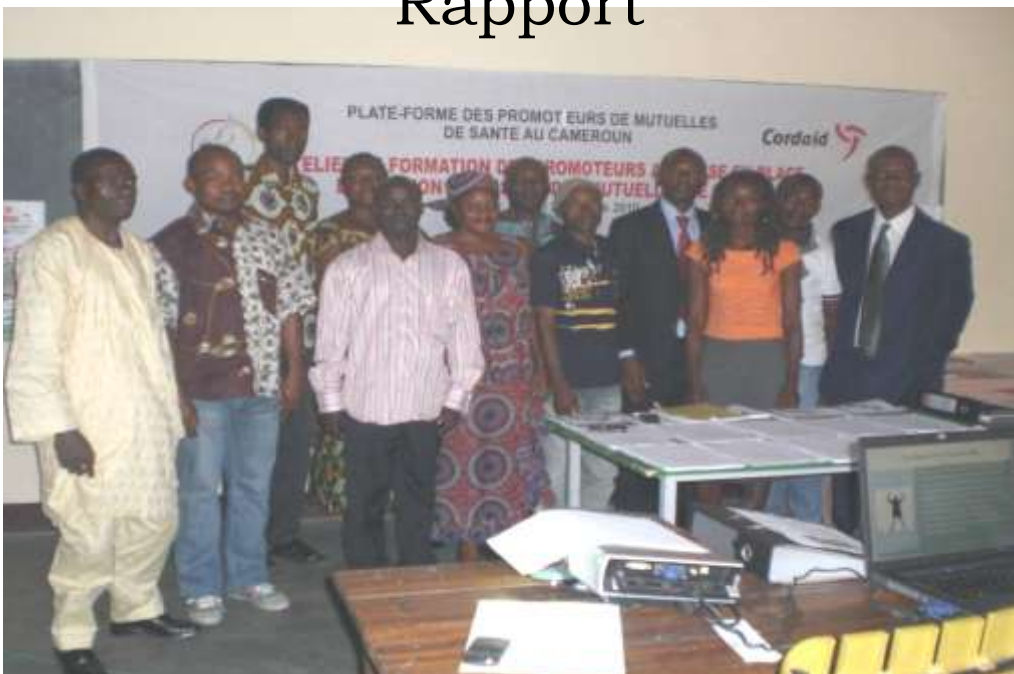


ATELIER DE FORMATION DES PROMOTEURS A LA MISE EN PLACE, LA GESTION ET AU SUIVI DES MS

Bertoua : 13-19 Décembre 2010

Rapport



PAR : KUEDA Zacharie FORMATEUR PRINCIPAL

Assistants: NGOUNDE Joël et ABESSOLO KOUMA GEORGES

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	5
1.1 LES OBJECTIFS DE L'ATELIER.....	6
1.2 RESULTATS	6
1.3 METHODOLOGIE.....	6
1.4 SUPPORTS PEDAGOGIQUE ET DOCUMENTS.....	7
1.5 LES PARTICIPANTS A L'ATELIER	7
1.6 ORGANISATION ET ANIMATION DE L'ATELIER	8
2.1 OUVERTURE DE L'ATELIER.....	12
2.2 RECUEIL DES ATTENTES DES PARTICIPANTS	12
2.3 PRESENTATION DES MODULES	12
MODULE 1 : La prévoyance en matière de santé.....	12
MODULE 2 : Définition et principes de base d'une mutuelle de santé	14
MODULE 3 : L'organisation interne d'une mutuelle de santé.....	15
MODULE 4 : l'adhésion à une mutuelle de santé	16
MODULE 5 : Les services offerts par une mutuelle de santé	17
MODULE 6 : mise en place d'une mutuelle de santé	18
MODULE 7 : Marketing social et communication dans les mutuelles de santé	20
MODULE 8 : Gestion administrative et financière des mtuelles de santé	21
MODULE 9 : La contractualisation avec les prestataires des soins	22
MODULE 10 : Suivi et évaluation des mutuelles de sante	23
Module 11 : viabilité et pérennité des mtuelles de santé	24
Module XII : Projection d'un documentaire sur les mutuelles de santé de KOUMBO, MANJO et SAA.....	25

2.4	DECLARATION DES PARTICIPANTS.....	26
2.5	SYNTHESE DE L'EVALUATION DE L'ATELIER.....	27
2.6	LES PERSPECTIVES.....	28
2.7	PLAN D'ACTION DE MISE EN PLACE DES MS PAR LES PROMOTEURS .	29
	MODULE 1. La prévoyance en matière de santé	36
	MODULE 2. Définition et principes de base d'une mutuelle de santé	39
	MODULE 3 : Les organes d'une mutuelle de santé	44
	MODULE 4 : l'Adhésion à une mutuelle de santé	47
	MODULE 5 : Les services offerts par une mutuelles de santé (MS)	50
	MODULE 6 : Mise en place d'une Mutuelle de santé.....	53
	MODULE 7 : Marketing social et communication dans les mutuelles de santé	56
	MODULE 8 : Gestion administrative et financière des Mutuelles de santé.....	60
	MODULE IX : La Contractualisation avec les prestataires de soins.....	63
	MODULE X : Suivi et évaluation des MS	66
	MODULE XI : Viabilité et pérennité des MS	76
	CONCLUSION.....	81
	QUELQUES IMAGES DE L'ATELIER.....	82

A decorative horizontal box with a scroll-like appearance, featuring a grey shadow and rounded corners with scroll details. It contains the text 'PARTIE I' and 'MISE EN ROUTE' in bold, black, uppercase letters.

PARTIE I
MISE EN ROUTE

I. INTRODUCTION

Dans le cadre de l'une de ses missions à savoir, assurer le renforcement des capacités des membres et des acteurs des mutuelles de santé, PROMUSCAM a prévu dans son plan d'action 2010 de d'organiser des ateliers régionaux de « **formation des promoteurs à la mise en place, à la gestion et au suivi des MS** » à l'Extrême nord et à l'Est.

Cette formation, qui se veut pratique vient à point nommé car l'un des problèmes qui freine le développement des mutuelles de santé au Cameroun est le manque de ressources humaines de qualité pour accompagner leur mise en place.

En effet, la cartographie des MS au Cameroun montre que les régions de l'Extrême nord et de l'EST n'ont pas assez de mutuelle de santé et on ne rencontre presque pas des promoteurs des MS dans ces localités.

Fort de ces constats, PROMUSCAM disposant en son sein un pool de formateurs expérimentés a décidé d'entreprendre la formation des promoteurs des mutuelles de santé pour contribuer à résoudre ce problème.

Cette expérience a permis non seulement de mettre en exergue le savoir faire des experts du pool de formateur, mais aussi d'utiliser le manuel de formateur et d'apprécier son contenu lors de cette formation.

Aussi, la réalisation de cette activité a été rendue possible grâce à l'appui financier de l'un des partenaires stratégique de PROMUSCAM à savoir CORDAID à qui nous adressons les remerciements les plus sincères.

C'est ainsi que du 13 au 19 Décembre s'est tenu à Bertoua au centre d'accueil de la mission catholique, un atelier sur le thème cité précédemment.

Le contenu de cette formation s'est articulé autour de 12 modules dont un module sur.



1.1 LES OBJECTIFS DE L'ATELIER

- *Objectif général*

Doter les participants d'aptitude leur permettant de mettre en place, gérer et assurer le suivi des mutuelles de santé

- *Objectifs spécifiques*

- Mettre en place une MS;
- Gérer une MS;
- Assurer le suivi et l'évaluation d'une MS

1.2 RESULTATS

A la fin de la formation, chaque participant aura acquis les connaissances nécessaires à la mise en place et au suivi des MS.

En outre les participants élaboreront les plans d'actions pour la mise en place des MS dans leur localité respectives.

1.3 METHODOLOGIE

La formation s'est déroulée en deux temps :

Le déroulement des modules et la présentation d'un documentaire sur les mutuelles de santé. S'agissant du déroulement des modules, il s'est articulé autour de 11 modules. Pour ce qui est du documentaire, il s'agissait de présenter un documentaire réalisé par la GTZ sur la mise en place des mutuelles de KUMBO et de MANJO.

Pendant l'atelier, après chaque journée, un groupe de 2 apprenants était chargé de préparer la synthèse du jour pour présenter le lendemain, cette méthode s'est avérée très enrichissante par la qualité des exposés et les questions qui s'en suivaient.

- ***Méthodes pédagogique***

Pendant la formation, l'animation participative a été largement utilisée et on avait recours aux techniques suivantes :

- Le Brainstorming ;
- Jeu de rôle
- Travaux en groupe
- Restitution en plénière
- Exposé introductif
- Synthèse en plénières
- Les lectures expliquées

1.4 SUPPORTS PEDAGOGIQUE ET DOCUMENTS

Avant de dérouler la formation, tous les supports pédagogiques ont été préparés et rangés pour être distribués aux participants au fur et à mesure. Ces supports sont entre autre :

- Les fiche synthétique
- Les textes d'appui

En outre, des outils ont été distribués aux participants, il s'agit de :

La carte de membre, registre de cotisation, guide du mobilisateur communautaire, fiche des adhésions etc.

1.5 LES PARTICIPANTS A L'ATELIER

Sur 15 participants retenus après sélection, 11 ont participé à la formation et étaient issus pour la plupart, de la région de l'EST. Pour l'essentiel, ces participants provenaient de 10 ONG de

la région de l'est qui se proposent ou alors sont entrain de mettre en place une mutuelle de santé.

N°	Noms et Prénoms	Structure	Téléphone	Mail
01	AKONGONGOE Miranda	AAFEBEN (yokadouma)		aafebenong@yahoo.fr
02	NKOK SOTONG Simon	FAIRMED (Abongbang)	99 15 38 56 22 19 31 16	nkosos@yahoo.fr
03	EMAN BEMBE Gerard	MUSAM (Messamena)	96 03 43 77	phileman@yahoo.fr
04	KAMGA Pierre	SANDE (Bertoua)	76 51 37 49	Sande.cm@gmail.com
05	EBONGUE Ruth	RADEC (Batouri)	75 27 64 35 94 30 68 90	ongradec@yahoo.fr
06	CHEUKAM NDANKAM Annie Yolande	ADD (Abong-bang)	22 28 15 44 77 53 10 11	info@alternativesdurables.org
07	NGBABLE Christian	AJDUR (Lomié)	76 51 16 00	ajdurmessok@yahoo.fr
08	MEKOUL Georges SEDAR	AJDUR (Lomié)	96 44 68 21	ajdurmessok@yahoo.fr
09	MESSI Essono Liliane	ALCOPA (Messamena)	99 03 19 12 75 44 70 90	alcopamessamena@yahoo.fr
10	LUCAS Tatcho	CRADEL (Lomié)	77 82 16 61 22 62 67 95	Cradel_2004@yahoo.fr
11	Etoga	ADD (Mbalmayo)		info@alternativesdurables.org
13	Kueda Zacharie	SG PROMUSCAM (Yaoundé)	77 65 18 08 97 31 69 32	Kueda_zacharie@yahoo.fr
14	Abessolo kouma Georges	PROMUSCAM (Yaoundé)	75 07 21 60	absolokouma@yahoo.fr
15	Ngoundé Joël	(Yaoundé)	77 57 69 55	princegounde@hotmail.com

1.6 ORGANISATION ET ANIMATION DE L'ATELIER

Pour réaliser la formation, la préparation sur place a été réalisée par monsieur ZAMBOWA Léopold Sédar, de l'ONG ADJUR qui est par ailleurs le point focal de PROMUSCAM à l'EST.

La logistique était assurée par ABESOLO Kouma de l'ONG GERMINAL.

- *L'animation de l'atelier*

L'atelier a été animé par deux formateurs expérimentés :

KUEDA Zacharie, coordonateur pédagogique des deux ateliers (Maroua et Bertoua), responsable de l'atelier de Bertoua. Secrétaire général de PROMUSCAM, monsieur KUEDA Zacharie est expert en mutuelle de santé coordonateur de l'ONG APRODEL, spécialiste en développement, andragogue et formateur en Mutuelle de santé depuis près de cinq ans. Il accompagne les mutuelles de santé à la base depuis près de 5 ans.

Adresse. : KUEDA Zacharie, Email kueda_zacharie@yahoo.fr tel 77 65 18 08/97 31 69 32

Co-formateur secondé par NGOUNDE Joël Email princenngounde@hotmail.com.



Les formateurs : à droite, Mr KUEDA Zacharie, au centre NGOUNDE Joël et une participante.

1.7 PLANNING DU DEROULEMENT DE L'ATELIER

Les travaux se sont déroulés du 13 au 19 Décembre 2010 selon le chronogramme ci-après

PROGRAMME DE L'ATELIER

Jour Horaire	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
8h -10h30	Séance d'ouverture: -Mot du DRSP-EST -Mot du PPRMUSCAM - Présentation participants -Recueil des attentes -Photo de famille	ModuleIII : L'organisation interne d'une MS et les unions et fédération des MS	ModuleVI : mise en place d'une MS	Restitution des travaux de groupe	ModuleIX : la contractualisation avec les prestataires de soins	Clôture ModuleXI: - Critères de viabilité et de pérennité des MS - le plan de développement d'une MS et les étapes de son élaboration - l'importance de la mise en réseau MS - Expliquer le rôle de l'État dans la pérennité des MS
10h30- 11h	Pause café					
11h-12h30	ModuleI : la prévoyance en matière de santé.	ModuleIV: l'adhésion à une MS	ModuleVI : La mise en place d'une MS	ModuleVII: Gestion administrative et financière d'une MS	ModuleX : le suivi évaluation des MS	Cérémonie de remise des attestations Clôture de l'atelier
12h30-13h30	Pause déjeuner					
13h30-15h	ModuleII : définition et principe de base d'une mutuelle de santé	Module V : Les services offerts par une MS	Projection d'un film documentaire	ModuleVIII : Mobilisation communautaire et marketing social des MS.	Exercices: le calcul des ratios	
15h-15h30	Pause café					
15h30-17h	Similitudes et différences entre mutuelle de santé et autres organisations à caractère associatif	Les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires	Travaux de groupe	Mobilisation communautaire et marketing social des MS	ModuleXI: Pérennité des MS	
17h	Fin de la journée					

A decorative horizontal scroll-like box with a black outline and a light gray shadow. The top and bottom edges are slightly curved, and the left and right ends are rolled up like a scroll. The text is centered within this box.

