

Le métier de **médecin conseil** dans une mutuelle de santé communautaire





EDITEUR RESPONSABLE :

Félix Vanderstricht

COPYRIGHT :

2016, Louvain Coopération, avenue du Grand Cortil 15a, 1348 Louvain-la-Neuve

AUTEURS ET RELECTEURS :

TITIPO Simbré Brice, Responsable Domaine Mutuelles de santé

N'BOMA Yao Ernest, Assistant Technique

YANGNENAM Jean de la Croix, Coordonnateur ONG 3ASC

Dr DIOMBO Kouma, Médecin Conseil

Dr LOOKY Djobo, Médecin Conseil

Vangodtsenhoven Inge, Adjointe à la direction Programmes

FYON Charlotte, Expert Domaine Mutuelle de Santé

PHOTOS :

Tanguy de Tillesse

GRAPHISME ET MISE EN PAGE :

www.afd.be

IMPRESSION :

Immediaprint

Besoin et demande / contexte et justification

L'accès à des soins de santé de qualité est un droit fondamental. Il est important de réaffirmer que la bonne santé des populations reste essentielle pour la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et participe donc au développement.

Conscientes du potentiel qu'elles représentent et du rôle qui pourrait être le leur dans la protection sociale et l'assurance maladie universelle, les populations togolaises et béninoises se sont fait accompagner depuis quelques années dans la mise en place des mutuelles de santé (MUSA). Ces structures d'économie sociale ont été dotées d'un environnement institutionnel, technique et législatif favorable à leur développement. Elles facilitent l'accessibilité financière aux soins de santé à des populations démunies et n'ayant pas de revenus stables, réduisant ainsi les exclusions. La qualité des soins de santé étant l'un des déterminants importants d'adhésion, il est donc important pour ces mutuelles de santé de se doter des services d'un médecin conseil en vue de faciliter la collaboration avec les prestataires de soins et de s'assurer de la qualité des soins dispensés aux bénéficiaires.

Fonctions du médecin conseil

- ✓ Appui à la négociation avec les services de santé
- ✓ Suivi des prestations de soins offertes aux bénéficiaires des mutuelles de santé
- ✓ Appui à l'organisation des réunions de cadres de concertations
- ✓ Suivi des indicateurs en rapport avec l'offre de soins
- ✓ Formation des prestataires de soins et des élus mutualistes

Profil du médecin conseil

- ✓ Etre titulaire d'un Doctorat en Médecine
- ✓ Avoir une bonne expérience en matière d'activités de développement communautaire
- ✓ Etre un praticien (bonnes connaissances des pathologies, des itinéraires thérapeutiques, des politiques et systèmes sanitaires etc.)
- ✓ Disposer de bonnes capacités d'écoute, de communication et d'analyse
- ✓ Avoir de bonnes dispositions en matière de gestion de conflits

Outils de travail

- ✓ Souches d'ordonnances
- ✓ Factures des formations sanitaires
- ✓ Ordinogrammes et protocoles thérapeutiques
- ✓ Rapports des supervisions
- ✓ Rapports d'études
- ✓ Tableaux de tarifications
- ✓ Contrats entre MUSA et Formations Sanitaires
- ✓ Rapports des activités des MUSA

Indicateurs à suivre par le médecin conseil

- ✓ Taux d'utilisation des services
- ✓ Taux de sinistralité
- ✓ Taux de prescription rationnelle
- ✓ Nombre moyen de médicaments prescrits
- ✓ Nombre moyen de médicaments injectables prescrits
- ✓ Consommation moyenne par bénéficiaire

Résultats obtenus

- ✓ Amélioration de la qualité des soins (accueil et indicateurs)
- ✓ Renforcement des capacités des prestataires de soins
- ✓ Mise en place d'un cadre permanent de discussion entre offre et demande des soins de santé
- ✓ Renforcement des capacités des Elus MUSA

