique ou politique peut adhérer à un système de micro-assurance santé, à condition de s'engager à en respecter les statuts et les règles de fonctionnement et à verser régulièrement ses cotisations.

Toutefois, lorsque le système de micro-assurance santé est fondé par une organisation de la société civile, il est naturel qu'au moins dans une phase initiale, des critères d'adhésion soient définis sur la base des liens qui unissent les adhérents entre eux: habitants d'un village, d'un quartier, travailleurs d'une entreprise, membres d'un mouvement social ou professionnel comme un syndicat, une association féminine, etc.

Lorsque le système est géré par l'offre de soins, les critères d'adhésion sont a priori plus larges, dans la mesure où la population des utilisateurs de la formation sanitaire n'est pas généralement circonscrite à une communauté.

Lorsque le système est géré par une société commerciale (société d'assurance souhaitant proposer une couverture aux populations démunies par exemple), des critères très stricts sur l'âge ou même sur l'état de santé entrent parfois en compte.

Exemple de critère restrictif: Les adhérents doivent être âgés de moins de 65 ans au moment de l'adhésion.

Les différentes restrictions apportées à la définition de l'adhérent ont chacune leur lot d'avantages et d'inconvénients. Le tableau suivant indique pour certaines restrictions sur l'âge, l'état de santé, le lieu d'habitation, le pour et le contre de quelques critères appliqués dans les systèmes.

| Critères d'adhésion | Pour | Contre | Mesures d'accompagnement |
|--|--|---|---|
| Age minimum (par exemple: 18 ans) | <ul style="list-style-type: none"> ● Permet d'écarter les personnes civilement non «responsables» | | |
| Age maximum (par exemple: 65 ans) | <ul style="list-style-type: none"> ● Réduit le montant des prestations | <ul style="list-style-type: none"> ● Crée une exclusion contraire aux principes de fonctionnement et objectifs de la plupart des systèmes | <ul style="list-style-type: none"> ● Prévoir des formes de solidarité complémentaires: par exemple un fond séparé pour les malades du sida |
| Ne pas avoir de maladie chronique | <ul style="list-style-type: none"> ● Réduit le montant des prestations | | |
| Habiter un même village ou quartier Travailler dans une même entreprise | <ul style="list-style-type: none"> ● Favorise la cohésion, le contrôle social et l'entraide | <ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la viabilité du système (celui-ci est moins exposé aux risques si ses bénéficiaires sont répartis sur plusieurs zones géographiques) | |

La définition des personnes à charge

Généralement certains membres de la famille de l'adhérent peuvent bénéficier de la couverture. Il s'agit le plus souvent du conjoint et des enfants légitimes, naturels ou adoptés jusqu'à un certain âge.

La définition précise des personnes à charge et/ou la limitation de leur nombre sont importantes si le système prévoit un niveau de cotisation forfaitaire par famille, ou un niveau de cotisation qui n'est pas exactement proportionnel au nombre de personnes composant la famille. La définition des personnes à charge est un arbitrage entre:

- la prise en compte des habitudes locales: existence de familles polygames, prise en charge des ascendants (personnes âgées) par leurs enfants, jeunes célibataires qui restent dans le foyer de leurs parents en attendant d'être autonomes financièrement;
- la nécessité de proposer des niveaux de cotisation accessibles.

Lorsque la cotisation n'est pas proportionnelle à la taille de la famille, une définition trop large des personnes à charge contribue à accroître le niveau des cotisations et à demander un niveau de cotisation trop élevé aux familles de petite taille.

En général, les membres de la famille ne sont considérés comme personnes à charge que si elles sont effectivement dépendantes sur le plan financier de l'adhérent. Lorsque le conjoint ou un enfant travaille et acquiert un revenu, il n'est plus «à charge» et doit s'inscrire comme adhérent.

Les catégories de personnes dont l'adhésion ou la couverture pose des problèmes de financement

Certaines catégories de personnes ont une consommation de soins de santé beaucoup plus élevée que la moyenne de la population cible. Il s'agit des personnes âgées et des personnes atteintes de maladies chroniques: diabétiques, hypertendus, déficients cardiaques, personnes vivant avec le VIH, etc.

Leur inclusion au titre d'adhérent ou de personne à charge dans une proportion plus importante que celle qu'ils représentent dans la population cible peut compromettre l'équilibre financier du système dans la mesure où les cotisations sont calculées à partir des dépenses de santé moyennes de cette population. A l'inverse, leur exclusion du système n'est souvent pas envisageable pour des raisons sociales et éthiques. Elle est également contraire à l'objectif de couverture universelle.

Les solutions suivantes peuvent être envisagées:

- privilégier une inscription familiale comprenant des personnes jeunes et des personnes âgées, des personnes malades et des personnes en bonne santé;
- faire payer aux adhérents ayant dépassé un certain âge et qui s'affilient pour la première fois une cotisation plus élevée. Cette décision pose des problèmes d'exclusion et ne doit être prise que dans le cas où les adhérents concernés n'ont pas adhéré au système de micro-assurance santé au moment où ils en avaient la possibilité;
- choisir avec précaution les services de santé à couvrir par le système de micro-assurance santé et les niveaux de prise en charge;

Exemple: La prise en charge de l'hospitalisation est limitée à douze jours par personne et par an. Les traitements spécifiques de certaines pathologies lourdes ne sont pas pris en charge.