PARTIE II
DEROULEMENT DE L'ATELIER

2.1 OUVERTURE DE L'ATELIER

Elle s'est déroulée le 13 décembre 2010 à la salle de conférence du centre d'accueil de Bertoua. L'allocution d'ouverture était faite par monsieur Sédar ZAMBOWA, point focal de la plate forme à l'Est et le mot de la plate forme était prononcé par monsieur ABESSOLO Kouma Georges.

L'essentiel des allocutions faisait ressortir le rôle primordial de ces formations dans les régions dans la perspective d'améliorer à terme le taux de pénétration des MS qui est encore très faible par le développement des ressources humaines de qualité.

L'opportunité était ainsi donnée à l'Est de voir augmenter le nombre de mutuelles d'ici l'année prochaine.

Après cette phase, le recueil des attentes et les présentations des participants ont suivi.

2.2 RECUEIL DES ATTENTES DES PARTICIPANTS

Après la cérémonie d'ouverture, les attentes des participants ont été recueillies. Ces attentes ont fait l'objet des échanges de clarification avec les participants. Ceci a permis de mieux clarifier les zones d'ombre et d'intégrer certains aspects dans le contenu des modules à dérouler.

2.3 PRESENTATION DES MODULES

MODULE 1 : LA PREVOYANCE EN MATIERE DE SANTE

Durée 2h

Facilitateur : NGOUNDE Joël

- **Objectif général:** A la fin de la formation, les participants doivent être capables Définir la notion de risque maladie et les alternatives pour y faire face
- **Objectifs Spécifiques:**
 - Définir le risque maladie et ses conséquences;

- Définir la notion de prévoyance maladie ;
 - Identifier les alternatives permettant de faire face aux dépenses liées à la maladie ;
 - Définir la notion de prévoyance ;
 - Énumérer les principaux mécanismes de prévoyance maladie.
- Quelques éléments du contenu :
- Définition et caractérisation du risque maladie
 - Les conséquences du risque maladie
 - Notion de prévoyance en matière de santé
 - Les mécanismes usuels de financement des soins de santé
 - Notion de micro assurance santé
- Méthodologie :
- La session était ponctuée par :
 - un exposé en plénière,
 - une série de brainstormings en plénière
 - La lecture expliquée du cas de la dame de Treichville

Les participants ont posé beaucoup de questions de compréhension et ont été édifiés sur les différents aspects.

MODULE 2 : DEFINITION ET PRINCIPES DE BASE D'UNE MUTUELLE DE SANTE

Durée 2h

Formateur NGOUNDE Joël

- **Objectif général:** A la fin de la formation, les participants doivent être capables de définir une mutuelle de santé et expliquer ses principales caractéristiques
- **Objectifs Spécifiques:**
 - Définir une mutuelle de santé ;
 - Expliquer les principes de base d'une mutuelle de santé ;
 - Dégager les similitudes et les différences entre une mutuelle de santé et d'autres organisations à caractères associatif
- Quelques éléments du contenu:
 - Définition d'une mutuelle de santé
 - Les principes de base d'une mutuelle de santé
 - Similitudes et différences entre mutuelles de santé et autres organisations à caractère associatif
- Méthodologie:
 - exposé en plénière,
 - brainstormings en plénière
 - travaux de groupes
 - synthèse en plénière
 - lecture expliquée

Support

Distribution des supports et texte d'appui

MODULE 3 : L'ORGANISATION INTERNE D'UNE MUTUELLE DE SANTÉ

Durée : 2h

Facilitateur : NGOUNDÉ Joël

- **Objectif général:** A la fin de la formation, les participants doivent être capables de décrire les organes d'une mutuelle de Santé ainsi que leur fonctionnement.

- **Objectifs Spécifiques:**
 - Citer les organes d'une mutuelle de santé
 - Décrire les tâches et fonction de chaque organe
 - Définir les relations hiérarchiques et fonctionnelles qui existent entre les différents organes

- Quelques éléments du contenu:
 - Les organes d'une mutuelle de santé
 - Fonctions et compétences des différents organes
 - Organigramme type d'une mutuelle de santé

- Méthodologie:
 - exposé en plénière,
 - brainstorming en plénière
 - synthèse des débats en plénière

- Supports utilisés:
 - Exposé sur le module (voir annexe)
 - Schéma des principes de base
 - Exercice sur tableau des rôles théoriques

MODULE 4 : L'ADHESION A UNE MUTUELLE DE SANTE

Durée 2H

Formateur : KUEDA Zacharie

- **Objectif général:** A la fin du module les participants seront capables d'expliquer les modalités d'adhésion et d'accès aux services d'une mutuelle de santé
- **Objectifs Spécifiques:**
Définir le statut de membre/adhérent et de personne à charge dans les mutuelles de santé
- Quelques éléments du contenu:
 - Définition du statut de membre, de personne à charge et de bénéficiaire
 - Modalités d'adhésion à une mutuelle de santé
 - Modalités d'accès aux services d'une mutuelle de santé
- Méthodologie:
 - Brainstorming
 - Exposé en plénière
 - Etude de cas
 - Questions-réponses
 - Synthèse en plénière
- Supports utilisés:
 - Exposé sur le module (voir annexe)
 - Texte d'appui N°2 sur modalités d'adhésion (SAILD 2008, Manuel du formateur. P.56)

MODULE 5 : LES SERVICES OFFERTS PAR UNE MUTUELLE DE SANTE

Durée 5h

Formateur : KUEDA Zacharie

- **Objectif général:** A la fin de la formation, les participants seront capables de décrire les services offerts par une mutuelle de santé, leur mode de facturation et de paiement.
- **Objectifs Spécifiques:**
 - Décrire les services offerts par la mutuelle de santé ;
 - Expliquer comment se fait le choix des services ;
 - Expliquer les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires.
 -
- Quelques éléments du contenu :
 - Les services offerts par une mutuelle de santé
 - Le choix des services
 - Le mode de facturation et de paiement des services
 - Les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins.
 -
- Méthodologie:
 - Brainstorming
 - Exposé en plénière
 - Synthèse en plénière.
- Supports utilisés:
 - Exposé sur le module (voir annexe)
 - Texte d'appui sur services offerts dans certaines mutuelles de santé au Cameroun (SAILD 2008, Manuel du formateur. P.64 à 66)

MODULE 6 : MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE DE SANTE

Durée 4h

Facilitateur : KUEDA Zacharie

Objectif général: A la fin de la formation, les participants doivent être capables de décrire les étapes de mise en place d'une mutuelle de santé.

- Objectifs Spécifiques :

- Décrire les préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé
- Expliquer le bien fondé et les éléments d'une étude faisabilité
- Expliquer l'importance de la restitution de l'étude de faisabilité
- Décrire le processus de constitution d'un comité d'initiative
- Expliquer l'importance de la sensibilisation
- Décrire les étapes de l'organisation d'une AGC

- Quelques éléments du contenu :

- Le processus de mise en place d'une mutuelle de santé
- Les conditions préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé
- L'étude de faisabilité et son importance pour une mutuelle de santé
- Les principes et fonctions d'une mutuelle de santé
- La conduite d'une étude de faisabilité
 - Vérification des conditions préalables
 - Analyse de la faisabilité sociale
 - Faisabilité économique
 - Faisabilité technique
 - Faisabilité institutionnelle
 - Faisabilité financière: calcul de la cotisation et de la viabilité
- Importance de la restitution de l'étude de faisabilité
- La constitution du comité d'initiative
- Importance et mise en œuvre de la sensibilisation
- Préparation et organisation d'une assemblée générale constitutive.

- Méthodologie:
 - Lecture expliquée
 - Brainstorming en plénière
 - Exposé en plénière
 - Etudes de cas
 - Exercices pratiques
 - Synthèse en plénière

- Supports utilisés:
 - Exposé sur le module (voir annexe)
 - Etude de cas sur l'expérience de la mutuelle de Komah (SAILD 2008, Manuel du formateur. P.78)
 - Texte d'appui sur la conduite d'une étude de faisabilité (SAILD 2008, Manuel du formateur. P.79, 80)

MODULE 7 : MARKETING SOCIAL ET COMMUNICATION DANS LES MUTUELLES DE SANTE

Durée 2h30

Facilitateur : ABESSOLO Kouma Georges

- **Objectif général** : A la fin de la formation, les participants doivent être capables de ‘vendre’ une mutuelle de santé
- **Objectifs Spécifiques** :
 - Comprendre la signification et l’importance de la communication pour les mutuelles
 - Identifier les segments et les cibles de la communication
 - Maîtriser les cibles directes et indirectes de la mutuelle de santé ainsi que leurs produits et services
 - Utiliser les différents canaux, support de communication
 - Amener les participants à pouvoir convaincre une personne ou un groupe de personnes à œuvrer pour l’implantation de la mutuelle de santé.
- **RESULTATS ATTENDUS**
- Les produits, les services et l’image de marque de la mutuelle sont vendus
- Quelques éléments du contenu:
 - Définition et importance du marketing dans la vie d’une mutuelle de santé
 - Les éléments de la communication: le message, l’émetteur, le récepteur, les canaux
 - Segmentation de la communication: Notions de cibles primaires et cibles secondaires
 - Elaboration d’une stratégie de marketing pour une mutuelle de santé
 - Le plan de communication
- Méthodologie:
 - Exposé en plénière ;
 - Jeu de rôle en salle pour habituer les participants aux difficultés réelles sur le terrain
 - Afin de mettre les participants en situation réelle de sensibilisation/communication, ils ont procédé à des jeux de rôles sur différents cas de communication pour les mutuelles de santé

MODULE 8 : GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DES MUTUELLES DE SANTE

Durée : 2h

Facilitateur : ABESSOLO Kouma georges

- **Objectif général:** A la fin de la formation, les participants doivent être capables d'utiliser tous outils de gestion d'une mutuelle de santé
- **Objectifs Spécifiques :**
 - Expliquer les documents de gestion administrative et comptables d'une mutuelle
 - Identifier les principaux risques que court une mutuelle de santé ainsi que leurs conséquences
- Quelques éléments du contenu :
 - Définition et importance de la gestion dans une mutuelle de santé
 - La gestion administrative d'une mutuelle de santé et les différents outils
 - La gestion financière d'une mutuelle de santé et les différents outils
 - Les principaux risques liés à la gestion de l'assurance maladie
- Méthodologie :
 - La session s'est déroulée par un exposé participatif en plénière,
 - ponctué par des exercices de remplissage des différents outils, qui ont été distribués aux participants
 - 2 séances de travail en groupes ont eu lieu pour les exercices, avec restitution en plénière

Ce module a connu beaucoup d'intérêt de la part des participants étant donné qu'ils ont simulé dans le cas d'un jeu de rôle sur la « vente des produits d'une mutuelle de santé » le brainstorming a été très vivant.

MODULE 9 : LA CONTRACTUALISATION AVEC LES PRESTATAIRES DES SOINS

Durée 1h30

Facilitateur NGOUNDE Joël

- **Objectif général:** A la fin de la formation, les participants doivent être capables de négocier des conventions favorables et susceptibles d'influer sur la qualité des soins.
 - La Contractualisation avec les formations sanitaires.

 - **Objectifs spécifiques:**
 - Comprendre la structuration du système national de santé ;
 - Être capable de négocier des conventions favorables et susceptibles d'influer sur la qualité des soins ;
 - Connaître le paquet minimum de chaque niveau de formation sanitaire;
 - Maîtriser les éléments d'un contrat de collaboration entre la mutuelle et les prestataires de soins.
- Quelques éléments du contenu:
- La structuration du système de santé au Cameroun
 - Les règles de contractualisation avec les formations sanitaires publiques
 - Les documents de contractualisation: l'accord cadre, la lettre d'accord de collaboration, la convention de soins
 - Conduire un processus de négociation d'une convention
 - Quelques attitudes lors du processus de négociation
 - Les types de contrat
- Méthodologie:
- La session s'est déroulée par un exposé participatif en plénière,
 - Les participants ont procédé à une lecture expliquée du contenu des différents documents de contractualisation suivie d'échanges en plénière

MODULE 10 : SUIVI ET EVALUATION DES MUTUELLES DE SANTE

Durée 5h

Facilitateur : KUEDA Zacharie

- **Objectif général:** A la fin de la formation les participants seront capables d'utiliser les principaux outils de suivi-évaluation pour apprécier les performances d'une mutuelle de santé.

- **Objectifs Spécifiques :**
 - Expliquer l'importance du suivi-évaluation
 - Utiliser la fiche de suivi et les tableaux de bord
 - Décrire le système de suivi & et évaluation
 - Décrire et utiliser les ratios pour la prise de décision

- Quelques éléments du contenu :
 - Définition du suivi et de l'évaluation d'une structure/projet
 - Importance du suivi –évaluation dans la vie d'une MS
 - Les aspects sur lesquels porte le suivi-évaluation dans la vie d'une MS
 - Les outils du suivi-évaluation d'une MS
 - Description d'un système de suivi-évaluation pour les MS
 - Le plan de suivi-évaluation des MS

- Méthodologie:
 - La session s'est déroulée par un exposé liminaire en plénière,
 - Un travail de groupe a été réalisé pour remplir la fiche de suivi
 - Un exercice de calcul des ratios a été effectué en plénière
 - Des questions réponses

MODULE 11 : VIABILITE ET PERENNITE DES MUTUELLES DE SANTE

Durée 2h 30

Formateur : KUEDA Zacharie

- **Objectif général** : A la fin de formation, les participants seront capables d'identifier et de définir les éléments de viabilité et de pérennité des MS au Cameroun, et de développer une stratégie dans ce sens.
- **Objectifs Spécifiques:**
 - Décrire les critères de viabilité et de pérennité des MS
 - Décrire un plan de développement d'une MS et les étapes de son élaboration
 - Expliquer l'importance de la mise en réseau MS
 - Expliquer l'importance de la réassurance et du fonds de garantie dans la pérennité des MS
 - Expliquer le rôle de l'État dans la pérennité des MS
- Quelques éléments du contenu:
 - Définition et aspects de la viabilité pour une mutuelle de santé
 - Définition et facteurs de pérennité d'une mutuelle de santé
 - Importance de la mise en place des réseaux
 - Importance des fonds de garantie
 - Les fonds de réassurance
 - Cas de l'union des mutuelles de santé du DS de Ngaoundéré
 - Importance et contenu d'un plan de développement pour les MS
 - Le rôle de l'Etat pour la pérennité des MS
- Méthodologie:
 - La session s'est déroulée par un exposé participatif en plénière,
 - Un brainstorming a été animé pour favoriser les échanges sur les différents points

MODULE XII : PROJECTION D'UN DOCUMENTAIRE SUR LES MUTUELLES DE SANTE DE KOUMBO, MANJO ET SAA

Durée 1h30

Objectif général

Permettre aux participants de suivre les expériences des mutuelles existantes.