Leçons apprises

- ✓ Il est nécessaire voire indispensable de disposer des compétences d'un médecin conseil au sein des mutuelles de santé
- ✓ Il n'y a pas d'acquis en matière de suivi de la qualité des soins. Le moindre changement (affectation ou départ à la retraite du personnel soignant) peut remettre en cause les avancées réalisées. Le médecin conseil doit donc être attentif et minutieux dans son analyse en tout moment.
- ✓ Pour une meilleure traçabilité des remboursements aux soins et pour limiter les ventes parallèles des médicaments aux bénéficiaires, il est important de les effectuer par virement/Dépôt sur le compte en banque de la Formation Sanitaire bénéficiaire

1.	CONTEXTE	7
2.	CAHIER DE CHARGES DU MÉdecin conseil	11
2.1	L'appui à la contractualisation	11
2.2	Le suivi des prestations dans les formations sanitaires conventionnées	11
2.3	L'appui à la supervision	12
2.4	L'appui à l'organisation des réunions de cadre de concertation	12
2.5	La formation	12
2.6	La sensibilisation	13
2.7	La réalisation d'études	13
3.	AUTRES ACTEURS IMPLIQUES DANS LA QUALITÉ DES SOINS	15
3.1	Acteurs de l'offre des soins de santé et leurs rôles :	15
3.1.1	Les prestataires de soins:	15
3.1.2	Les organes d'administration et de cogestion des FS	15
3.1.3	Les autorités sanitaires	16
3.2	Acteurs de la demande : les mutuelles de santé et leurs unions	16
3.3	Les structures d'appui	17
4.	OUTILS DE TRAVAIL DU MÉdecin conseil	19
4.1	L'ordinogramme et les protocoles de prise en charge	19
4.2	L'attestation de soins	19
4.3	La facture de la formation sanitaire	20
4.4	La fiche de remboursement de soins	20
4.5	Le tableau de suivi des prestations	20
5.	INDICATEUR DE SUIVI DU MÉdecin conseil	23
6.	QUELQUES RÉSULTATS OBTENUS	27
6.1	Collaboration entre MUSA et les prestataires.	27
6.2	Renforcement des capacités des Elus MUSA	27
6.3	Amélioration de la qualité des soins :	27
6.3.1	L'accueil	27
6.3.2	Indicateurs de suivi	28
7.	RÉFLEXIONS PORTÉES SUR LES PRATIQUES	31
7.1	Par rapport aux objectifs	31
7.2	Par rapport au processus	32
7.3	Par rapport aux acteurs et leur rôle	33
8.	LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS	35
9.	ANNEXES	36



1

1. CONTEXTE

Avant les années d'indépendances, les soins étaient gratuits en Afrique Subsaharienne. Mais la crise économique des années 80 a entraîné la réduction des subventions des États aux Formations Sanitaires (FS) à la suite des réformes imposées par la Banque Mondiale, les agences des Nations Unis et des autres bailleurs de fonds qui se sont engagés dans une politique de promotion des soins de santé pour tous, en particulier dans le domaine du financement et de la décentralisation des soins de santé. En effet, l'introduction des Soins de Santé Primaires (SSP) a coïncidé avec l'adoption par les gouvernements africains des Politiques d'Ajustements Structurels (PAS). La crise économique et la mauvaise gestion ont amené les gouvernements africains à réduire les dépenses de santé. Il n'y avait plus suffisamment d'argent pour financer la santé. Les gouvernements n'étaient pas en mesure de financer le système de santé par le biais des impôts. Il fut considéré comme important que les populations participent en payant pour les soins de santé en vue de pouvoir maintenir les services des SSP.

En 1987, l'initiative de Bamako lance le coup d'envoi officiel au recouvrement de coût dans les structures sanitaires publiques, à la gestion conjointe des ressources générées par le personnel de la santé et la communauté. Ainsi, la décentralisation du secteur de la santé a engendré la suppression de la gratuité des soins qui désormais fait place au paiement individuel direct.