- ne pas prendre en charge certains médicaments spécialisés ou de marque;

- chercher d'autres modes de financement des traitements dont les personnes atteintes de maladies chroniques ont besoin. Dans certains pays, les soins relatifs à des maladies comme la tuberculose, la lèpre ou l'infection par le VIH sont pris en charge par des programmes spéciaux de l'Etat ou des bailleurs de fonds externes. Lorsque cette aide extérieure n'existe pas, on peut envisager la création d'un fonds de solidarité distinct du système d'assurance.

Les personnes bénéficiant d'une autre couverture d'assurance santé

Certaines personnes peuvent bénéficier par ailleurs d'une autre couverture d'assurance santé: sécurité sociale, régime d'assurance santé mis en place par leur entreprise, etc. Si le système de micro-assurance santé accepte de couvrir ces personnes, au titre d'adhérent ou d'ayant droit, il est important de mettre en place des mécanismes permettant d'éviter que ces personnes soient surindemnisées, c'est-à-dire que les prestations cumulées obtenues grâce aux deux couvertures soient supérieures aux dépenses de santé effectivement engagées.

Dans ce cas, les mesures suivantes peuvent être prises:

- préciser dans les contrats et/ou le règlement intérieur que la prise en charge est effectuée dans la limite des dépenses engagées et en complément des prises en charge dont peut bénéficier la personne par ailleurs;
- mettre en place des procédures de gestion spécifiques pour ces personnes: remboursements sur justificatifs, contrôles, etc.;
- ne pas mettre en place de mécanisme de tiers payant pour ces personnes.

Exemple: Le système de micro-assurance santé couvre les consultations à hauteur de «100% des dépenses limitées à 500 UM par consultation». L'un des adhérents est déjà membre par le biais de son entreprise d'une mutuelle de santé. Celle-ci couvre la consultation à hauteur de 50% des dépenses engagées.

L'adhérent effectue une consultation et paie 1400 UM. La mutuelle de l'entreprise rembourse 50% des dépenses soit 700 UM. Avec la facture du prestataire de soins et le bordereau de remboursement de la mutuelle, l'adhérent effectue ensuite une demande de remboursement auprès du système de micro-assurance santé pour la part des dépenses restant à sa charge soit 700 UM. Le système de micro-assurance santé rembourse 100% des dépenses restantes limitées à 500 UM, c'est-à-dire 500 UM. Il reste finalement à la charge de l'adhérent 200 UM.

Les modalités d'adhésion

L'adhésion à un système de micro-assurance santé peut être:

- individuelle: chaque personne peut adhérer individuellement;
- familiale: tous les membres de la famille doivent être inscrits;
- collective: les salariés d'une entreprise ou les membres d'une coopérative adhèrent collectivement et non en tant qu'individus.

Un individu peut disposer d'une liberté plus ou moins grande d'adhérer à un système de micro-assurance santé. L'adhésion peut être:

- volontaire: la décision d'adhérer au système de micro-assurance santé est prise par chaque individu ou chaque famille;

- automatique: l'appartenance à un groupe (coopérative, village, syndicat, entreprise) ou la souscription d'un contrat, comme la demande de crédit auprès d'une institution de micro-finance, entraîne automatiquement l'adhésion au système de micro-assurance santé. La décision d'adhérer au système n'est pas prise par l'individu mais par le groupe auquel il appartient ou l'institution dont il est le client;
- obligatoire: elle est obligatoire lorsque des individus, des familles ou des groupes sont mis dans l'obligation d'adhérer sans que cette décision ait été prise par eux ou par leur groupe d'appartenance; c'est par exemple le cas de beaucoup de travailleurs salariés qui sont obligés d'adhérer à un régime de sécurité sociale.

Chaque modalité d'adhésion présente des avantages et des inconvénients, dont les principaux sont recensés dans le tableau ci-dessous. Le système de micro-assurance santé peut utiliser conjointement plusieurs modalités.

Exemple: Adhésion collective et automatique pour les salariés d'une entreprise avec lequel le système passe un accord et adhésion familiale et volontaire avec les membres de groupements villageois.