Objectifs spécifiques

- Confronter les déclarations des acteurs aux enseignements reçus

Méthode pédagogique

Elle était surtout basée sur l'observation et l'écoute active.

Support pédagogique

Un vidéo projecteur et un haut parleur.

Résultats

Les participants ont appréhendé les défis qui les interpellent sur :

- Le processus de mise en place des MS ;
- Le fonctionnement des MS ;
- Les difficultés auxquelles ils feront face lors de la mise en place des MS ;

Synthèse des échanges.

Plusieurs questions relative à :

La situation des ces mutuelles aujourd'hui, les personnes qui travaillaient pour ces mutuelles sont – elles en place aujourd'hui ont été posées. Les échanges étaient très riches pour ce qui concerne ce module.

2.4 DECLARATION DES PARTICIPANTS

Miranda (AAFE BEN YOKADOUMA) : je remercie la plateforme PROMUSCAM qui a bien voulu mettre à notre disposition cette formation. En arrivant ici, mes idées étaient très disparates mais à ce jour, je sais ce que je dois faire pour que ma mutuelle existe et surtout qu'elle vive. J'avais juste peur de venir passer une semaine à me tourner les pouces mais je rentre non seulement très satisfaite mais en plus très édifiée. Je souhaite seulement que vous nous accompagniez dans le processus de mise en œuvre des mutuelles et surtout dans le suivi.

Simon NKOKSOTONG (FAIRMED ABONGBANG) : la formation était capitale pour les potentiels promoteurs de la région de l'EST. A ce jour, je me rend compte qu'il y'avait beaucoup de failles dans le travail que je faisais et je pense que je vais le corriger en mettant en pratique tout ce que j'ai appris au long de la présente session de formation.

Les échanges avec les différents participants ont été très édifiants, encore une fois merci pour la qualité de cette formation.

Lucas (CRADEL) : je souhaite que nous capitalisions cette formation en mettant en place une plate forme régionale pour la promotion et le développement des mutuelles de santé dans la région de l'EST. Cela nous permettra dans la suite de continuer à échanger nos expériences.

ZAMGBOWA Sédar : je suis très ému de la tenue de cette formation. C'est pour moi un rêve qui se réalise. Je suis satisfait d'avoir atteint les objectifs en ce qui concerne la promotion et le développement des mutuelles de santé à l'EST. Je crois que la plateforme régionale se mettra en place et va pérenniser les acquis à travers un système de coaching. Je m'excuse pour les petits manquements observés et je pense que nous allons les corriger.

2.5 SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION DE L'ATELIER

EVALUATION DE L'ATELIER

Synthèse des fiches d'évaluation de la formation

4= très bien ; 3=bien ; 2=moyen ; 1=médiocre

Nom.....

Prénom.....

	DESIGNATIONS	4	3	2	1
A	ASPECTS PEDAGOGIQUE				
1	Objectifs de formation	*			
2	Contenus de formation	*			
3	Méthodes pédagogique		*		
4	Techniques d'animation		*		
5	Qualité de l'animation		*		
6	Maîtrise des thèmes par les facilitateurs	*			
7	Qualité des réponses aux questions		*		
8	Prise en compte des attentes des participants	*			
9	Attitude des animateurs pendant l'atelier	*			
B	ORGANISATION LOGISTIQUE				
10	Qualité des supports pédagogiques	*			
11	Qualité des outils pédagogiques	*			
12	Logement des participants			*	
13	Restauration		*		

Il ressort de cette synthèse que sur le plan pédagogique, les participants ont exprimé leur satisfaction sur les différents aspects de l'atelier. Quelques soucis sur le plan organisationnel et logistique ont été exprimés et PROMUSCAM devra les prendre en compte pour les prochains ateliers.

2.6 LES PERSPECTIVES

Cette formation a créé un besoin dans la région de l'Est. C'est un véritable défi pour PROMUSCAM qui devra désormais se préparer à accompagner les promoteurs des MS dans cette partie du pays.

Les plans d'action ont été élaborés par les participants organisés par structure. Ces plans d'action feront l'objet d'une analyse et, sur la base des difficultés rencontrées lors de la mise en place des mutuelles de santé, des modalités d'accompagnement seront adoptées au profit des promoteurs.

2.7 PLAN D'ACTION DE MISE EN PLACE DES MS PAR LES PROMOTEURS

Objectifs	Activités	Périodes d'exécution	Moyens	Responsables
ADD				
Renforcer les capacités du personnel d'ADD en technique de mise en place d'une MS	Restitution de la formation	janvier	Moyens humains, matériels Et budget	Joseph, Annie
Rechercher les financements pour la mise en place d'une MS	-Elaboration du dossier projet - envoi aux partenaires	Janvier-avril	Moyens humains, matériels Et budget	Stanislas Bineli, Joseph ETOGA et Annie CHEUKAM
Réaliser une étude de faisabilité	Rencontre des communautés, administrer le questionnaire et dépouillement	Mars-Avril	Moyens humains, matériels Et budget	Joseph, Annie, Aristide
Sensibiliser les différentes populations de Doumé	Organisation et tenue des réunions de sensibilisation	Permanente de janvier jusqu'à durée indéterminée	Moyens humains, matériels Et budget	Joseph, Annie, Aristide
Restituer l'étude de faisabilité aux populations de Doumé	Organisation de la réunion de restitution à Doumé	Avril-Mai	Moyens humains, matériels Et budget	Joseph, Annie, Aristide
Organiser et tenir une assemblée générale	Organisation et tenue de l'assemblée générale	Juin	Moyens humains,	Joseph, Annie,

Objectifs	Activités	Périodes d'exécution	Moyens	Responsables
constitutive	constitutive		matériels Et budget	Aristide
Elaborer les documents de base (Statut et RI)	Conception, élaboration des différents documents de base	Mai-juin	Moyens humains, matériels Et budget	Joseph, Annie, Aristide
Conduire le processus de légalisation de la MS	Confectionner les différents documents	Juin-juillet	Moyens humains, matériels Et budget	Joseph, Annie, Cécile
SANDE				
Restituer les enseignements du séminaire	Convoquer une réunion des membres	28-12-2010	Sande	PCA Chef de Projet
Lancer les activités de la MS	Discussion dans les familles ; associations des taxis moto	30 / 12 / 2010	Sande	PCA Chef de Projet
	Mise sur pied du bureau	02/12/2010	Sande	PCA
Accentuer la sensibilisation	Descendre dans les foyers	05/12/2010	Sande	PCA Chef de Projet
	Rencontres discussion avec les motos taxi	06/01/2011	Sande	PCA Chef de Projet
Evaluer	Relever le nombre d'adhérents enregistrés	30/01/2011	Sande	PCA CS
	Stratégie d'amélioration	30/01/2011	Sande	PCA CS

Objectifs	Activités	Périodes d'exécution	Moyens	Responsables
ALCOPA/MUSAM				
Restructuration	-refonte des textes - approbation par l'AG -information de l'autorité	Jan – fév.	Cotisations des membres	Bureau exécutif
Renforcement des capacités	- dirigeants - délégués chargés des collectes	Mars	Appui éventuel Cotisation des membres	CA BE
Sensibilisation	- rencontre avec les groupes, leaders - collecte des adhésions et cotisations	Avril – Mai – Juin	Appui éventuel et cotisation des membres	CA BE
Signature des conventions avec HD	- rédaction et approbation - appui médecin conseil	Juillet	Appui éventuel et cotisation des membres	CA
Mise en place des Structures	- gestionnaire - formation	Aout	Appui éventuel et cotisation des membres	BE
Début des Prises en charges	- suivi - fonctionnement	sept	Appui éventuel	BE

Objectifs	Activités	Périodes d'exécution	Moyens	Responsables
FAIRMED				
Faire le suivi rapproché de la mutuelle existante	<ul style="list-style-type: none"> - réorganiser la gestion - organiser les réunions de concertation avec le CSI 	Janvier 2011 Février	Appui extérieur Fonctionnement de la MS produits des GICs	Coordo Projet Bureau MS ECD
Renforcer le système des AGR des GICs	<ul style="list-style-type: none"> - faire le bilan des AGR en 2010 - lancer de nouvelles campagnes 	Janvier 2011 février 2011	Appui extérieur Fonctionnement de la MS produits des GIC	Bureau des GIC
Finaliser la mise en place de la MS de Djaposten et de Mindourou	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la gestion - Signer le protocole - Renforcer le système de cotisations - Organiser des réunions de concertation MS, CSI - Démarrer la prise en charge 	Janvier février, mars 2011	Appui extérieur Fonctionnement de la MS produits des GIC	Bureau de MS Bureau de Ms CSI Partenaires
Mettre en place la mutuelle de NKOUAK	<ul style="list-style-type: none"> - Mener la sensibilisation - faire une étude de faisabilité - Organiser l'AG - Mettre en place des 	Février – mars 2011	Appui extérieur Fonctionnement de la MS produits des GIC	Partenaires Bureau de la MS

Objectifs	Activités	Périodes d'exécution	Moyens	Responsables
	outils de gestion - Organiser des réunions de concertation MS, CSI - Signature des protocoles - Démarrer la prise en charge			
Mener une réflexion de mise en place d'une union de MS	Organiser la sensibilisation auprès des communes Mettre en place des cellules de réflexion	Avril 2011	Appui extérieur Fonctionnement de la MS produits des GIC	Bureau des Ms ECD Partenaires
RADEC				
Organisation d'une campagne d'information et de sensibilisation	Réunion avec les groupes d'acteurs cibles	Janvier	Humains et matériels	Les animateurs et le comité d'initiatives
Organisation d'une AGC	Convoquer les participants Trouver la salle Fixer une date Acheter le matériel	Février	Humains et financiers (déjà disponibles)	Le comité d'initiative
Formalités administratives	Déposer la demande de légalisation des statuts et RI	Février	Humains et matériels	Le CA
Elaboration des conventions et signatures	Etablir le draft de contrat	Mars	Humains et matériels	CA et les responsables des FS
Mise en place des outils de gestion	Acquérir les bureaux et matériels e bureau, tous les outils	Mars	Déjà disponibles	Le Comité d'initiatives
Organisation atelier de lancement du projet	Inviter les participants	Avril	Humains et	Le CA

Objectifs	Activités	Périodes d'exécution	Moyens	Responsables
			financements disponibles	
Démarrage des prestations	Rendre fonctionnel le bureau Prendre en charge les membres	Mai	Humains et matériels	BE et Prestataires
RAFAYOK (réseau des femmes de Yokadouma)				
Faciliter la Vérification des conditions préalables	Diagnostic de la prise en charge des maladies par les associations	Décembre 2010 janvier 2011		Présidente RAFAYOK Secrétaire RAFAYOK
	Diagnostic de la prise en charge dans les FS, type de maladies	Décembre 2010 janvier 2011		Présidente Leaders d'associations
	Restitution compte rendu de la formation à quelques leaders d'associations	Décembre 2010 janvier 2011		Présidente
Faciliter la restitution de la vérification des conditions préalables	Tenir un atelier de restitution	Février		Promuscam RAFAYOK
	Elaboration du plan d'action	Février		PROMUSCAM RAFAYOK
	Recherche du financement pour la mise e œuvre du plan d'action	Février mars 2011		PROMUSCAM
	Suivre le plan	Mars décembre 2011		

A decorative horizontal scroll-like box with a grey shadow and rounded ends, containing the section title.

PARTIE III
LES CONTENUS DES MODULES

MODULE 1. LA PREVOYANCE EN MATIERE DE SANTE

- **Objectif général:**

- ✓ Définir la notion de prévoyance maladie et les alternatives pour y faire face.

- **Objectifs spécifiques**

- Définir le risque maladie et ses conséquences ;
- Définir la notion de prévoyance maladie ;
- Identifier les alternatives permettant de faire face aux dépenses liées à la maladie ;
- Définir la notion de prévoyance ;
- Énumérer les principaux mécanismes de prévoyance maladie

Questions : Selon vous qu'appelle-t-on risque maladie???

Définition du risque maladie

Le risque maladie est la probabilité que l'état de santé d'une personne se dégrade.

- Selon l'OMS : Tout individu a au moins une raison de se faire consulter dans une formation sanitaire par an.
- Cette probabilité est plus élevée chez les femmes, les enfants et les vieillards.

Question : D'après vous, quels sont les principaux types de risques en matière de santé???

Les principaux risques : gros et petits

a) **Les petits risques** : soins courants externes.

- Consultations;
- Petites chirurgies;
- Soins ambulatoires;
- Accouchement eutociques

b) **Les gros risques**

- Hospitalisation ;
- Interventions chirurgicales ;
- Évacuations ;
- Les examens complémentaires coûteux ;
- Les SONEU (soins obstétricaux néonataux d'urgence)

Gros et petits risques

	Probabilité/ Fréquence	Coût	Exemple
Petit risque	+++	+	Consultation
Intermédiaire	++	++	Acte de spécialité
Gros risque	+	+++	Hospitalisation

Question : D'après vous Quelles peuvent être les conséquences du risque maladie????

Les conséquences du risque maladie.

- L'endettement ;
- La baisse de productivité ;
- L'appauvrissement ;
- La stigmatisation ;
- L'exclusion sociale ;
- Les conflits familiaux ;
- La mort.

Selon l'OMS, 100 millions de ménages deviennent pauvres pour avoir du faire face aux dépenses de santé. Au Cameroun, 40% des ménages n'ont pas accès aux soins de santé de base et 80% autres n'ont pas accès aux soins de santé de qualité. (Minsanté)

Texte d'appui : la dame de Treichville

Les usagers de la route qui sont passés hier jeudi 6 avril, par le rond point du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Treichville, ont fait une découverte macabre. Un corps sans vie, recouvert d'un morceau de pagne, gisait là, au sol, comme un vulgaire paquet. Selon des informations à nous confiées par des personnes qui travaillent dans les environs, il s'agit du corps d'une personne de sexe féminin. Toute la journée de mercredi 5 avril, la défunte, présentant des signes de maladie, errait dans les environs comme une âme en peine avant d'être découverte morte le jeudi. Certaines sources un peu plus précises, nous ont révélé que la pauvre dame, très malade, est arrivée au CHU pour se faire soigner. Après les consultations, une ordonnance médicale lui a été établie. Mais comment acheter les médicaments ? Elle qui est sans un seul sou.