Le paiement direct et individuel des soins et des médicaments n'est pas sans conséquences sur la vie des populations. Chaque ménage est exposé tout au long de sa vie à une série de risques dont certains sont prévisibles, d'autres pas. En ce qui concerne la santé, les individus (en particulier les plus démunis) sont exposés au risque de tomber malades et de voir leur état physique se dégrader avec toutes les conséquences que cela peut entraîner. Ils développent alors des stratégies de survie pour le financement des soins. L'étude de cas réalisée par LD en 2007 avant la mise en place des mutuelles de santé montre des situations très difficiles vécues par les familles et en lien avec la prise en charge des cas de maladie. L'un des nombreux récits rapporte que « *Dans le village de EKO¹, le jeune Kokou a été définitivement fixé sur son sort, reposant dans sa dernière demeure depuis 2002. Faute d'un traitement adéquat, il a succombé à la morsure de serpent dont il a été l'objet deux ans plus tôt. En dépit d'un lourd endettement et du bradage de ses biens, les moyens mobilisés par le père de cet enfant n'ont pas suffi à lui assurer un traitement convenable. Il s'en est suivi un itinéraire thérapeutique atypique, constitué de séjours en milieu hospitalier alternés avec des traitements médico – magico – traditionnels à issue létale* ».

Face au manque de ressources financières pour prendre en charge les cas de maladie, trois types de situations peuvent se présenter :

- i) les ménages génèrent des ressources financières irrégulièrement réparties sur l'année entraînant une incapacité à supporter les dépenses de santé notamment en période de soudure,
- ii) d'autres ne disposent pas des ressources suffisantes pour payer l'entièreté des soins,
- iii) d'autres enfin, les indigents ne peuvent même pas payer une partie des frais.

Pour pallier aux difficultés considérables d'accès aux soins de santé primaires et réduire les effets de leurs conséquences sur la santé des populations, de nombreuses organi-

1. Village de la préfecture de l'Est Mono dans la Région des Plateaux au Togo. Le récit complet et beaucoup d'autres peuvent être lus dans le rapport de l'étude.

sations ont été créées dans les pays de l'UEMOA au cours de ces dernières années, en vue d'assurer une forme de protection sociale aux populations non couvertes par les systèmes formels de sécurité sociale. Connues en général sous le terme de «mutuelles sociales», elles se sont développées aussi bien dans le secteur rural et informel que dans le secteur formel (fonctionnaires, entreprises). Elles opèrent tant dans le domaine de la santé que dans celui de la prévoyance (décès, invalidité,...) et peuvent être de petite taille (moins de 1.000 adhérents) comme de très grande taille (plus de 200.000 adhérents).

Le développement de ce mouvement mutualiste a, au cours de ces dernières années, attiré l'attention des autorités nationales et de la Commission de l'UEMOA. Elles reconnaissent le rôle prépondérant joué par ces mutuelles dans la politique d'accessibilité des populations aux soins de santé. Depuis 2005 la Commission de l'UEMOA, avec le soutien technique et financier du Bureau International du Travail (BIT), a entrepris d'élaborer un cadre réglementaire sur les mutuelles sociales. Ainsi, le 26 juin 2009, l'UEMOA a adopté le règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA. Ce Règlement qui est rentré en vigueur à partir du 1er juillet 2011, fixe les principes fondamentaux régissant la mutualité sociale au sein de l'UEMOA, ainsi que les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des mutuelles sociales, unions de mutuelles sociales et fédérations.

Les Etats togolais et béninois se sont engagés aux côtés de la Société Civile, appuyée par les Partenaires Techniques et Financiers, pour soutenir la dynamique mutualiste naissante.

L'Institut National d'Assurance Maladie (INAM) a été mis en place au Togo en 2011. Le Togo souhaite s'appuyer sur l'INAM et les mutuelles de santé dans le but d'atteindre la couverture maladie universelle. Alors que l'INAM couvre dans un premier temps les travailleurs du secteur public, la principale cible des mutuelles de santé est constituée des travailleurs et travailleuses du secteur informel. A terme, les deux systèmes devraient s'articuler pour une plus grande mutualisation des risques dans une véritable expression de la solidarité nationale entre les différentes couches de la société. Mais force est de constater aujourd'hui que cette articulation tant souhaitée n'est pas encore mise en route.