| Modalité d'adhésion | Pour | Contre | Mesures d'accompagnement |
|----------------------------------|--|--|--|
| Adhésion collective et familiale | <ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la sélection adverse ● Augmente le taux de pénétration | <ul style="list-style-type: none"> ● Peut réduire l'attractivité du système | <ul style="list-style-type: none"> ● Etablissement d'accords avec des entreprises, des syndicats dans le cas d'adhésions collectives |
| Adhésion individuelle | <ul style="list-style-type: none"> ● Simplifie et rend flexible l'adhésion ● Peut augmenter l'attractivité du système | <ul style="list-style-type: none"> ● Augmente le risque de sélection adverse et de fraudes | <ul style="list-style-type: none"> ● Période d'observation ● Contrôle du droit aux prestations |
| Adhésion volontaire | <ul style="list-style-type: none"> ● Est souvent la seule modalité possible dans l'économie informelle | <ul style="list-style-type: none"> ● Augmente le risque de sélection adverse | <ul style="list-style-type: none"> ● Période d'observation |
| Adhésion automatique | <ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la sélection adverse ● Simplifie la gestion (recouvrement des cotisations au niveau du groupe) | <ul style="list-style-type: none"> ● Présente un risque de déresponsabilisation des adhérents (fraudes et abus éventuels) | <ul style="list-style-type: none"> ● Contrôle du respect de l'obligation d'adhésion ● Contrôle contre le risque moral, les fraudes et les abus |
| Adhésion obligatoire | <ul style="list-style-type: none"> ● Elimine la sélection adverse | <ul style="list-style-type: none"> ● L'adhésion obligatoire n'est souvent pas applicable dans l'économie informelle | |

La période d'adhésion: fermée ou ouverte

Lorsque l'adhésion au système est possible à n'importe quel moment de l'année, on parle de période d'adhésion ouverte.

Lorsque l'adhésion n'est possible que pendant une période limitée dans l'année, on parle de période d'adhésion fermée. Dans ce cas, le risque de sélection adverse est limité. En effet, les adhérents potentiels ne pouvant choisir la période à laquelle ils adhèrent, le risque est moins élevé qu'ils le fassent à un moment où ils prévoient d'effectuer des dépenses de santé

importantes. La gestion est également simplifiée parce que l'effort nécessaire à la collecte des cotisations peut être concentré sur une période réduite et parce que le travail de suivi des adhésions et de contrôle des prises en charge est moins lourd. Cette solution est bien acceptée en milieu rural lorsqu'elle correspond à un paiement des cotisations au moment des récoltes. Elle rend moins nécessaire l'application d'une période d'observation. Cependant, une période d'adhésion fermée est contraignante pour les adhérents potentiels et peut réduire la dynamique d'affiliation.

Les modalités de résiliation et de radiation

L'adhérent doit avoir la possibilité de quitter le système de micro-assurance santé.

Les modalités de résiliation sont liées à celles de l'adhésion. Si l'adhésion est collective, un membre du groupe n'a pas la possibilité de résilier individuellement son adhésion. La résiliation est également collective.

Afin de se protéger de comportements opportunistes, le système peut prévoir des règles strictes en matière de résiliation de l'adhésion. Il est possible par exemple d'instaurer une période de résiliation fermée: les adhérents ou les groupes n'ont la possibilité d'effectuer une demande de résiliation qu'à certaines périodes de l'année ou uniquement à la date anniversaire de l'adhésion. Le système peut aussi prévoir des procédures de demande de résiliation assez lourdes: les adhérents doivent formuler leur demande un mois avant la date d'effet prévue pour la résiliation. Il peut de la même manière prévoir des dispositions contraignantes concernant la radiation des ayants droit par l'adhérent. Ces mesures restent toutefois d'application difficile car elles supposent la possibilité de contraindre les adhérents n'ayant pas respecté les règles ce qui n'est souvent pas possible.

De son côté, le système doit se garder la possibilité de radier des adhérents et des ayants droit dans certaines circonstances: en cas de non-paiement répété des cotisations, en cas de fraude ou d'abus manifestes, etc.

Toutes ces règles doivent être définies avec précision dans le règlement intérieur ou le contrat.

L'existence et le montant des droits d'adhésion

Les droits d'adhésion permettent de couvrir les frais de l'inscription. Ils peuvent être remplacés par la vente de la carte d'adhérent* qui est mieux acceptée par les adhérents. Les droits d'adhésion ne sont généralement payés qu'une seule fois au moment de l'adhésion. Certains systèmes demandent toutefois aux adhérents de payer les droits d'adhésion à chaque renouvellement des cartes d'adhérent.

Le montant des droits d'adhésion ne doit pas être trop élevé pour éviter de dissuader les adhérents potentiels de rejoindre le système.

Le mode de fixation de la cotisation d'une famille: tarif par individu, forfait par famille, etc.

Il existe de multiples modes de fixation des cotisations:

- la cotisation individuelle: chacun paie une cotisation, de même montant, que l'on soit adhérent ou personne à charge. Une alternative est que chaque personne paie une cotisation mais que celle des personnes à charge est inférieure à celle des adhérents. Il est encore possible de fixer le montant de la cotisation en fonction de caractéristiques individuelles: l'âge, le sexe, l'état de santé, le lieu d'habitation, la profession;

- la cotisation familiale forfaitaire: une cotisation unique est versée quel que soit le nombre de personnes à charge dans la famille;
- des formes intermédiaires de cotisation: la cotisation «isolé/famille», avec un niveau de cotisation pour les célibataires sans personne à charge et un niveau pour les familles quel que soit le nombre de personnes à charge. Ou plusieurs niveaux de cotisation liés à la taille de la famille.

Exemple: Un premier niveau de cotisation pour les familles de 1 à 3 personnes, un deuxième niveau pour les familles de 4 à 9 personnes, un troisième niveau au-delà de 9 personnes.