Alors, une fois sortie de l'hôpital, elle traînait dans les environs du CHU dans l'espoir de rencontrer des âmes généreuses pouvant lui permettre d'acheter ses médicaments. Hélas, c'est dans cette entreprise, que toute affaiblie, on l'a vu s'écrouler brusquement avant de tirer sa révérence. Là, dans la rue et dans le dénuement total.

Source : Quotidien Ivoire soir du 4 avril 2006

Question : Comment les gens se débrouillent-ils pour payer les frais d'hôpital lorsqu'il y a un malade dans la famille???

Alternatives permettant de faire face aux dépenses liées à la maladie.

Plusieurs formes de financement du risque maladie:

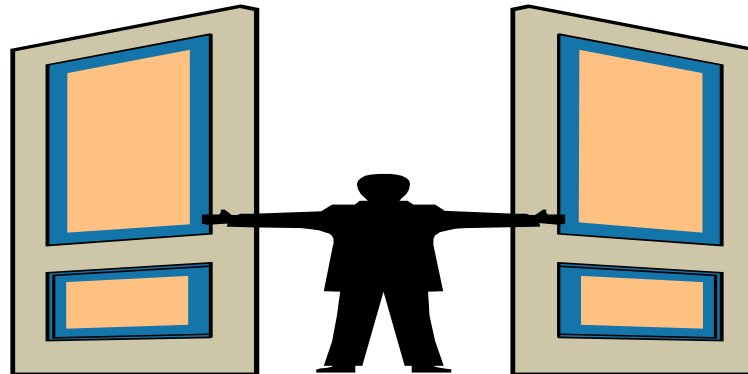
- Les financements usuels et traditionnels collectifs et individuels;(emprunt d'argent, vente d'un bien, détournement, quête ...)
- Le prépaiement et les assurances ;
- Les micros - assurances santé.

La prévoyance maladie et ses principaux mécanismes.

Pour éviter toutes les conséquences négatives liées à la maladie, il est important d'en prévenir le risque.

- ✓ Les prépaiements ;
- ✓ Les assurances ;

Les micros - assurances santé



MODULE 2. DEFINITION ET PRINCIPES DE BASE D'UNE MUTUELLE DE SANTE

- ***Objectif général :***

Définir une mutuelle de santé et expliquer ses principales caractéristiques.

- ***Objectif spécifiques:***

1. Définir une mutuelle de santé ;
2. Expliquer les principes de base d'une mutuelle de santé ;
3. Dégager les similitudes et les différences entre une mutuelle de santé et d'autres organisations à caractères associatif.

Question : d'après vous qu'est-ce qu'on appelle une mutuelle de sante???

La mutuelle de santé se définit comme:

«une association autonome à but non lucratif, basée sur la solidarité et la participation démocratique qui, essentiellement au moyen des cotisations des membres, a comme objectif d'améliorer l'accès de ceux-ci et de leurs familles à des soins de santé de qualité, en menant une action d'entraide et de prévoyance.

Une mutuelle de santé est une association de personne physique, à but non lucratif, dont la base de fonctionnement est l'entraide et la solidarité, et qui au moyen des cotisations des membres, et à partir de leur décision, mène en leur faveur et en celle de leurs familles des actions de prévoyance des risques liés à leurs problèmes de santé.

- La mutuelle de santé fait partie, comme beaucoup d'autres organisations, d'un mouvement beaucoup plus large appelé " la mutualité ". Ces organisations partagent avec elle un certain nombre de principes, connus sous le vocable de Principes de base de la mutualité



PRINCIPES DE BASE DES MUTUELLES DE SANTE

- Solidarité
- But non lucratif

Travail de groupe

TAF

- **SI LES DEUX PRINCIPES PRECEDENTS FONT PARTIE DES CITER LES PRINCIPES DE BASE QUI REGISSENT LA MUTUALITE DE SANTE ???**

Principes de base d'une mutuelle de santé.

- Solidarité ;
- Autonomie et liberté ;
- Participation démocratique ;
- Épanouissement de la personne ;
- But non lucratif ;
- Responsabilité dans la gestion ;
- Comportement responsable des membres;
- Dynamique d'un mouvement social

Solidarité

Le principe de solidarité est le fondement de la mutuelle de santé. Ses implications sont doubles :

- a) Chaque membre paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade. Le montant de la cotisation n'est pas déterminé par l'âge, le sexe ou l'état de santé du membre.
- b) Une mutuelle de santé instaure une solidarité entre les malades et les bien-portants, les jeunes et les vieux, les différentes catégories professionnelles et sociales, etc.

L'autonomie de gestion et la liberté d'action dans le respect des lois.

Une mutuelle de santé est une organisation libre qui doit, en conséquence, pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités publiques ou de tous autres groupes d'intérêt (partis politiques, groupes de pressions,...)

) Cependant, si les mutuelles de santé sont libres et autonomes, elle n'en demeure pas moins soumises aux lois et règlements qui les concernent. Comme ceux régissant leur organisation interne, leur enregistrement, la comptabilité, l'audit, le contrôle.

Participation démocratique

- a) La mutuelle est le fruit de la liberté d'association. Chacun est libre d'adhérer à une mutuelle de santé et ce, sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieuse, sociale ou politique.
- b) Cette démocratie se concrétise à travers une structure organique qui garantit la participation des membres aux prises de décisions et au contrôle du fonctionnement de la mutuelle

Epanouissement de la personne

- a) Le respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions, quels que soient son sexe, sa race, son ethnie, son origine sociale, est un autre principe de base de la mutuelle de santé.

Reconnaissant l'originalité de chacun, la recherche de l'épanouissement de la personne doit aboutir à une plus grande autonomie et responsabilité vis-à-vis de soi-même et des autres.

- b) Par vocation une mutuelle de santé consacre son action au service de ses membres. Elle ne poursuit pas un but lucratif. La recherche du profit est incompatible avec sa nature.

Cependant, cela ne veut pas dire que les considérations économiques et les principes d'une bonne gestion peuvent être négligés, car ils contribuent à la réalisation du bien-être collectif.

But non lucratif

Par vocation une mutuelle de santé consacre son action au service de ses membres. Elle ne poursuit pas un but lucratif. La recherche du profit est incompatible avec sa nature.

Cependant, cela ne veut pas dire que les considérations économiques et les principes d'une bonne gestion peuvent être négligés, car ils contribuent à la réalisation du bien-être collectif

b) En conséquence, une mutuelle veillera toujours à équilibrer ses comptes et à dégager des excédents afin de constituer les réserves légales et statutaires ou pour répondre à d'autres besoins que ses membres auront décidé.

En fin d'année comptable, après paiement de toutes les charges et après constitution de toutes les réserves, les surplus éventuels serviront à mener des actions sociales ou à réduire le montant des cotisations futures.

Responsabilité dans la gestion

L'ensemble de ces principes restent lettre morte si les adhérents ne se comportent pas de manière responsable vis-à-vis de leur santé et de celle des autres, dans l'utilisation des ressources de la mutuelle et dans les décisions qu'ils prennent

Contrôle d'un mouvement social

Les adhérents des mutuelles de santé ne sont pas des consommateurs passifs mais des individus engagés dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense du bien être et des intérêts communs.

Ce **mouvement social** peut faire partie d'un ensemble plus large comme un syndicat, un mouvement féminin, un groupe d'épargne et de crédit, un mouvement de jeunes ou de personnes âgées. Il est souhaitable qu'il collabore avec d'autres organisations pour atteindre ses objectifs.

La solidarité, la démocratie participative, l'autonomie, l'absence de but lucratif et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses membres prennent leurs responsabilités.

MODULE 3 : LES ORGANES D'UNE MUTUELLE DE SANTÉ

- **Objectif général**

A la fin de la formation, les participants doivent être capables de décrire les organes d'une mutuelle de Santé ainsi que leur fonctionnement.

Question : Citer les principaux organes des associations auxquelles vous appartenez

- L'organisation interne d'une mutuelle de santé doit faire l'objet d'une attention particulière car elle conditionne, entre autres, l'efficacité du fonctionnement et le respect des principes mutualistes.

La structuration et les organes d'une mutuelle de santé doit favoriser la démocratie, l'entraide, la solidarité, la responsabilité et la participation active de tous les adhérents

Il existe un schéma "classique" d'organisation d'une mutuelle de santé. Toutefois, celle-ci dispose d'une grande liberté d'organisation et doit chercher à adapter sa structure et ses organes au contexte et à la mission qu'elle s'est fixée. L'organisation "classique" d'une mutuelle repose sur trois grandes catégories d'organes:

- - les organes de décision;
- - les organes d'exécution;
- - les organes de contrôle.

Les organes d'une MS et la fédération

il y a également les unions des mutuelles ou les fédérations qui jouent un rôle indéniable dans leur viabilité et leur pérennisation en ce sens qu'elles permettent aux mutuelles de la même localité (région, département, arrondissement) de partager certains risques qu'une mutuelle seule ne pourrait supporter et aussi d'avoir une politique commune de négociation auprès des prestataires

I- Organes de décision

Les organes de décision d'une mutuelle de santé sont :

- l'assemblée générale ;
- le conseil d'administration ;

1. L'assemblée générale (AG).

- L'Assemblée Générale est la réunion de tous les adhérents de la mutuelle. Elle est l'organe de décision le plus important de la mutuelle car elle en détermine la politique générale. Ses décisions engagent tous les adhérents et tous les organes.

Cependant elle peut déléguer certaines de ses compétences (modification du taux de cotisation) au conseil d'administration, pour une période définie souvent un an renouvelable

- L'Assemblée Générale ordinaire doit être convoquée au moins une fois par an pour approuver les comptes annuels et le budget. Une Assemblée Générale extraordinaire peut être convoquée si un nombre d'adhérents suffisant (le plus souvent au moins un cinquième) le demande.

La réunion de tous les adhérents peut s'avérer une opération coûteuse et difficile si la MS s'étend sur une vaste zone géographique. C'est pourquoi certaines mutuelles peuvent choisir d'organiser les assemblées des délégués

2. Le conseil d'administration (CA)

- Le Conseil d'Administration se compose de membres élus par l'Assemblée Générale et a pour mandat de mettre en application la politique générale de la mutuelle.
- Le Conseil d'Administration est l'organe chargé de la gestion de la mutuelle. Il exerce toutes les responsabilités qui ne sont pas confiées explicitement par la loi ou les statuts à l'Assemblée Générale ou au Comité Exécutif.

II- Organe d'exécution

- L'organe d'exécution s'occupe de la gestion quotidienne de la mutuelle. C'est le comité exécutif
- Le Comité exécutif est constitué de membres élus au sein du Conseil d'Administration. Il s'agit de l'organe le plus actif de la mutuelle car c'est sur lui que repose la gestion quotidienne des activités. Il est responsable de l'exécution des décisions de l'assemblée générale et du conseil d'administration.

III- Organe de contrôle

- L'organe de contrôle s'assure de la conformité des actes de la mutuelle avec ses statuts et son règlement intérieur. Il vérifie que les procédures de gestion sont correctement

suivies. Il veille également à la bonne tenue de la comptabilité et à la transparence des opérations financières.

Il s'agit du comité de contrôle ou de surveillance

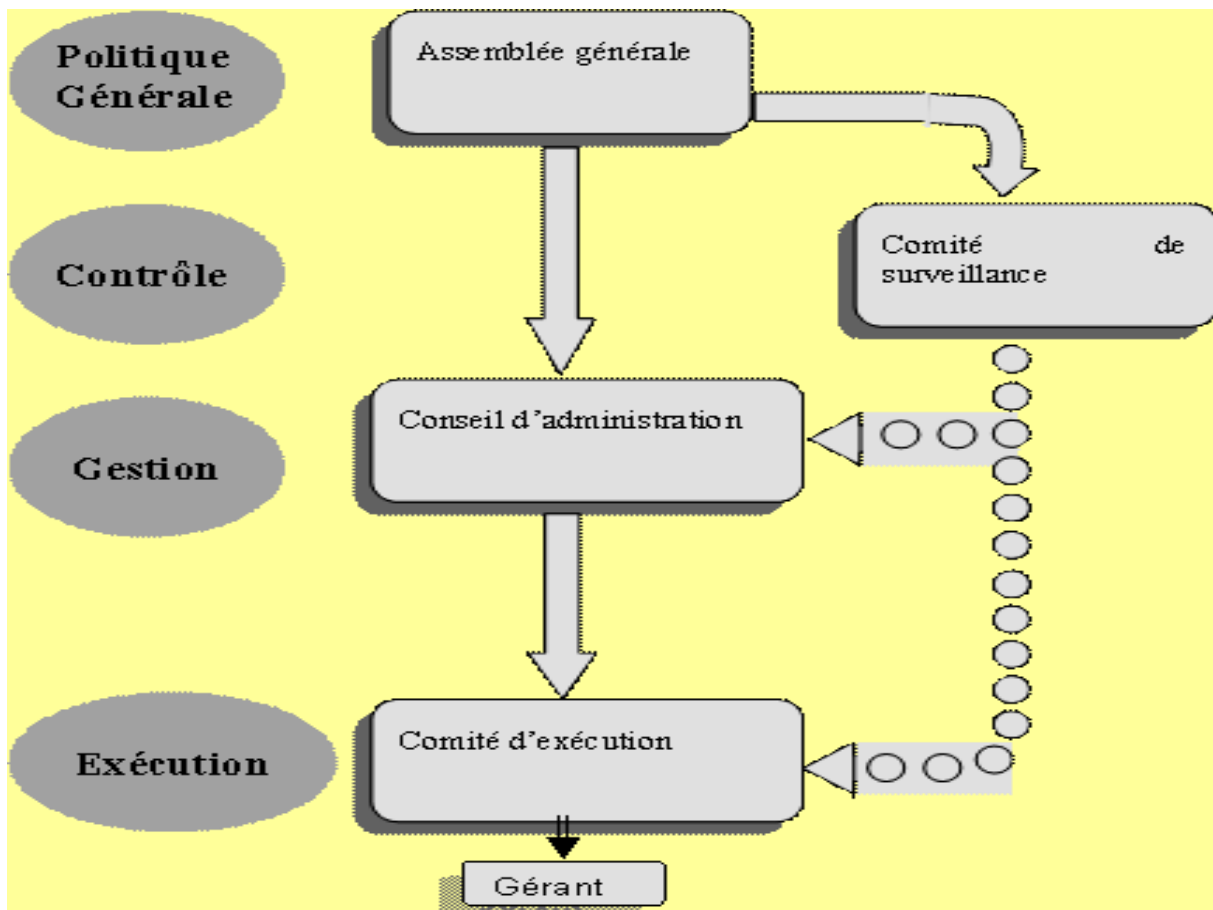
- **Le Comité de Surveillance (CS)**

Le Comité de Surveillance, élu par l'Assemblée Générale, a pour mission de contrôler l'exécution des décisions prises par celle-ci et de garantir un fonctionnement efficace des divers organes de la mutuelle autres que l'Assemblée Générale.