Pour répondre aux besoins de sa population, l'Etat béninois a décrété le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en date du 21 mai 2008, s'inscrivant ainsi dans le devoir constitutionnel d'assurer une protection sociale efficace pour l'ensemble des citoyens. Pour mettre en œuvre le RAMU, le gouvernement béninois a mis en place l'Agence Nationale d'Assurance Maladie (ANAM).

Au Togo et au Bénin, aucune structure officielle de protection maladie n'existe encore pour les populations de l'économie informelle et du secteur agricole. Grâce à l'appui de certains partenaires au développement ou ONG, des mutuelles de santé à base communautaire ont été créées dans certaines localités, surtout en milieu rural.

C'est dans ce contexte que depuis une dizaine d'années, Louvain coopération au développement (LD) et ses partenaires GROPERE au Bénin, 3ASC, ADESCO, RADAR et SOS VITA au Togo s'investissent dans la promotion des mutuelles de santé. Cet investissement se traduit aujourd'hui par la création de 15 mutuelles de santé dans les départements du Mono et de l'Atacora au Bénin, et les Régions Centrale, des Plateaux et des Savanes au TOGO. Les mutuelles promues par LD et ses partenaires au Togo et au Bénin couvrent au 31 Décembre 2013 62.446 bénéficiaires. Les mutuelles de la Région des Savanes au Togo et du Département du Mono au Bénin se sont mises en Unions.

L'une des fonctions des Unions sera d'aider les mutuelles de santé membres à se professionnaliser, notamment dans la gestion administrative et financière mais également dans la maîtrise technique des produits assurantiels. C'est pour ce faire, que de ressources

humaines compétentes capables de prester des services de qualité aux membres ont été recrutées dont le médecin conseil.

Cette expérience a démarré en 2008 par une phase pilote au cours de laquelle un seul médecin a assuré cette fonction sur la Région Centrale, la Région des Savanes au Togo et dans les départements de Mono et de l'Atacora au Bénin. Depuis 2011, suite aux résultats positifs obtenus et aux difficultés liées à la charge du travail, chaque région s'est dotée de son propre médecin conseil. Il faut noter que malgré son intérêt incontestable, le métier de médecin conseil est peu connu et rarement formalisé au sein des mutuelles de santé dans les contextes béninois et togolais. Plusieurs facteurs expliquent cette situation. De fait, il n'existe pratiquement pas de référentiel contextualisé sur ce métier. Même si de tels référentiels existaient, ils mériteraient d'être actualisés à la lumière des réalités vécues, des problèmes rencontrés et des solutions apportées.



2. CAHIER DE CHARGES DU MÉDECIN CONSEIL

Le suivi du médecin conseil a pour objet de veiller à ce que des soins de qualité soient offerts aux membres des mutuelles de santé. Il assume cette fonction à travers un appui technique et la gestion des relations avec les centres de santé conventionnés. Dans l'exécution de son cahier de charges, le médecin conseil appui les mutuelles à la contractualisation avec les Formations Sanitaires (FS), assure le suivi des prestations dans les FS conventionnées, participe à la supervision de ces FS en collaboration avec les autorités sanitaires, sensibilise et forme les prestataires puis participe à la réalisation d'études.

2.1 L'appui à la contractualisation

La collaboration entre les MUSA et les FS est réglementée par des contrats qui définissent i) l'objet de la collaboration, ii) les engagements des parties contractantes, iii) puis les dispositions communes et particulières liées notamment à la sensibilisation, à la promotion des MUSA, au suivi, à la révision des contrats, à la gestion des litiges ...

Le médecin conseil intervient pour préparer les différentes étapes du processus de la contractualisation. Pour ce faire, il guide et conseille les élus des MUSA dans la rédaction du contenu des conventions et joue un rôle d'intermédiaire avec les autorités et FS dans le but de faciliter les démarches et échanges devant aboutir à la signature proprement dite des conventions.