- la cotisation en fonction du revenu. Le montant de la cotisation est proportionnel au revenu éventuellement avec la fixation de plafonds.

Le tableau suivant indique les principaux avantages et inconvénients de différents modes de fixation de la cotisation.

| Mode de fixation de la cotisation | Pour | Contre | Mesures d'accompagnement |
|---|---|---|--|
| Cotisation individuelle (chaque personne couverte paie une cotisation) | <ul style="list-style-type: none"> ● Repose sur l'égalité entre personnes (pas de «transferts» entre familles nombreuses et familles peu nombreuses) | <ul style="list-style-type: none"> ● Favorise la sélection adverse (l'adhérent inscrit en priorité les membres de la famille qui présentent un risque élevé de maladie ou de maternité) ● Favorise la fraude sur l'identité des bénéficiaires | <ul style="list-style-type: none"> ● Période d'observation ● Adhésion fermée ● Contrôles d'identité: cartes d'adhérent avec photos des ayants droit |
| Cotisation forfaitaire par famille non proportionnelle au nombre de bénéficiaires | <ul style="list-style-type: none"> ● Induit une solidarité entre les familles | <ul style="list-style-type: none"> ● Favorise les abus (l'adhérent ayant tendance à inscrire le maximum de personnes à charge) | <ul style="list-style-type: none"> ● Limitation du nombre de personnes à charge ● Contrôle de l'application des règles concernant les personnes à charge |
| Cotisation en fonction du revenu | <ul style="list-style-type: none"> ● Induit une solidarité entre les riches et les pauvres ● Logique d'équité et d'inclusion | <ul style="list-style-type: none"> ● Très difficile à appliquer dans l'économie informelle | |

La fréquence de paiement des cotisations

Le paiement des cotisations peut être effectué de multiples manières: chaque jour, chaque semaine, chaque quinzaine, tous les mois, tous les trois ou quatre mois, deux fois par an, une fois par an, etc. Le recouvrement des cotisations est d'autant plus compliqué que la fréquence de paiement est élevée (chaque jour, semaine ou quinzaine).

Le système de micro-assurance santé peut:

- choisir une seule fréquence de paiement qui s'applique à tous les adhérents;
- donner le choix aux adhérents de choisir le fractionnement qui leur convient le mieux.

La première option est plus simple à gérer. Pour choisir le fractionnement le plus adapté, il est nécessaire de prendre en compte les informations collectées dans le cadre de l'objectif 8: «Évaluer la disposition à payer de la population cible» qui indiquent le fractionnement préféré par la population cible, et, dans le cas d'un fractionnement annuel ou semestriel, les mois de versement des cotisations les plus favorables.

Pour avoir un exemple de restitution des informations sur les variations saisonnières de la disposition à payer se reporter à:

► **4.8 – Choix des modalités de fonctionnement du système,** § Saisonnalité des revenus et de la disposition à payer, tome 2, chapitre 4, page 162.

Les modalités de révision des cotisations

Il est important de prévoir le rythme de révision des montants de cotisations et de définir les indicateurs utilisés pour réviser ces montants.

Exemple de rythme de révision: Tous les ans à la date anniversaire de l'adhésion, tous les 1^{er} janvier. Exemples d'indicateurs utilisés pour la révision des cotisations: ratio des sinistres sur les primes (S/P), taux d'inflation.

L'existence et la durée de la période d'attente encore appelée stage ou délai de carence

La période d'attente est le temps suivant l'adhésion, pendant lequel l'adhérent paie ses cotisations mais ne peut encore bénéficier des services du système de micro-assurance santé ni en faire bénéficier ses ayants droit.

Cette période est nécessaire pour éviter les comportements opportunistes de personnes qui s'affilieraient au moment précis où elles en ont besoin, en prévision d'un accouchement ou d'une intervention chirurgicale programmée par exemple, et qui se désengageraient une fois l'événement passé. De plus, elle permet de réduire le coût du risque en première année ce qui peut être pris en compte en réduisant le montant des cotisations sur toute la durée d'adhésion. La période d'observation est moins utile lorsque l'adhésion est collective, automatique ou obligatoire.

La durée de la période d'observation n'est pas standard: trop courte, elle n'empêche pas les comportements opportunistes et la sélection adverse; trop longue, elle risque de décourager les adhésions. Par ailleurs elle peut varier d'un service de santé couvert à l'autre. Pour la maternité il est d'usage d'instaurer une période de neuf à dix mois. Pour d'autres risques, la durée est plus courte, généralement entre un et trois mois. Utiliser plusieurs périodes d'observation en fonction des risques rend plus complexe la gestion.

Les procédures à suivre pour pouvoir bénéficier de la prise en charge

Les contrôles sur l'appartenance au système et l'encours de droits

Pour bénéficier du tiers payant, d'accords préférentiels avec les prestataires de soins ou tout simplement se faire rembourser, le patient doit être couvert par le système au titre d'adhérent ou d'ayant droit et être à jour de ses cotisations. Des contrôles sur l'appartenance au système et l'encours de droits peuvent être effectués, selon les cas, avant, pendant ou après l'utilisation des services de santé.