Il est conseillé, même dans le cas d'une mutuelle naissante ou de petite taille, de désigner au moins une personne qui, après une formation appropriée, examinera de près les pièces justificatives et les enregistrements comptables de celle-ci.

Question : Remplissez le tableau qui vous sera distribué portant sur les rôles et les fonctions d'une mutuelle de santé.

ORGANIGRAMME D'UNE MS



MODULE 4 : L'ADHESION A UNE MUTUELLE DE SANTE

- **Objectif général**

A la fin du module les participants seront capables d'expliquer les modalités d'adhésion et d'accès aux services d'une mutuelle de santé.

- **Définition**

Les mutuelles de santé sont des associations autonomes à but non lucratif, basées sur la solidarité et la participation démocratique, qui, essentiellement au moyen des cotisations de leurs membres, ont comme objectif d'améliorer l'accès de ceux-ci et de leurs familles à des soins de santé de qualité en menant une action de prévoyance et d'entraide

Dans ce module nous allons :

- 1- définir le statut de membre ou d'adhérent et définir le statut de personnes à charge;
- 2- expliquer les types d'adhésion et les différentes modalités d'adhésion à la mutuelle;
- 3- expliquer les modalités d'accès aux services de la mutuelle.

Le statut de membre de la Mutuelle peut être attribué à toute personne volontaire et de bonne moralité résidant dans la localité concernée par la mutuelle ou étant membre du groupe concerné et souhaitant avec les autres personnes de la localité ou du groupe partager le risque financier lié à la maladie.

On distingue : les membres honoraires et les membres ordinaires ou adhérents

- A côté des adhérents, il existe une autre catégorie appelée les personnes à charge

- **1- Les adhérents ou membres ordinaires:**

Les membres ordinaires ou adhérents sont ceux qui se sont acquittés de leur droit d'adhésion et qui, par le paiement régulier de leurs cotisations, permettent à la Mutuelle de s'acquitter de ses obligations vis-à-vis de ses membres

Etre adhérent sous entend aussi qu'on a adhéré aux principes de base de la mutuelle; aux statuts et règlement intérieur de celle-ci.

- **2- Les membres d'honneur ou membres honoraires**

Le titre de membre d'honneur ou membre honoraire peut être accordé par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'Administration à des personnes ayant rendu des services exceptionnels à la Mutuelle.

Par exemple l'élite qui a initié la mise en place de la MS ou qui l'a soutenue financièrement.

- **3- Les personnes à charge**

Le membre de la mutuelle peut ouvrir les services offerts par celle-ci à certaines personnes de sa famille qui dépendent de lui ; on les appelle les personnes à charge.

Ce sont : le (la) conjoint(e), les enfants sous tutelle des parents et les parents invalides.

Dans les familles à plusieurs épouses, le chef de famille peut adhérer avec quelques enfants, et chaque femme devient alors adhérente et prend le reste de ses enfants en charge.

On applique ceci dans les cas où une adhésion ne peut couvrir toute la famille.

Une adhésion couvre 10 personnes au plus.

Le membre et les personnes à charge constituent les **bénéficiaires** de la mutuelle. En d'autres termes, c'est envers eux que toutes les actions de la mutuelle sont dirigées.

II-LES TYPES ET LES MODALITES D'ADHESION A UNE MUTUELLE DE SANTE

- **.A- types d'adhésion:**

- **- adhésion volontaire:** chaque individu qui veut devenir membre de la mutuelle le fait de façon libre et volontaire sans contrainte aucune et de manière conséquente. Car son adhésion et sa cotisation régulière valent un pesant d'or pour le fonctionnement, la survie et la pérennité de la mutuelle dont le principal but est d'offrir des soins de qualité à moindre coût à ses bénéficiaires.

- Elle est parfois obligatoire: Dans certaines entreprises ou société, le seul fait d'être engagé et confirmé comme employé vous rend membre de manière automatique de la mutuelle de santé qui existe en son sein. Les frais d'adhésion et de cotisation sont retenus sur le salaire. Dans ces mutuelles d'entreprise on ne prend en charge que les membres de la famille restreinte.

- **B- les modalités d'adhésion:**

- **Adhésion individuelle:** lorsqu'une personne seule devient membre de la mutuelle sans personnes à charge.

- **Adhésion familiale:** c'est le cas où l'adhérent déclare, inscrit et cotise pour les membres de sa famille à la mutuelle. C'est ce type d'adhésion qu'il faut encourager car la solidarité et l'entraide devraient commencer au sein de la famille. Elle permet aussi de limiter la sélection adverse.

Adhésion par groupe: dans ce cas précis ce sont les groupes qui sont membres de la mutuelle et qui traitent avec celle-ci même si la finalité est de garantir le droit d'accès aux soins de santé de ses membres et leurs familles respectives.

Exemple : association ; écoles ; GIC; tontines ; caisse d'épargne crédit ; groupes professionnels ; etc.

Pour accéder aux services de la mutuelle de santé, il faut :

- **être adhérent ou personne à charge:** La première condition pour bénéficier des services de la mutuelle c'est d'en être membre ou personne à charge.

Avoir traversé la période d'observation: Encore appelé période de stage, elle est imposée à chaque nouvel adhérent avant le début effectif de la prise en charge.

Elle a un double but:

- a. Aider la mutuelle à décourager les imposteurs qui n'ont adhéré à la MS que pour faire soigner une maladie qu'ils portaient déjà et prendre le large.
- b. Aider la mutuelle à se constituer un fonds de réserves pour pouvoir assurer les prises en charges à venir et tenir en cas d'épidémie non pris en charge par l'Etat
- c. **Etre à jour de ses cotisations:** ceci suppose que votre cotisation ainsi que celles de vos bénéficiaires n'accusent aucun retard et que vous êtes tous en règle.
- d. - **Présenter un cas pris en charge par la mutuelle:** les services offerts par la mutuelle sont clairement spécifiés ainsi que ceux qui ne seront pas pris en charge. Si vous souffrez d'une maladie non prise en charge par la mutuelle vous devrez supporter les frais à 100%.

Utiliser une formation sanitaire conventionnée avec la mutuelle: Les mutualistes sont tenus de se rendre uniquement dans les formations sanitaires qui ont signé des contrats avec leur mutuelle car les deux parties ont pris des engagements qu'elles doivent respecter. Ceci permet aussi de prévenir les cas de fraude et d'abus orchestrés par certains adhérents.

Respecter les procédures d'accès aux soins établies par la mutuelle: exemple: présentation du livret de membre et de la lettre de garantie et payer la partie des soins qui vous revient en cas de Co-paiement.

MODULE 5 : LES SERVICES OFFERTS PAR UNE MUTUELLES DE SANTE (MS)

- ***Objectif général***

A la fin de la formation, les participants seront capables de décrire les services offerts par une mutuelle de santé, leur mode de facturation et de paiement

LES SERVICES OFERTS

Elles dépendent du niveau de la formation sanitaire

Au niveau du centre de santé

- consultation curative
- consultation prénatale
- Consultation préscolaire
- Consultation post natale
- Petite chirurgie (pansement, injection, suture, circoncision)
- Médicament essentiels,
- Examen de laboratoire
- Mise en observation
- Évacuation (référence)

Information, éducation et communication en matière de santé

Au niveau de l'hôpital de district

- Tout le paquet du centre de santé
- Hospitalisation
- Chirurgie
- Imagerie de base
- Examens complémentaires spécialisés
- Accouchement compliqué
- Évacuation
- Soins spécialisés
- Autres chirurgie

Choix des services

La MS peut prendre en charge différents services en fonction des moyens dont elle dispose et ces moyens sont constitués par les cotisations des membres

MODE DE FACTURATION

- Montant par épisode
- Montant à l'acte
- Montant par visite
- Franchise
- Forfait par membre

Chaque formation sanitaire possède son mode de facturation que la MS peut négocier

capitation

Tiers payant

Tiers garant

Remboursement

Avantages et inconvénients des différents modes de paiement

Modes de paiement	Avantages	Inconvénients
capitation	Transfert du risque financier aux formations sanitaires Transfert de la charge de gestion (réduction des frais) Influence l'amélioration de la qualité des soins.	Réduction de la qualité des soins par soucis d'économie
Tiers payant	Facilite l'accès aux soins de santé Influence l'amélioration de la qualité des soins Réduit les fraudes	Surconsommation, risque de surfacturation et de sur prescription, charges de gestion élevées
Tiers garant	Réduit la surconsommation	Bloque l'accès aux soins aux plus démunis Risque de fraudes, charges de gestion élevées, risque pour le consommateur (ne correspondant pas aux paquets etc...)
remboursement		Bloque l'accès aux soins aux plus démunis, risque de fraudes, charge de gestion élevée

Récapitulatif

Les services offerts par une MS dépendent des besoins prioritaires de ses membres et des moyens dont ils disposent.

La satisfaction de ces services par les prestataires des soins fait l'objet d'une convention de prestation dans lequel, le mode de facturation, de paiement et les délais de paiement sont spécifiés

La qualité des soins est essentielle pour le bon fonctionnement d'une MS, elle devra de ce fait pouvoir assurer cela pour continuer à élargir son membership.

MODULE 6 : MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE DE SANTE



Objectif général :

- A la fin de la formation, les participants doivent être capables de décrire les étapes de mise en place d'une mutuelle de santé

Objectifs Spécifiques

- Citer et décrire les étapes de la mise en place d'une mutuelle de santé
- Décrire les préalables à la mise en place d'une mutuelle de santé
- Expliquer le bien fondé et les éléments d'une étude faisabilité
- Expliquer l'importance de la restitution de l'étude de faisabilité
- Décrire le processus d'organisation d'une AGC

LES PREALABLES A LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE DE SANTE

- L'existence d'un besoin en matière de financement des soins de santé;
- L'existence d'une formation sanitaire fréquentée par les populations ;
- L'esprit et le dynamisme associatif;
- L'existence d'un minimum de revenus

TRAVAUX DE GROUPE

- Quelles sont les étapes pour la mise en place d'une mutuelle de sante???
- Pour chacune des étapes citées, dites quels sont les acteurs impliqués.
- Quel pourrait être le rôle de la structure d'appui à chaque niveau

JUSTIFICATION D'UNE MS

Les ressortissants de KOMAH en Europe, soucieux du bien être de leurs familles restées au pays, ont initié la création d'une mutuelle de santé dans leur village. Ils ont envoyé pour cela

de l'argent au chef de village qui a construit le bâtiment de la mutuelle. Il a ensuite contacté un ami pour lui fournir les outils de gestion et estimer un taux annuel de cotisation. Le montant était fixé à 32 000 FCFA par an pour une famille de 8 personnes, ce qui représentait 10% des revenus annuels d'un ménage moyen. Un ticket modérateur de 80% était en outre nécessaire pour avoir accès aux soins. Les populations ont ensuite recruté un gérant sur le reste des fonds envoyés par les ressortissants. Malheureusement, ces fonds se sont rapidement épuisés à cause du montant élevé du salaire du gérant qui a abandonné son poste. La mutuelle a lancé la collecte des cotisations auprès des ménages. La formation sanitaire de la localité n'a pas été contactée pour obtenir sa collaboration. Elle a donc refusé de soigner les mutualistes. Les membres ne connaissaient pas les avantages d'être dans la mutuelle. Malgré toutes les sensibilisations, la mutuelle n'a pas pu démarre ses activités car très peu de gens ont adhéré et cotisé. La mutuelle ne pouvait prendre personne en charge.

L'étude de faisabilité pour la mise en place d'une MS

Sociale Économique Institutionnel Technique financière

IMPORTANCE

1. S'assurer de l'existence préalable d'un certain nombre de facteurs (pré faisabilité)
2. Décrire le système à mettre en place
3. Analyser les conditions de survie de la mutuelle
4. Mettre sur pied les bases pour le suivi de la mutuelle

La restitution de l'étude de faisabilité

***Définition :** C'est le procédé par lequel on partage avec les membres d'une communauté, les résultats d'une étude de faisabilité menée en vue de décider de la mise en place d'une mutuelle de santé et des scenarii à adopter.*

IMPORTANCE

Présenter les résultats de l'étude de faisabilité ;

Décider de la pertinence de la création de la mutuelle de santé

Permettre aux populations d'être informées des conditions de

Succès de la mutuelle (à travers des adhésions massive et la cotisation ce qui implique une bonne mobilisation sociale) ;

- Choisir les scenarii à adopter pour le fonctionnement de la mutuelle (montant de l'adhésion, cotisations- prestations..) ;
- Décider des principes de base de fonctionnement de la mutuelle ;
- Adopter le plan de mise en place effective de la mutuelle

La vérification des conditions préalables (alternative)

1. Il existe un besoin prioritaire de protection face aux dépenses de soins de santé;

2. Il existe des services de santé de qualité dans un environnement proche;
3. La population cible fait confiance aux promoteurs;
4. des liens de solidarité doivent exister entre les futurs adhérents;
5. Une dynamique de développement socio-économique est engagée;
6. Le nombre de personnes potentiellement couvertes est suffisamment importante et ce, dès la première année;
7. Des capacités techniques existent.

La constitution d'un comité d'initiative

Le CI est un groupe de personnes (hommes/femmes) choisies par les populations et chargé de sensibiliser et informer la communauté sur la mutuelle de santé en démarrage".

Etapas de l'organisation de l'assemblée générale constitutive (AGC)

- Préparation de l'AGC
 - Elaborer un projet de statut et de règlement intérieur
 - inviter les participants
 - choisir le lieu de l'AGC et préparer la logistique
 - établir l'ordre du jour
 - Tenue de l'AGC
 - Présentation et adoption des statuts et RI
 - Mise en place des organes de la mutuelle (AG, CA, CC, BE,...)
 - Adoption des résolutions et d'un chronogramme pour la suite du processus.