2.2 Le suivi des prestations dans les formations sanitaires conventionnées

La base du travail du médecin conseil repose sur le suivi des prestations offertes aux bénéficiaires des MUSA. Les FS conventionnées adressent mensuellement aux MUSA des factures de prestations accompagnées des pièces justificatives (ordonnances, bulletins d'analyse...). Le médecin conseil :

- **Suggère** (en accord avec les autorités sanitaires) les protocoles à respecter pour la prise en charge des cas de maladies.
- **Analyse** mensuellement ou trimestriellement et dans les moindres détails les attestations de soins faisant l'objet de requêtes de remboursement. Il s'agit de faire une analyse critique du travail des prestataires de soins en vue de ressortir un certain nombre d'indicateurs en lien avec les soins accordés aux mutualistes (fréquences, coûts moyens, nombre de médicaments prescrits par ordonnance, ...). Ce qui permet de calculer des indicateurs et de faire des analyses qui vont nourrir les discussions au cours des différentes rencontres. En fonction de la taille des mutuelles qu'il couvre, le médecin conseil analysera la totalité ou un échantillon de ces attestations de soins. Ceci permet de s'assurer que les soins accordés aux mutualistes respectent les protocoles et s'inscrivent dans le cadre des conventions signées avec les Formations Sanitaires.
- **Autorise** le paiement des factures qui respectent strictement les termes des contrats qui lient les deux parties. Au cas où des prestations de soins ne respectent pas les conventions ou les protocoles de prise en charge, le médecin conseil rejette les requêtes de remboursement introduites et notifie aux prestataires l'objet de ces rejets.

Quand bien même le Médecin conseil effectue un sondage dans le cadre de l'analyse des prestations offertes, il accorde une attention particulière aux FS dont les coûts moyens sont supérieurs à la norme. Une analyse systématique de toutes les prestations offertes par cette dernière sera faite.

2.3 L'appui à la supervision

Le médecin conseil fait un plaidoyer afin d'obtenir l'autorisation de participer aux missions de supervision organisées par les autorités sanitaires dans les centres de santé conventionnés. Au cours de ces supervisions, le suivi des indicateurs et la mise en œuvre des recommandations formulées au cours des différentes rencontres sont faits

Au cours des différentes missions de supervision le médecin conseil répertorie i) les besoins en formations sur les thématiques devant favoriser une meilleure prise en charge sanitaire des mutualistes, ii) les besoins en termes de renforcement de la qualité des soins dans les Formations Sanitaires et recherche les possibilités d'organiser et d'obtenir les appuis nécessaires.

2.4 L'appui à l'organisation des réunions de cadre de concertation

Les réunions de cadre de concertation regroupent une fois tous les trimestres les MUSA et leurs structures d'appui d'une part, les Formations et autorités sanitaires de l'autre. C'est le lieu d'évaluer le respect des conventions par les différentes parties prenantes. Le médecin conseil, dans la préparation de ces réunions, négocie au préalable auprès des autorités sanitaires les bonnes dates de leur tenue afin de garantir la participation de tous. Il appuie ensuite l'organisation et l'animation de ces réunions. En tant que responsable du contrôle de la qualité des soins offerts aux mutualistes, il évalue le partenariat entre les deux parties prenantes afin de faire la lumière sur le chemin parcouru et de formuler les recommandations nécessaires pour améliorer la collaboration.

2.5 La formation

Au regard des besoins identifiés et hiérarchisés, le médecin conseil élabore un plan de formation. Il recherche ensuite auprès des partenaires les moyens humains et financiers pour sa réalisation. Une fois les moyens obtenus, il assure la facilitation des formations pour lesquelles il a les compétences. Pour le reste, on recherchera les compétences en étroite collaboration avec les autorités sanitaires.

Auprès des élus des mutuelles, le MC joue un rôle de Conseiller sur les contrôles les plus utiles à mettre en place : il forme et appuie les élus sur la stratégie et les formes de visites-contrôle qu'ils doivent réaliser aussi bien au niveau des prestataires de soins qu'au niveau des mutualistes

L'identification des thèmes de formation et leur préparation doit se faire en étroite collaboration avec les autorités sanitaires. Ceci facilitera l'obtention des autorisations nécessaires pour la participation des prestataires de soins.