Les contrôles avant ou pendant le recours aux soins, peuvent être envisagés principalement:

- dans le cas d'un système de tiers payant où l'adhérent et/ou l'ayant droit n'a pas à faire l'avance des dépenses de santé prises en charge par le système de micro-assurance;
- dans le cas d'un système qui dispose avec certains prestataires d'accords sur les prix, sur la qualité et/ou les protocoles thérapeutiques.

Les contrôles avant ou pendant le recours aux soins peuvent être effectués par le prestataire de soins. La présentation de la carte d'adhérent permet de prouver l'appartenance au système.

Le mécanisme de la lettre de garantie* permet de prouver que l'adhérent est à jour de ses cotisations. Il s'agit d'une attestation de prise en charge que le patient doit aller chercher auprès du système de micro-assurance santé avant de recourir aux soins. Cette procédure – assez lourde, surtout s'il y a urgence – peut être remplacée par des cachets apposés à chaque échéance sur la carte d'adhérent et prouvant que la cotisation a bien été payée.

Les contrôles après le recours aux soins sont effectués par les gestionnaires du système. En l'absence de tiers payant, le patient, qu'il soit adhérent ou ayant droit, transmet au système de micro-assurance santé, après le recours aux soins, une facture indiquant les services dispensés et les dépenses effectuées. Certains systèmes imposent l'utilisation de factures types, plus lisibles et comportant toutes les informations dont le système a besoin pour effectuer les contrôles et émettre le remboursement.

Autres mécanismes conditionnant la prise en charge

Pour certains services de santé coûteux, le système de micro-assurance santé peut mettre en place un mécanisme d'entente préalable*. L'adhérent ou l'ayant droit doit transmettre un devis au système de micro-assurance santé avant le recours aux soins. En cas d'accord, le système délivre une autorisation de prise en charge. Ce mécanisme permet de protéger le système contre le risque moral et le risque de surprescription. Le système de micro-assurance santé doit faire appel à un médecin-conseil pour analyser les demandes.

Pour des soins dispensés au deuxième ou troisième échelon de la pyramide sanitaire (hospitalisations, actes de spécialité) le système de micro-assurance santé peut mettre en place un mécanisme de référence obligatoire. L'adhérent ou l'ayant droit est obligé de consulter un prestataire d'un échelon déterminé avant de pouvoir recourir à un prestataire d'un échelon supérieur. Ce mécanisme permet de réduire la consommation non indispensable de soins spécialisés et coûteux.

Le tableau ci-dessous présente sommairement les avantages et les contraintes des mécanismes d'entente préalable et de référence obligatoire.

| Mécanismes | Pour | Contre | Mesures d'accompagnement |
|-----------------------|---|--|--|
| Entente préalable | <ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la surconsommation et la surprescription | <ul style="list-style-type: none"> ● Exige des démarches administratives lourdes pour les bénéficiaires ● Induit des coûts car demande la contribution d'un médecin-conseil | <ul style="list-style-type: none"> ● Recours à un médecin-conseil |
| Référence obligatoire | <ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la consommation de services onéreux | <ul style="list-style-type: none"> ● Réduit la liberté de choix ● Est difficile à mettre en place dans des systèmes en fonctionnement ● Suppose une bonne organisation de la pyramide sanitaire | |

Action 2: Décrire les principales procédures de gestion

Une fois que les principales règles de fonctionnement ont été définies (règles d'adhésion, de paiement des cotisations, de prise en charge et/ou de remboursement), le comité de pilotage peut décrire en détail les procédures de gestion en utilisant la méthode des tableaux de rôle.

Pour un exemple de celle-ci, se reporter à:

► **4.8 – Choix des modalités de fonctionnement du système**, § Construction d'un tableau de rôles, tome 2, chapitre 4, page 163.

Cette méthode permet de recenser toutes les activités nécessaires à la gestion et au fonctionnement du système de micro-assurance santé et de vérifier que les moyens humains sont suffisants et alloués de manière optimale.

Chaque opération du système de micro-assurance santé peut être considérée comme un processus comportant des étapes, faisant appel à des compétences et des outils comme des fiches, registres, outils informatiques, etc.

La construction du tableau de rôles repose ici sur l'analyse des principales opérations de gestion, la compréhension des différentes étapes, l'identification des acteurs impliqués à chaque étape, le détail de leurs fonctions et responsabilités, l'inventaire de tous les supports utilisés (fiches, registres, outils informatiques) et l'indication de leurs modalités d'utilisation.

L'emploi du tableau de rôles permet aux acteurs d'avoir une meilleure vision d'ensemble du fonctionnement du système et une meilleure compréhension du rôle de chacun et de la nature de son implication. Il permet à l'ensemble des intervenants de se mettre d'accord sur les étapes et les règles que tout le monde devra suivre. Il permet de préparer la rédaction du manuel de procédures et la conception des outils d'enregistrement des opérations. Il contribue aussi à la formation des responsables. Il prépare le cas échéant les bases d'une future convention entre le système de micro-assurance santé et les prestataires de soins.