RECAPITULATIF

1. La mise en place d'une MS nécessite:
2. Etude de faisabilité ou vérification des conditions préalables;
3. Restitution de l'étude de faisabilité;
4. Constitution d'un comité d'initiative;
5. Organisation d'une assemblée générale constitutive;
6. Formalités administratives de reconnaissance de la mutuelle (association, GIC, etc.);
7. Élaboration de la convention, négociation et signature de cette convention avec les formations sanitaires partenaires;
8. Formation des organes à la gestion et au suivi des MS;
9. Mise en place des outils de gestion;
10. Démarrage des prestations

MODULE 7 : MARKETING SOCIAL ET COMMUNICATION DANS LES MUTUELLES DE SANTE

- ***Objectif General***

A la fin du module, les apprenants doivent être capables de vendre la MS.

- ***Objectifs Spécifiques***

- Comprendre la signification et l'importance de la communication pour les mutuelles
- Identifier les segments et les cibles de la communication,
- Maîtriser les cibles directes et indirectes de la mutuelle de santé ainsi que leurs produits et services,
- Utiliser les différents canaux, support de communication,
- Amener les participants à pouvoir convaincre une personne ou un groupe de personnes à œuvrer pour l'implantation de la mutuelle de santé.

- ***Résultats Attendus***

Les produits, les services et l'image de marque de la mutuelle sont vendus

Définition

Le marketing est l'ensemble de méthodes et techniques mises en place pour faire la promotion de la mutuelle de santé et pouvoir vendre ses produits et services auprès des différents partenaires.

Les segments et cibles

- Les messages à passer dépendent des catégories d'acteurs (segments) ou des personnes qui vont le recevoir.
- Il existe deux (02) catégories:
- Les cibles primaires
- Les cibles secondaires

Les cibles primaires :

- Se sont celles qui sont directement concernées par le message (ex: les mutualistes pour la sensibilisation)

- **Les cibles secondaires**

- Se sont celles qui peuvent influencer ou jouer un rôle dans le processus

NB: il faut bien segmenter la cible en catégories pour pouvoir identifier leurs mobiles afin de les valoriser au mieux.

Exercice

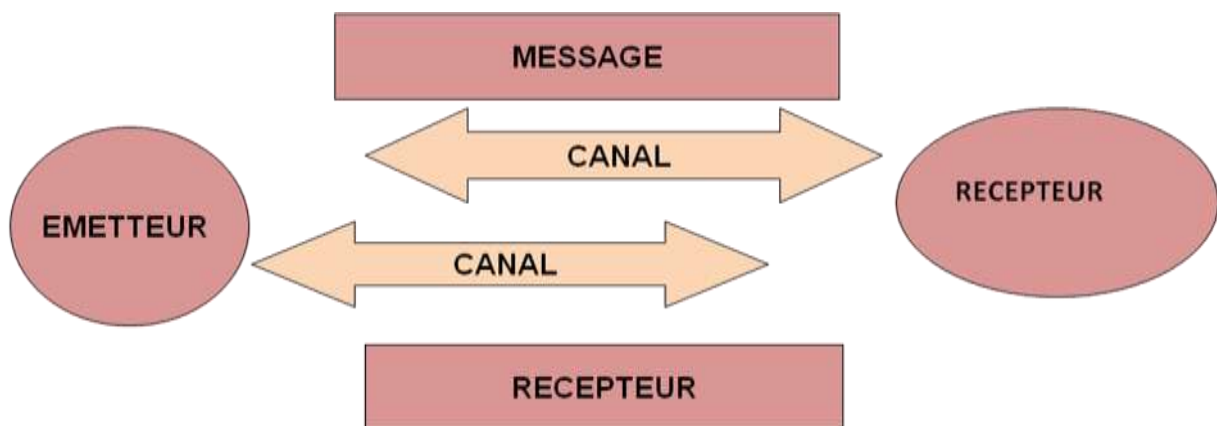
- Selon vous, quelles sont les cibles des messages d'une mutuelle ?
- Segmentez-les.

COMMUNICATION, CANAUX ET SUPPORTS DE COMMUNICATION

Définitions :

- La communication est un processus par lequel des interlocuteurs (émetteur, récepteur) échangent des informations par divers moyens (canaux) pour se comprendre ou s'influencer l'un et l'autre.
- C'est un processus d'échange de messages entre un émetteur et un récepteur. Les rôles pouvant à tout moment inversés

CIRCUIT DE COMMUNICATION



La communication c'est un échange continu de messages entre émetteur et récepteur à travers un canal pour faire passer un message en vue de convaincre, motiver, persuader, rassurer, en vue d'un changement de comportement.

Exercice

- Identifiez tous les canaux et supports de communication que peut utiliser une mutuelle de santé

Exercice :

Énumérez les concurrents de la mutuelle et remplissez le tableau N°6

- Formulation de l'argumentaire de vente et entretien de vente

Pour développer un argumentaire de vente, on utilise la méthode CAP à savoir:

- C: caractéristiques
- A: avantages
- P: preuves

Exercice /

Identifiez quelques CAP d'une mutuelle de santé

QUELQUES REGLES

Pour mieux formuler un argumentaire de vente, il est important de connaître le profil psychologique du potentiel client.

Les différents profils psychologiques des clients peuvent être représentés par son mobile pour acheter le produit désiré

- Le mobile se résume en :
- S: sécurité
- O: orgueil
- N: nouveauté
- M: mimétisme
- O: opportunité
- B: bien être
- I: intérêt pour autrui
- L: liberté
- E: économie

Des mots qui peuvent se résumer par **SONMOBILE**

Exercice

Dessinez un argumentaire de vente pour les produits ci après:

- Consultations
- Examens médicaux
- Les chirurgies et les soins

Les objections

Les objections représentent les doutes, les interrogations, des appréhensions ou des rejets formulés sur le message que vous présentez.

Les objections portent sur les 4 éléments suivants:

- P: Produit et services offerts par la mutuelle
- O: organisation
- C: concurrence
- H: habitudes de soins
- E: Économie

Exercice

- Présentez un argumentaire aux objections suivantes:
 - Vous avez trouvé une nouvelle technique pour arnaquer les gens, ça, les camerounais sont forts !!!
 - Il n'y a même pas de route ici et vous voulez créer une mutuelle comment irons nous à l'hôpital ?
 - Et si je ne tombe pas malade on me rembourse?

Le plan de communication

- C'est un document qui présente pour chaque cible, les messages à lui adresser, les sources (personnes qui porteront le message) et les canaux/ formats de communication à utiliser et qui sert à préparer une campagne de communication

Conclusion

- Pour vendre une mutuelle, il est crucial de maîtriser les produits à vendre, les canaux de communication, les objections possibles.
- On formule alors un argumentaire de vente précis et un plan de communication détaillé. On utilise alors la méthode CAP.

NB: il existe d'autres cibles vers lesquelles on peut conduire un plan de marketing détaillé avec d'autres objectifs certes, mais en s'inspirant des techniques citées ci-dessus

MODULE 8 : GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DES MUTUELLES DE SANTE

- ***Objectif général***

A la fin de la formation, les participants doivent être capables d'utiliser tous outils de gestion d'une mutuelle de santé

- ***Objectifs spécifiques***

A la fin de la formation, les participants doivent être capables d'utiliser tous outils de gestion d'une mutuelle de santé

Définition

La gestion administrative et financière est importante parce qu'elle permet de faciliter le contrôle et le suivi et la traçabilité afin d'instaurer la transparence et la confiance

Les principaux documents administratifs

- **Pour les Adhésions**
 - le livret de membre ou carte de membre
 - Le registre des bénéficiaires
 - Le registre des cotisations
 - La fiche d'adhésion et de suivi
 - Le registre des adhésions
- **Pour les prestations**
 - La lettre de garantie
 - La facture
 - Le registre des prestations
 - La fiche de suivi des consommations

La gestion financière

- **Les outils de gestion comptable et financiers sont:**
- Le bordereau entrée / Sortie
- Le livre de caisse
- Le livre de banque
- Le budget
- Le plan de trésorerie
- Le compte de résultat
- Le bilan

LES PRINCIPAUX RISQUES LIES A LA GESTION DE L'ASSURANCE MALADIE

- La sélection adverse;
- Le risque moral
- Le risque de sur-prescription
- Les fraudes et abus
- L'occurrence des cas catastrophiques

La sélection adverse

C'est le risque que les personnes présentant une probabilité de maladie plus importante adhèrent à la mutuelle dans une proportion plus importante

En fonction de la gamme de prestation et des modalités d'adhésion, une mutuelle peut « attirer » une population plus exposée au risque de maladie. Il s'agit de « mauvais risques ». Cela remet en cause un des principes fondamentaux de l'assurance: le principe de partage des risques

Les risques de sur-prescription

La sélection adverse peut entrainer la mutuelle dans une spirale dangereuse:

La hausse imprévue des prestations entraine un déséquilibre financier

Cela entraine une hausse de cotisations et les individus « biens portants » n'auront plus intérêt à s'assurer

Seuls les individus à plus fort risque de maladie vont rester, augmentant ainsi le déséquilibre...

Le risque moral

Il résulte du fait que les bénéficiaires et/ou les prestataires de soins modifient leur comportement du fait de l'existence de l'assurance. Cela se traduit par:

- la surconsommation : augmentation des taux d'utilisation et/ou des coûts moyen des soins

La sur-prescription : la solvabilité des bénéficiaires peut amener les prestataires à recourir à des actes rentables (pour eux) ou à prescrire des soins inutiles: allongement du séjour à l'hôpital par ex.

Les fraudes et abus

- La plus importante demeure l'usurpation d'identité.
- Cela entraîne une augmentation de l'utilisation des services de santé
- Le risque de fraudes et d'abus est moins important dans une petite mutuelle à cause du contrôle social

L'occurrence des cas catastrophiques

- Ce risque est lié à des événements exceptionnels et non maîtrisables tels que:

Survenu d'épidémie qui provoque :

- Une augmentation massive et brutale de la quantité et/ou du coût des prestations
- Entraînant une situation de crise financière

Prise en charge d'une dépense de soins exceptionnelle:

- concerne la couverture des services d'hospitalisation et chirurgie surtout
- Survient par exemple lors de la prise en charge d'une atteinte particulièrement grave nécessitant une intervention lourde et coûteuse

MODULE IX : LA CONTRACTUALISATION AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS

LA CONTRACTUALISATION AVEC LES FORMATIONS SANITAIRES

Objectif général :

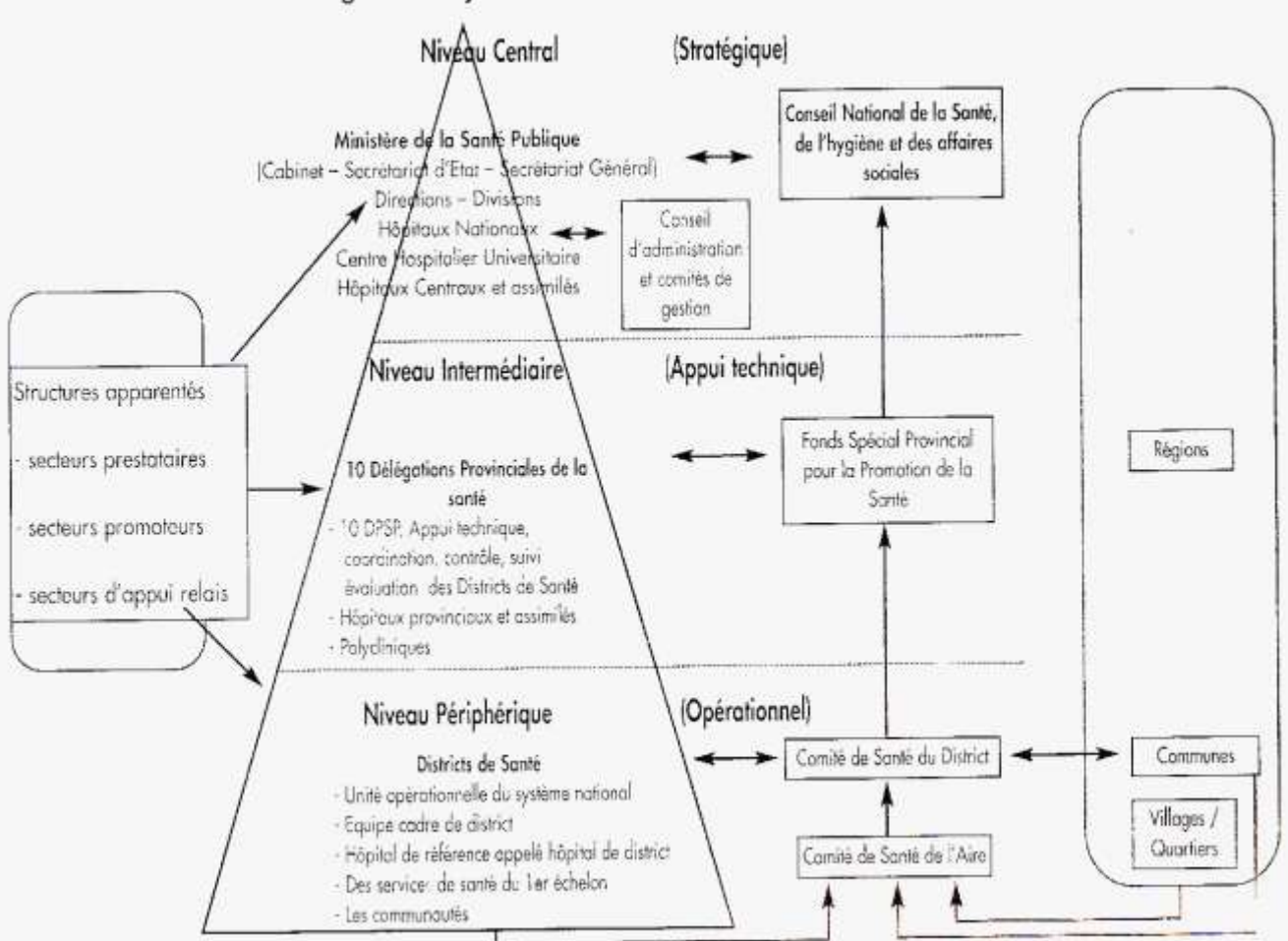
Négocier des conventions favorables et susceptibles d'influer sur la qualité des soins.

Objectifs spécifiques:

- Comprendre la structuration du système national de santé ;
- Être capable de négocier des conventions favorables et susceptibles d'influer sur la qualité des soins ;
- Connaître le paquet minimum de chaque niveau de formation sanitaire ;
- Maîtriser les éléments d'un contrat de collaboration entre la mutuelle et les prestataires de soins.