2.6 La sensibilisation

L'action de sensibilisation du médecin conseil vise les prestataires de soins, les élus des MUSA et les populations. Pour ce faire :

- Il sensibilise les prestataires de soins sur les bonnes pratiques et les avantages à utiliser les protocoles de prise en charge médicale. Il cible les formations sanitaires dont les prestations ont présenté des carences à l'issue de l'analyse des requêtes. Il s'agit donc d'une sensibilisation couplée d'un renforcement des capacités en continu
- S'agissant des élus des MUSA, le médecin conseil les amène à appliquer les recommandations issues des différents cadres.
- La sensibilisation des populations se fait via les émissions radiophoniques au cours desquelles le MC explique aux populations les avantages d'appartenir à une mutuelle de santé. D'autres thèmes d'intérêt allant dans le sens de la préservation de la santé font l'objet de sensibilisation de la part du MC.

2.7 La réalisation d'études

Le MC dans l'exercice de ses fonctions participe à la définition des couples cotisation/prestation. Il est responsable du volet « coût moyen des prestations ». Pour ce faire, il élabore des outils qui lui permettent de collecter toutes les informations nécessaires sur le coût moyen des prestations à couvrir. Il recourt donc aux statistiques sanitaires, ou met en place des fiches de collecte dans les formations sanitaires où ces statistiques ne sont pas disponibles.

Il participe également à l'organisation et la réalisation des études de satisfaction et aux différentes évaluations. Les études de satisfaction permettent périodiquement de mesurer, en vue de son amélioration, le niveau de satisfaction des mutualistes par rapport aux services qui leur sont rendus.



3. AUTRES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA QUALITÉ DES SOINS

D'autres acteurs sont impliqués dans le suivi de la qualité des soins offerts aux mutualistes. Il s'agit aussi bien des acteurs qui se situent au niveau de l'offre des soins de santé que ceux au niveau de la demande.

3.1 Acteurs de l'offre des soins de santé et leurs rôles :

3.1.1 LES PRESTATAIRES DE SOINS :

Le rôle des prestataires repose essentiellement sur l'offre des soins et services de santé de qualité aux populations. Les déterminants de la qualité se rapportent à l'accessibilité, la compétence professionnelle, la continuité des soins, les relations interpersonnelles, l'efficacité et l'efficience des soins.

- L'accueil des patients dans la formation sanitaire doit être irréprochable. Les prestataires doivent :
 - ✓ vérifier que les patients bénéficient d'une place assise,
 - ✓ agir avec douceur envers les malades,
 - ✓ prêter attention à leurs plaintes,
 - ✓ faire en sorte que les attentes soient les moins longues possibles,
 - ✓ s'assurer que l'ordre d'arrivée est respecté à gravité égale,
 - ✓ Le malade doit être informé sur les raisons de l'attente avant les soins, sur sa maladie, sur les perspectives de guérison, sur les tarifs et les rendez-vous.
- La délivrance des médicaments : le prestataire devra prescrire et/ou délivrer aux malades mutualistes des médicaments et consommables conformément aux clauses de la convention entre MUSA et FS.
- La facilitation du suivi et de l'évaluation du fonctionnement du système d'assurance : le prestataire mettra à disposition du médecin conseil des mutuelles, les informations nécessaires au suivi, y compris celles concernant les non mutualistes.

Les soins délivrés aux patients doivent être faits dans le respect rigoureux des protocoles et guides d'utilisation.

3.1.2 LES ORGANES D'ADMINISTRATION ET DE COGESTION DES FS

Les organes de cogestion des Formations sanitaires interviennent dans la signature des conventions, le fonctionnement efficace des FS, l'intermédiation et les activités promotionnelles.

- ✓ La signature des conventions : le Président du Comité de gestion de la FS cosigne la convention avec les mutuelles de santé et participe à la mise en œuvre des recommandations issues des cadres de concertation.