Pour plus d'informations sur les procédures de gestion et les opérations comptables, consulter:

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, parties 3 et 4, BIT/STEP, 2003

Action 3: Définir les procédures de suivi

Différentes procédures de suivi peuvent être définies afin d'assurer le bon fonctionnement du système de micro-assurance santé:

- le suivi de l'application des règles de fonctionnement et des procédures de gestion par les différents acteurs permet de garantir que tous les contrôles amont sont effectués (avant d'accepter une adhésion, avant d'effectuer des remboursements, etc.) et que les outils d'enregistrement sont correctement utilisés;
- le suivi du portefeuille de risques permet de déceler à temps des phénomènes de surconsommation et de surprescription qui risqueraient de mettre en péril l'équilibre financier du système. Il permet aussi d'ajuster le montant des cotisations;
- le suivi budgétaire permet de vérifier que le budget prévisionnel est respecté. Il consiste à comparer les prévisions effectuées en début d'exercice aux réalisations en cours d'exercice. Les écarts constatés entre prévisions et réalisations doivent donner lieu à un ajustement des programmes d'activités voire à l'établissement d'un nouveau budget;

- le suivi de la trésorerie permet de s'assurer que le système de micro-assurance santé est en mesure de faire face à ses engagements, en particulier vis-à-vis des bénéficiaires et des prestataires, sans avoir à conserver des liquidités trop importantes. Il consiste à comparer les prévisions d'entrée et de sortie de fonds avec les réalisations. Les écarts constatés entre prévisions et réalisations doivent donner lieu à des ajustements dans la gestion de la trésorerie et dans les programmes d'activité.

Pour plus de précision sur les activités de suivi, consulter:

► *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé, tome 1: Méthodologie, partie II - Éléments de suivi, BIT/STEP et CIDR, 2001.*

Action transversale: Veiller à ce que les règles de fonctionnement permettent de prémunir le système contre les risques liés à l'assurance

Les règles de fonctionnement du système doivent permettre de limiter autant que possible l'apparition des phénomènes de sélection adverse, de risque moral, de surprescription, les fraudes et les abus, les risques catastrophiques, et leur impact sur le système.

Certaines de ces règles sont présentées dans le tableau synthétique ci-dessous:

| Lutter contre la sélection adverse et les comportements opportunistes | |
|---|--|
| Règles d'adhésion | <p>Compenser l'inscription de personnes ayant un risque élevé de maladie par celle de personnes en bonne santé en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● privilégiant l'adhésion familiale: dès que l'un des membres de la famille s'inscrit, tous les autres membres doivent être inscrits; ● et/ou encourageant l'adhésion de groupes. <p>Exemple: Tous les membres d'une entreprise, d'un syndicat, d'une association, d'une communauté religieuse, etc.</p> <p>Privilégier l'adhésion automatique en passant des accords avec des groupes structurés comme des syndicats, entreprises, associations.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Instaurer un âge maximum pour une première adhésion. ● ou Faire payer aux adhérents ayant dépassé un certain âge, et qui s'affilient pour la première fois, une cotisation plus élevée. |
| Période d'adhésion | Instaurer une période d'adhésion fermée. |
| Règles pour bénéficiaire de la couverture | <p>Introduire une période d'observation dont la durée peut dépendre des services couverts.</p> <p>Exemple: Neuf mois pour la maternité.</p> |
| Règles de résiliation et de radiation | Instaurer des dispositions contraignantes concernant la résiliation de l'adhésion ou la radiation. |
| Cotisation | Instaurer une cotisation forfaitaire par famille afin d'éviter l'inscription massive de personnes ayant un risque élevé de maladie. |
| Droit d'adhésion | Instaurer le paiement à nouveau du droit d'adhésion pour les adhérents n'ayant pas renouvelé dans les délais leur adhésion (cas d'une adhésion annuelle). |

| Lutter contre le risque moral et le risque de surprescription | |
|---|---|
| Règles et procédures pour bénéficiaire de la couverture | Instaurer une entente préalable pour les soins de santé coûteux et ne revêtant pas de caractère d'urgence. |
| | Instaurer un système de référence obligatoire réglementant l'accès aux soins d'un échelon supérieur plus coûteux. |
| Procédures de suivi | Instaurer des procédures de suivi et de contrôle de la consommation des bénéficiaires dès la première année. |
| Procédures de contrôle | Encourager le contrôle social* et le développement d'un sentiment de responsabilité de chaque adhérent et de chaque ayant droit. |
| Lutter contre les fraudes et les abus | |
| Personnes à charge | Avoir une définition restreinte de la famille pour limiter les abus (inscription d'un grand nombre de personnes par famille) dans le cas où la cotisation ne dépend pas du nombre de bénéficiaires. |
| Cotisation | Instaurer un contrôle d'identité particulièrement rigoureux lorsque chaque membre de la famille paie une cotisation. |
| | Limiter le nombre de personnes à charge lorsque la cotisation est identique quelle que soit la taille de la famille. |
| Règles et procédures pour bénéficiaire de la couverture | Utiliser une lettre de garantie pour vérifier que l'adhérent est à jour de ses cotisations. |
| | Indiquer précisément sur la carte d'adhérent l'identité des bénéficiaires: nom, prénom, date de naissance, photo d'identité. |
| | Instaurer un contrôle de l'identité et des droits du patient au moment des soins, notamment lorsque les adhérents du système bénéficient du tiers payant ou de tarifs préférentiels. |
| | Instaurer un contrôle de l'identité et des droits au moment du remboursement du patient dans le cas d'un paiement direct. |
| Se protéger contre les risques financiers liés aux événements catastrophiques: épidémies, dépenses de santé exceptionnellement élevées | |
| Règles d'adhésion | Répartir les risques sur plusieurs zones géographiques en acceptant des adhésions venant de plusieurs villages ou districts. |
| Règles pour bénéficiaire de la couverture | Introduire une période d'attente afin de constituer, dès la première année, des réserves financières. |
| Règles pour assurer la couverture | Adhérer à un système de réassurance ou de coassurance. |