Structuration national de santé

Figure 1 : Système National de Santé du Cameroun



Contractualisation avec les formations sanitaires

TECHNIQUES DE NEGOCIATIONS.

Préalables aux négociations :

- Avoir un intérêt commun ;
- Accepter les compromis ;
- Accepter la concertation ;
- Accepter les règles de jeu.

Il existe 3 Types de Relations dans les négociations.

- Relation « Gagnant/Perdant »,
- Relation « Perdant/Perdant »,
- Relation « Gagnant/Gagnant
- Meilleures dispositions dans les négociations.
- Solutions non imposées (pas de jeux de pouvoir !)
- Garder à l'esprit qu'Aucune Victoire n'est facile,
- Avoir le sentiment de faire une bonne affaire et obtenir un réel changement ! (une bonne affaire est un accord dont les actions sont détaillées et équilibrées)

Meilleures dispositions dans les négociations.

- Solutions non imposées (pas de jeux de pouvoir !)
- Garder à l'esprit qu'Aucune Victoire n'est facile,
- Avoir le sentiment de faire une bonne affaire et obtenir un réel changement ! (une bonne affaire est un accord dont les actions sont détaillées et équilibrées)

Gagnant/Perdant » et « Perdant/Perdant » donnent des résultats improductifs avec le temps.

Privilégiez une relation « Gagnant/Gagnant » dans les négociations !

- Les rapports efficaces et à long terme exigent qu'il y ait un avantage mutuel,
- La réconciliation et la collaboration ne sont pas de la faiblesse, mais de l'intelligence,
- Les relations

Privilégiez une relation « Gagnant/Gagnant » dans les négociations !

- Les rapports efficaces et à long terme exigent qu'il y ait un avantage mutuel,
- La réconciliation et la collaboration ne sont pas de la faiblesse, mais de l'intelligence,
- Les relations « Gagnant/Perdant » et « Perdant/Perdant » donnent des résultats improductifs avec le temps.

Le contrat de collaboration entre la mutuelle de santé et la formation sanitaire.

- Document formalisant la relation entre la mutuelle de santé et les formations sanitaires ;
- Conçu par l'équipe des techniciens avec l'appui du médecin conseil ;
- Reste un document dynamique et non figé susceptible d'être modifié de commun accord entre les parties.
-

Le contrat de collaboration entre la mutuelle de santé et la formation sanitaire.

Processus de contractualisation :

- Préparation concertée du draft de la convention;
- Obtention de la Lettre d'Accord de Collaboration(LAC) ;
- Négociation avec les formations sanitaires ;
 - Signature de la convention avec les formations sanitaires ;

- Le suivi - évaluation des activités est essentiel pour juger de la progression réalisée en direction des objectifs assignés et des résultats attendus, mais surtout de s'assurer de la viabilité de la mutuelle.
- Le suivi et l'évaluation sont des outils pour identifier les points forts et faibles et pour prendre de bonnes et opportunes décisions.

Aspects de la Viabilité d'une mutuelle de santé

- **1. Viabilité sociale**
 - touche le grand nombre (taux de pénétration)
 - touche toutes les couches sociales de la localité
 - prend en compte les conditions d'accès et de contributions équitables.
- **2. Viabilité technique :**
 - maîtrise du système de gestion par les responsables
- **3. Viabilité institutionnelle**
 - Organes fonctionnels, moyens propres pour dérouler ses activités,
 - autorisation légale à exercer, système comptable
- **4. Viabilité financière**
 - résultat d'exploitation positif

INTRODUCTION AU SUIVI-EVALUATION D'UN SYSTEME DE MAS

Pourquoi ???

- Une mutuelle de santé est une organisation vivante
- Ses gestionnaires doivent disposer en permanence d'informations
- Les membres doivent pouvoir vérifier si les objectifs sont atteints
- Les mutuelles de santé doivent pouvoir échanger leurs expériences
- Les acteurs du développement des systèmes de MAS doivent disposer d'éléments d'appréciation

Définitions

- **Le Suivi:**
 - **C'est une activité continue, qui consiste à s'assurer régulièrement que les activités/opérations se déroulent selon les dispositions préalablement fixées ou selon des normes établies.**

- **Le suivi est bien plus que la simple collecte de l'information sur le projet, c'est l'évaluation systématique et continue du progrès dans le temps par la collecte et l'analyse de l'information et l'utilisation de cette information pour améliorer le travail au sein du projet.**
- **Il permet aux gestionnaires de la mutuelle** d'avoir des informations pertinentes pour pouvoir:
 - Connaître à tout moment l'identité et le nombre des adhérents et des bénéficiaires;
 - Recouvrer les cotisations dues;
 - Être en mesure de faire les vérifications nécessaires quant aux prestations des bénéficiaires et au paiement des factures;
 - Effectuer une surveillance du portefeuille de risques.

Suivi de la MAS : Mots clés

- Activité continue
- Outil de pilotage
- Varie selon organisation, objectifs et activités
- Normes et indicateurs
- Fournir, en temps utile, les éléments d'information nécessaires à une gestion saine et une prise de décision efficace

L'ÉVALUATION

C'est un bilan périodique (6 mois, 1 an) de la mutuelle, pour vérifier si la mutuelle atteint les objectifs fixés, et identifier les raisons des écarts éventuellement observés. L'évaluation permet la réorientation si nécessaire des activités de la mutuelle dans le sens d'en améliorer les performances

Évaluer, c'est estimer à un moment donné dans le temps les performances d'une activité, et à quel point les objectifs ont été atteints.

❖ L'évaluation revêt différents aspects complémentaires :

La situation de référence: A la mise en place de la mutuelle, un diagnostic de la situation initiale est fait, afin de pouvoir mieux en mesurer l'évolution.

L'évaluation à mi-parcours: Est effectuée pendant la réalisation du projet, et permet d'apprécier l'évolution, et prendre les mesures appropriées, afin d'assurer l'atteinte des objectifs assignés.

L'auto évaluation: Elle implique tous les bénéficiaires dans le processus d'analyse et de décision, et constitue un instrument d'animation et de formation privilégié.

L'évaluation externe : Il s'agit notamment de mesurer si des écarts se réalisent en terme de perception du risque, d'accessibilité aux soins, de morbidité, voire de mortalité, entre les adhérents et des non adhérents. L'impact sur l'offre de soins est également étudié en termes d'utilisation et de financement.

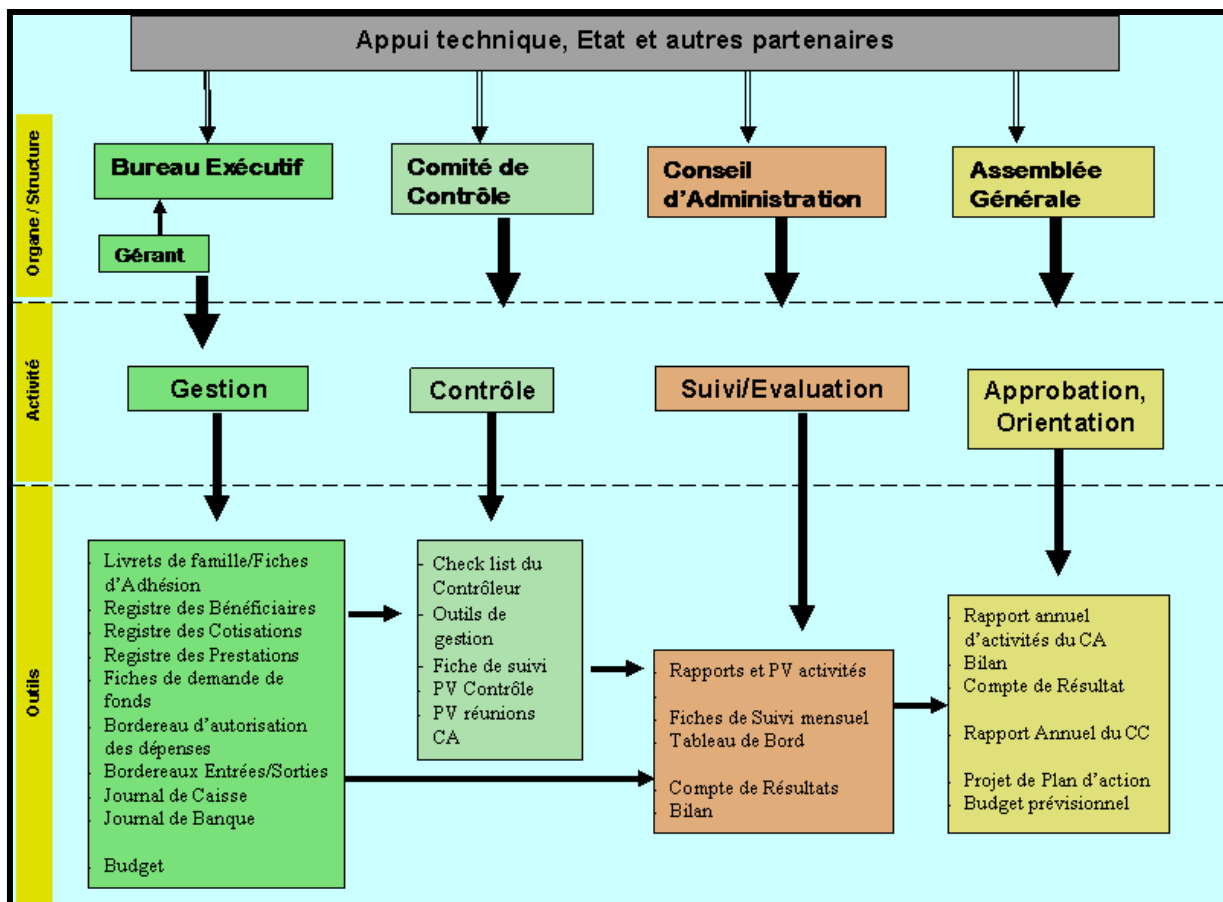
Suivi évaluation

- Un bilan périodique pour:
- vérifier si la MAS atteint les objectifs fixés
- identifier les raisons des écarts éventuellement observés
- Il est habituel de faire une distinction entre le suivi et l'évaluation. Cette distinction n'est pas toujours claire dans la réalité.
- Les deux techniques utilisent beaucoup d'outils communs et sont liées et complémentaires.
- D'où l'utilisation plus courante de l'expression **Suivi-évaluation** qui combine les deux

Le suivi-évaluation repose sur l'utilisation d'indicateurs qui permettent aux responsables de la mutuelle d'assurer un pilotage efficace de leur système.

Le système de gestion des mutuelles de santé est basé sur une organisation claire, et sur une série d'outils de gestion adaptés pour permettre une gestion objective de l'assurance

Le Système de Gestion et de Suivi Évaluation au niveau des mutuelles de santé



Informations et Indicateurs

- Le mot Information rappelle une donnée de la mutuelle qui peut être obtenue en exploitant les outils de gestion de la mutuelle
- Les Indicateurs sont des informations obtenues généralement à la suite d'une combinaison d'un certain nombre d'autres indicateurs, et pour laquelle des normes et standards sont définis
- Pendant que les informations décrivent l'état de la mutuelle, les indicateurs permettent d'en approfondir l'analyse, et d'apprécier ses performances
- Informations et indicateurs sont décrits dans [un plan de suivi-évaluation](#)

La fiche de suivi mensuelle

- La fiche de suivi mensuelle récapitule pour chaque mois les principales données sur les opérations réalisées par la mutuelle au cours du mois.
- La fiche de suivi mensuel constitue un document de base et de référence pour le suivi ainsi que pour le contrôle de la gestion de la mutuelle de santé.

✧ A quoi sert la fiche de suivi mensuelle ?

- Elle permet aux responsables de la mutuelle d'analyser les données de base de la mutuelle de santé. Elle fournit une photographie mensuelle des principaux aspects représentatifs et quantifiables du fonctionnement de l'organisation, grâce à des indicateurs dont on peut saisir l'importance.

Comment est utilisée la fiche de suivi mensuelle ?

- Le gérant de la mutuelle remplit la fiche selon les rubriques. Il retrouve la plupart des informations dans les outils suivants :
- **Pour l'organisation et le fonctionnement** : les PV, les Statuts et Règlement Intérieur,
- **Pour la gestion des adhésions** : le registre des bénéficiaires, le registre des cotisations, éventuellement les livrets de membre (en cas d'incertitude)
- **Pour le suivi des prestations** : les factures, le registre des prestations, les volets et attestations de soins de la lettre de garantie.
- **Pour le suivi financier** : le livre de banque, le livre de caisse, les justificatifs et factures.
- Le gérant prépare la fiche de suivi pour le comité de contrôle qui en vérifie le contenu et en cas d'accord vise la fiche.
- Après validation des informations portés sur la fiche de suivi par le comité de contrôle, ces données sont insérées dans le tableau de bord, et le gérant ou le trésorier classe les fiches.

LE TABLEAU DE BORD

- Le tableau de bord est un outil de synthèse des informations de suivi,
- IL permet de mesurer les principaux éléments représentatifs quantifiables du fonctionnement de la MAS.
- Le tableau de bord suit l'évolution de chaque indicateur et qu'il compare avec une valeur de référence qui peut être:
 - un objectif à atteindre (nombre d'adhérents, etc.),
 - ou une composante du calcul des cotisations (coût prévu d'une prestation, etc.)

Comment est utilisé le tableau de bord ?

- Le tableau de bord est un instrument de pilotage de la MAS; il permet de mesurer en permanence les points forts et faibles, identifier les dérapages, prendre à temps les mesures opportunes, etc.
- On peut comparer cet instrument de pilotage aux cadrans et voyants lumineux dont le conducteur d'un véhicule dispose face à lui, et qui lui permettent de réguler sa vitesse, ou gérer sa consommation de carburant ou d'huile, etc.

- Mensuellement le gérant ou le trésorier met à jour le tableau de bord après validation de la fiche de suivi mensuel par le comité de contrôle et l'Animateur, puis il le classe en vue de la tenue du Conseil d'Administration.
- Une copie du tableau de bord, suffisamment lisible sur papier kraft, doit être affichée dans le bureau de la mutuelle de santé, afin de permettre aux mutualistes qui aimeraient suivre l'évolution de leur mutuelle.

L'analyse de viabilité fonctionnelle

- Taux de croissance brut
- Taux de fidélisation
- Taux de croissance interne
- Taux de croissance externe
- Taux de pénétration
- Taux de recouvrement
- Délai moyen de paiement des prestations ou de remboursement d'adhérents

Taux de croissance brut

- Cet indicateur mesure l'accroissement de la taille de la mutuelle de santé sur une période donnée en général un an:
- L'indicateur peut être complété en calculant le taux de croissance du nombre total de bénéficiaires et le taux de croissance du nombre total de personnes à charge
- Taux de croissance brute

$$M1 = (\text{Adhérents } N - \text{Adhérents } N-1) / \text{Adhérents } N-1$$

- Taux de croissance du nombre de bénéficiaires

$$M1.1 = (\text{Bénéf } N - \text{Bénéf } N-1) / \text{Bénéf } N-1$$

- Taux de croissance du nombre de personnes à charge

$$M1.2 = (\text{P.Charge } N - \text{P.Charge } N-1) / \text{P.Charge } N-1$$

Taux de fidélisation

- Le taux de fidélisation constitue une mesure de l'intérêt porté par les adhérents pour la mutuelle de santé
- Le taux de fidélisation correspond au taux de renouvellement des adhésions
- Pour les mutuelles à période fermée d'adhésion:
 - $M2 = (\text{Anciens membres années } N / \text{Membres Année } N-1) \times 100$
- Pour les mutuelles à période d'adhésion ouvertes, le calcul se fait en deux temps:

- On calcule le taux de renouvellement des contrats passés (ou renouvelés) le même mois de l'année précédent en appliquant la formule précédente
- En fin d'année, le taux de fidélisation correspond à la moyenne des taux de fidélisation calculés mensuellement
- Exemple de calcul du taux de fidélisation

	N-2	N-1	N
Nouveaux adhérents	100	250	160
Retrait	-	10	20
total	100	340	480

Taux de pénétration

- Il mesure la part du public cible qui est bénéficiaire
- Il est calculé par le rapport entre le nombre total de bénéficiaires de la mutuelle de santé et le nombre de personnes constituant le public cible
- Plusieurs taux de pénétration peuvent être calculés
- Par âge
- Par sexe
- Par revenu
- Par profession

- *Cet exemple illustre le calcul du taux de fidélisation en années N et N-1 dans une mutuelle à période fermée d'adhésion qui chaque année présente les situations dans le tableau ci contre.*

- *Les taux de fidélisation sont les suivants:*
 - *En année N-1:*
 - $M.2 = (340-250)/100 = 0,90 = 90\%$
 - *En année N*
 - $M.2 = (480-160)/340 = 0,94 = 94\%$

Taux de recouvrement

Le taux de recouvrement est égal au rapport entre les cotisations perçues et les cotisations émises

C'est un indicateur important de la bonne marche d'une mutuelle de santé dans la mesure où il détermine sa capacité à recouvrer les cotisations essentielles pour faire face aux engagements

L'objectif est d'obtenir un taux de 100%

Les causes d'un faible taux peuvent être internes (qualité du portefeuille,

surévaluation des cotisations, mauvaise gestion du recouvrement, etc).

Les causes peuvent être externes (irrégularité des revenus des adhérents, éloignement géographique, catastrophe naturelle, etc).

Viabilité financière

- L'évaluation de la viabilité économique et financière s'appuie sur des outils de gestion comptable et financière.
- Il s'agit de répondre aux questions fondamentales suivantes
 - La mutuelle est-elle solvable ?
 - Les cotisations permettent-elles de financer l'activité ?
 - Les cotisations sont-elles utilisées essentiellement au paiement des prestations ?
- Plusieurs ratios permettent de répondre à ces questions.

Ratio de liquidité immédiate

- Ce ratio évalue la solvabilité de la mutuelle à court terme en comparant les disponibilités avec les dettes exigibles à court terme.
- Formule
 - $(\text{Avoirs en caisse} + \text{Avoirs en banque}) / \text{dettes à court terme}$
- Plus le ratio est élevé, plus la liquidité est importante. Un ratio supérieur à 1 est considéré comme satisfaisant

Ratio de capitaux propres

- Le ratio indique la capacité de la mutuelle à financer la totalité de ses dettes sans recourir à l'emprunt
- Formule
- $(\text{Capitaux propres} / \text{Dettes}) \times 100$
- Pour être considérée comme solvable la mutuelle doit avoir un ratio de capitaux propre supérieur à 100%

Taux de réserve

- Ce ratio mesure le degré d'autonomie financière de la mutuelle de santé
- Formule
 - $(\text{Réserves} / \text{Charges en prestations}) \times 100$
 - $(\text{Réserves} / \text{Charge en prestations}) \times 12$
- En l'absence de dispositions légales, il semble prudent de viser un taux compris entre 50 et 75% (6 à 9 mois de prestations)

Ratio des cotisations acquises/charges

- Ce ratio permet de voir dans quelles mesures le financement de l'activité provient des cotisations. Il comporte deux variantes:
 - Ratio des cotisations acquises/charges d'exploitation
 - Ratio des cotisations/charges totales
- Ces ratios permettent de juger du niveau de couverture des charges au moyen des cotisations. En cas de couverture insuffisante la mutuelle peut éprouver des difficultés à tenir ses engagements

Ratio de sinistralité

- Ce ratio mesure la part des cotisations ayant été utilisée au remboursement ou au paiement des prestations
- Formule
 - $(\text{Prestations totales}/\text{Cotisations acquises}) \times 100$
- On estime à l'ordre de 75% le ratio de sinistralité d'une mutuelle performante
- Si ce ratio est trop faible, les adhérents sont en droit de se demander pourquoi ils cotisent

Ratio des frais de fonctionnement brut

- Ce ratio mesure la part des ressources financières de la mutuelle utilisée pour son fonctionnement
- Formules
 - **$(\text{charges de fonctionnement}/\text{Total Produits}) \times 100$**
 - **$(\text{charges de fonctionnement} / (\text{cotisations} + \text{droits d'adhésion})) \times 100$**

Il est admis qu'un ratio inférieur ou égal à 15% est d'un niveau approprié

MODULE XI : VIABILITÉ ET PÉRENNITÉ DES MS

- *Objectifs*

A la fin de formation, les participants seront capables d'identifier et de définir les éléments de viabilité et de pérennité des MS au Cameroun, et de développer une stratégie dans ce sens, ce qui revient à:

- Décrire les critères de viabilité et de pérennité des MS
- Décrire un plan de développement d'une MS et les étapes de son élaboration
- Expliquer l'importance de la mise en réseau MS
- Expliquer l'importance de la réassurance et du fonds de garantie dans la pérennité des MS
- Expliquer le rôle de l'État dans la pérennité des MS

Définition de la viabilité et de la pérennité pour une mutuelle de santé

Une MS est viable lorsque :

Elle est bien implantée dans son milieu, fonctionnelle, offre des services de manière équitable à ses membres, et produit un résultat d'exploitation positif.

Une MS est pérenne lorsque:

- elle peut couvrir par ses revenus générés l'ensemble de ses charges (viabilité, financière) de manière durable,
- elle peut fonctionner par elle-même (moyens propres)
- elle dispose d'une capacité de couverture de risque en
- réserve sur une période d'au moins un an et,
- a une assise juridique reconnue

1. Viabilité sociale :

- touche le grand nombre (taux de pénétration)
- touche toutes les couches sociales de la localité
- prend en compte les conditions d'accès et de contributions équitables.

2. Viabilité technique :

- maîtrise du système de gestion par les responsables

3. Viabilité institutionnelle

- Organes fonctionnels, moyens propres pour dérouler ses activités,
- autorisation légale à exercer, système comptable

4. Viabilité financière

- résultat d'exploitation positif

Facteur pour la pérennité d'une mutuelle

- Disposer d'une boussole (plan de développement, business plan)
- Résultat positif soutenu dans le temps (couverture des prestations et des charges administratives et de services par ses revenus générés)
- Bon système de gestion (professionnalisme, transparence)
- Respect des règlements et normes prévus par le Code de la mutualité
- 5. Ne pas fonctionner en vase clos (se mettre en réseau avec d'autres MS)
- 6. Transférer une partie du risque (connexion à un système de réassurance, fonds de garantie)
- 7. S'appuyer sur l'État et les partenaires

Importance de la mise en réseau

Les réseaux permettent :

- la promotion des MS
- la circulation de l'information
- le renforcement des capacités de ses membres
- le partage des risques
- renforcement des capacités de plaidoyer
- réduction des coûts de certains services (formation, contrôle et l'audit externe, outils, médecins conseils etc.)
- accès à un certain nombre de services notamment : l'inter
- mutualité, le fonds de garantie.
- la prise en charge des services d'appui
- l'autonomisation progressive des mutuelles de santé

Conditions de réussite pour la mise en place d'une Union

- La mise en place d'une union/réseau est un processus à inscrire dans la durée. Vouloir l'accélérer à tout prix comporte de grands risques d'effondrement ou de dépendance

- - Les éléments sur lesquels travailler portent sur le renforcement des capacités et le renforcement institutionnel
- L'Union ne doit pas chercher à se substituer aux MS de base
- Le réseau doit être mis en place dans un ensemble cohérent
- Subventions au démarrage

Le fonds de garantie

- Un fonds de garantie est un fonds auquel un système de micro assurance santé peut faire appel en cas de difficultés financières. Ce fond a pour objectif de protéger les formations sanitaires contre des impayés des mutuelles défaillantes ou les mutualistes contre une défaillance de leur mutuelle:
- Cas de l'Union MS De Ngaoundéré: 2 principes pour le fonds de garantie
 - Dotation aux formations sanitaires pour les mutuelles en démarrage
 - Octroi de crédits revolving aux MS en difficulté sur la base d'un plan de redressement et de remboursement (remboursement au plus en un trimestre)
- Un tel fonds permet de sécuriser à la fois les mutualistes et les prestataires de soins et augmente sérieusement la crédibilité de la mutuelle

Importance du fonds de garantie pour la viabilité des mutuelles

- le fonds de garantie se construit de trois manières :
 1. Par prélèvement sur le fonds de réserve
 2. Par négociation éventuelle avec une réassurance
 3. Par un financement extérieur

Le fonds de garantie doit être soustrait de la gestion quotidienne et n'être utilisé que sur accord de l'Assemblée Générale. Très souvent, il est gardé hors de portée des mutuelles (services d'appuis, bailleurs, réseaux etc..)

LE FONDS DE REASSURANCE

- La réassurance un mécanisme par lequel une mutuelle s'assure elle-même auprès d'un tiers (qui peut être un fonds de réassurance) pour une partie ou la totalité des risques qu'elle a garantis, moyennant le paiement d'une prime.
- La réassurance permet : la diversification des risques et leur répartition sur une base plus large et permet également de réduire les risques d'une faillite

Cas de l'union des MS de Ngaoundéré



- L'objectif principal était d'aider les populations à résoudre le problème financier d'accès aux SONEU
- C'est ainsi que 14 mutuelles de santé ont été créées dans le district qui gèrent les prestations ambulatoires dans les CSI
- Mais les prestations de second niveau (hospitalisations, chirurgie, SONEU,...) ne sont disponibles qu'au niveau de l'hôpital de district qui se trouve à Ngaoundéré.
- Une structure faîtière (union) chargée de la prise en charge des soins hospitaliers (hospitalisations, chirurgies) et des SONEU a été mise en place

Élément de pérennité pour les MS au sein de l'union des MS de Ngaoundéré

- Gestion des soins hospitaliers
- Gestion de l'inter mutualité
- Service commun de gestion et d'appui technique
- Fonds de garantie
- Constitution d'un fonds de réassurance
- Représentation des mutuelles
- Formation des membres

- Gestion de conflits inter mutuelles
- Lobbying et le plaidoyer
- Rechercher l'harmonisation des coûts
- Système de gestion centralisée pour les MS
- Signature d'une convention unique pour les soins hospitaliers
- Stratégie globale de communication sur les mutuelles (émissions radio en langues locales, un bulletin de liaison, production de dépliants pour les mutuelles, organisation de campagnes de sensibilisation,...)
- Système de partage des expériences
- Mise en place d'un fonds de garantie pour les MS qui démarrent.
- Création d'un fonds de garantie pour les mutuelles en difficulté

Mise en œuvre d'AGR pour renforcer l'assise financière de l'union; et renforcer l'activité des mutuelles (dotations financières éventuelles aux mutuelles, financement des campagnes et autres actions de communication sur les mutuelles.

Le plan de développement pour les mutuelles de santé

- Le plan de développement est le processus qui consiste à formuler et à mettre en œuvre des décisions sur l'orientation future de la MS sur une période de 4 – 5 ans.
- Ce processus est absolument indispensable à la survie de la MS puisqu'il leur permet de s'adapter à l'environnement en perpétuelle évolution et conduit la MS sur le chemin de la pérennité.
- Le plan de développement comprend deux parties: (Voir texte d'appui N°2).

Rôle de l'Etat pour la pérennité des MS

- L'Etat est le principal garant de la santé des populations. A ce titre:
- l'Etat a un rôle régalien de régulateur (mise sur pieds d'un code de la mutualité, de la loi qui régie l'activité des mutuelles),
- - L'Etat a le rôle d'accréditation et de homologation
- - l'Etat a également un rôle dans la mobilisation des ressources financières pour le développement et la pérennisation des MS.
- - L'Etat devra également mettre en place des fonds d'appui et de subvention aux mutuelles

CONCLUSION

L'atelier de formation des promoteurs à la mise en place, la gestion et au suivi des mutuelles de santé dans la région de l'Est a été une première expérience du genre réalisée par PROMUSCAM. Nous espérons que les efforts déployés pour sa réalisation ont été à la mesure des attentes et les bénéficiaires mettront les connaissances en pratiques pour le bonheur des populations qui pourront désormais bénéficier des services des mutuelles de santé dans leur localités respectives.

Cependant, il est à craindre qu'il se passe un temps relativement long entre le retour de la formation et le début de réalisation des plans d'action, ce qui pourrait faire oublier certains réflexes acquis lors de la formation.

C'est pourquoi nous exhortons les partenaires financiers des différentes structures présentes à la formation de Bertoua d'appuyer financièrement ces plans d'action si nous voulons des résultats probants à moyen terme.

Nous nous pourrions terminer sans remercier nos partenaires financier CORDAID sans qui cette formation n'aurait été possible et l'exhortons à financer l'accompagnement des promoteurs lors de la mise en place pour la bonne continuité de l'action.

QUELQUES IMAGES DE L'ATELIER