Etape 9: Etablir le budget prévisionnel du système de micro-assurance santé

Cette étape doit permettre de vérifier la cohérence financière globale du système de micro-assurance santé envisagé.

Le budget est basé sur la prévision des dépenses et des recettes nécessaires à la réalisation des activités du système de micro-assurance santé, sur une période déterminée, généralement, un exercice. Le budget doit être équilibré en recettes et en dépenses.

Chaque trimestre, la comparaison des prévisions avec les réalisations doit permettre de prendre, si nécessaire, les mesures indispensables à la bonne exécution du budget et donc à l'équilibre financier du système de micro-assurance santé.

L'élaboration du budget prévisionnel, effectuée après le montage du système, consiste à :

1. Recenser et évaluer l'ensemble des recettes prévisionnelles du système. Celles-ci sont constituées principalement par les cotisations, les droits d'adhésion, les recettes provenant d'activités payantes, les dons et legs et les éventuelles subventions.
2. Recenser et évaluer l'ensemble des dépenses prévisionnelles du système. Celles-ci sont constituées principalement par les dépenses relatives aux services couverts, les frais liés à l'offre de services auxiliaires en matière de santé (séances d'éducation à la santé, etc.), les coûts de fonctionnement (frais de personnel, de matériel, etc.) et les frais de formation et d'animation.
3. Etablir le budget prévisionnel et vérifier que l'équilibre financier est atteint. Pour l'explication et l'illustration de l'établissement du budget prévisionnel, se reporter à :

► **4.9 – Elaboration du budget prévisionnel**, tome 2, chapitre 4, page 165.

Consulter également :

► *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, partie 5, BIT/STEP, 2003.

4. Si l'équilibre n'est pas atteint ou le poste imprévu trop faible, effectuer des ajustements : augmentation des cotisations, recherche de nouvelles sources de financement, réduction de certains coûts de fonctionnement.

L'utilisation d'une démarche participative pour élaborer le budget n'est pas toujours nécessaire. En revanche, si des ajustements doivent être effectués, il est préférable d'associer des représentants de la population cible, notamment si le niveau de cotisation doit être augmenté.

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

Introduction

Objectif de la phase de préparation de la mise en place

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

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

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

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

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

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

Contenu du chapitre

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

Le rapport de l'étude de faisabilité

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

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

Elaborer ce rapport est important pour plusieurs raisons.

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

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

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

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

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

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

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

Le plan d'actions

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

L'élaboration du plan d'actions consiste à :

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

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

Les statuts et l'organigramme

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

Les statuts jouent plusieurs rôles :

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

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

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

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

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

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

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

Pour un exemple de rédaction des statuts se reporter à:

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

Le règlement intérieur ou le contrat

Le règlement intérieur (cas d'une mutuelle)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le contrat

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

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

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

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

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

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

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

Les supports de gestion (documents, outils)

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

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

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

Les supports relatifs à la gestion des adhésions

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

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

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

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

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

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

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

Les supports relatifs à la gestion des cotisations

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

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

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

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

Les supports relatifs à la gestion des prestations

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

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

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

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

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

Le manuel de procédures

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

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

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

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

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

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

Le manuel de procédures peut comporter:

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

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

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

Les conventions avec les prestataires de soins

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

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

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

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

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

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

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

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

Index des tomes 1 et 2

| | Tome 1 | Tome 2 |
|------------------------------------|-------------------------------|---|
| Adhérent | 74-76 | 1, 4, 13-15, 163-164, 180-184 |
| Adhésion | 73-78 | 4, 7, 163-169, 181 |
| Ayant droit | | 1, 4, 13, 180-181 |
| Budget | 28, 85 | 31, 117, 156, 165-169 |
| Capacité contributive | 61, 63 | 4 |
| Charge de sécurité | 57, 59 | 18, 44, 149-151, 155-157, 168-169 |
| Collecte de données | 31-44 | 26, 33, 56, 71 |
| Comité de pilotage | 21-24, 42, 87 | 5, 56-57, 59, 61, 64, 66, 71 |
| Contrat | 90-92 | 5, 179-184 |
| Convention | 96 | 6, 53, 184-190 |
| Copaiement | 54, 63, 65 | 6, 129-131, 150, 152 |
| Cotisation | 1, 19-21, 54-57, 63-64, 78-80 | 6-7, 43, 51-52, 85, 107-112, 129-159 |
| Couple prestations/ cotisations | 61-65 | 7, 150-151, 172 |
| Disposition à payer | 61, 63, 80 | 7, 52, 70, 109-112, 159, 162 |
| Echantillon | 42 | 7, 59-61, 71, 93, 96 |
| Enquête | 40-42 | 57, 66-71, 85-88, 101-103 |
| Entente préalable | 81, 94 | 8, 13 |
| Entretien | 39-42 | 57, 61-66 |
| Etude de faisabilité | 7-13 | 9 |
| Formule de couverture | 50-51, 54-55 | 11, 126, 150-151 |
| Forfait | 54, 67-69 | 10, 14-15, 107, 116, 129, 139-140 |
| Franchise | | 11, 92, 130-131, 140-144, 152, 154 |
| Fréquence | 55, 58-59, 62 | 12, 18, 49-50, 58-59, 68-69, 101-106, 144-145 |
| Garantie | 50 | 10, 12-13, 48, 92, 94, 96, 98, 129-144, 153-155 |

| | Tome 1 | Tome 2 |
|--|------------------------------|---|
| Gestion | | 12, 56, 98 |
| - Frais de gestion/Coûts de fonctionnement | 57, 60 | 18, 51, 107, 117, 168-169 |
| - Procédure de gestion | 71-73, 82-83, 95 | 19, 163-164 |
| - Support/Outil de gestion | 82, 87, 92-95 | 91, 93, 98, 106, 163-164, 178 |
| Mode de paiement | 50-54, 66-69 | 14-15, 53-54, 107, 116, 157, 160 |
| Niveau de prise en charge | 54-56, 58, 61 | 15, 44, 134, 136, 138-140, 142 |
| Période d'attente | 27, 73, 77, 80 | 16, 23, 146-147, 168-169 |
| Personne à charge | 73, 75, 78-79 | 4, 16 |
| Plan d'actions | 87, 89 | 176-177 |
| Population cible | 10, 19-21, 29, 35, 42, 47-48 | 17, 26, 36-38, 41-43, 73, 75, 121-122 |
| Prestataire de soins | 9-10, 35-36, 66-69, 96 | 6, 17, 39-40, 53, 62-68, 76-78, 112-115, 127, 160 |
| Prime pure | 55-60 | 18, 43-44, 85-106, 131-149, 151-155, 168-169 |
| Probabilité | 20-21, 36, 55, 58-59 | 19, 44-46, 58-59, 68-69, 85-91, 132-133, 149-150, 153-155 |
| Protocole thérapeutique | 51, 66-67, 81, 96 | 19, 53-54, 160-161 |
| Rapport de l'étude de faisabilité | 26, 87-88 | 171, 173-175 |
| Règlement intérieur | 71, 76, 78, 87, 90-92 | 20 |
| Risque de santé | 21, 59, 62-63, 69, 83-84 | 21-22, 27, 124, 148 |
| Risque de surprescription | 62-65, 68, 81, 83-84 | 21-22, 148-149 |
| Risque moral | 62-65, 68, 81, 83-84 | 22, 148-149, 151 |
| Scénario | 55-56, 61-62, 64 | 150, 152, 172 |
| Sélection adverse | 61-62, 65, 77, 80, 83 | 22, 148-149, 151 |
| Service de santé | 19, 35, 48-50, 54, 67 | 24, 41-42, 62, 69-70, 78-84, 122-124 |
| Statuts | 87, 89-91, 95 | 23 |
| Subvention | 11, 61 | 53, 116, 159, 165 |
| Ticket modérateur | 54, 58, 64-65 | 24, 100, 129, 137-139 |
| Tiers payant | 53, 66-67, 69, 96 | 24, 43, 53, 84-85, 128-129, 146, 157-158, 161, 168-169 |

Bibliographie

BIT. 2002: *Sécurité sociale: un nouveau consensus* (Genève).

BIT-STEP; CIDR. 2001: *Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé* (Genève).

BIT-STEP. 2003: *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique* (Genève).

HENRIET, Dominique; ROCHET, Jean-Charles. 1991: *Micro-économie de l'assurance*, Economica (Paris).

HENRY, Alain; MONKAM-DAVERAT, Ignace. 2002: *Rédiger les procédures de l'entreprise*, Editions d'organisation (Paris), 3^e édition.

QUIVY, Raymond; VAN CAMPENHOUDT, Luc. 1995: *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod (Paris), 2^e édition.

PETAUTON, Pierre. 2000: *Théorie de l'assurance dommages*, Dunod (Paris).

SIMONET, Guy. 1998: *La comptabilité des entreprises d'assurance, Les fondamentaux de l'assurance*, Comptabilité-Gestion, L'Argus Editions (Paris), 5^e édition.