- ✓ La participation au fonctionnement efficace des FS : les membres des organes d'administration et de cogestion font un plaidoyer pour le déploiement d'un personnel de qualité ; ils contribuent à un approvisionnement efficient en stocks de médicaments, matériel médical et produits de laboratoire.
- ✓ L'intermédiation entre la FS et la population : ils fournissent à la population les informations nécessaires pour accéder facilement à des soins de santé de qualité. Ils contribuent au règlement des conflits et assurent le contrôle social.
- ✓ La participation à la réalisation des activités promotionnelles en matière de santé dans les communautés

3.1.3 LES AUTORITÉS SANITAIRES

Au même titre que les organes de cogestion, les autorités sanitaires cosignent les conventions entre les MUSA et FS. À ce titre, ils interviennent dans la gestion de la collaboration et participent à l'arbitrage des conflits entre mutuelles et FS de leur aire de responsabilité. Ils facilitent donc les débats au cours de ces réunions de cadres de concertation et contribuent à la formulation et au suivi des recommandations qui y sont issues.

Par rapport à la supervision et au renforcement des capacités les autorités sanitaires valident les besoins en renforcement de capacités identifiés par le médecin conseil et participent activement à l'organisation et au déroulement des sessions de formations.

Les autorités sanitaires constituent le premier niveau après lesquelles les MUSA et organes de cogestion des FS font des plaidoyers afin que du personnel de qualité soit déployé.

3.2 Acteurs de la demande : les mutuelles de santé et leurs unions

Le Conseil d'Administration des mutuelles et/ou l'Union des mutuelles sont responsables de la contractualisation avec les Formations sanitaires. Le Président du CA de l'Union (là où il y en a) signe au nom de toutes les MUSA membres, la convention avec les FS. Dans le cas où ces mutuelles ne sont pas en réseau, cette responsabilité revient au Président du CA de la MUSA.

Les CA des MUSA ont également la responsabilité de proposer des couples cotisations/prestations des soins à offrir aux membres : l'équipe technique, dont le médecin conseil, collecte les informations nécessaires pour proposer aux élus des couples cotisation/prestations. Le rôle des élus dans ce processus est de donner des indications sur les prestations les plus importantes à prendre en charge et aussi sur la barrière psychologique à ne pas dépasser en matière de cotisations. Ils diffusent ensuite le contenu des couples cotisation/prestations proposés à la base afin de recueillir leur avis. Une fois adopté en Assemblée Générale, le nouveau couple cotisation prestations est spécifié dans les textes fondamentaux des mutuelles et les conventions.

La prise en charge des mutualistes se fait sur la base du tiers payant. Les prestataires de soins adressent mensuellement aux mutuelles des factures pour les soins consommés par leurs bénéficiaires. Les Gérants des mutuelles collectent tous les mois les factures et autres requêtes de remboursement accompagnées

des attestations de soins qu'elles transmettent au médecin conseil pour analyse et autorisation de paiement. Après analyse, le médecin conseil donne son quitus pour le remboursement des prestations de soins qui respectent les conventions. Le remboursement proprement dit est autorisé par le CA.

Les mutuelles ont également la responsabilité :

- de la création et l'animation des cadres et mini cadres de concertations avec l'appui du médecin conseil
- de la mise en œuvre des recommandations issues du suivi du médecin conseil et des réunions de cadres de concertations
- du contrôle social : les MUSA et Unions mettent en place un dispositif qui permette de remonter les plaintes des mutualistes vis-à-vis des prestations offertes. Ces plaintes sont traitées par les organes au cours de leurs réunions ordinaires et au besoin au cours des réunions de cadre de concertation.
- de la sensibilisation des mutualistes sur les comportements favorables au maintien d'un bon état de santé (maladies évitables et actions de prévention)
- du plaidoyer auprès des autorités sanitaires en vue d'améliorer la qualité des soins dans les formations sanitaires conventionnées.

Pour éviter une trop grande manipulation des espèces, les prestations sont remboursées par virement de compte à compte. Par ailleurs, les mutuelles doivent veiller à ce que les remboursements des prestations aux FS se fassent dans les délais prévus par les conventions.

3.3 Les structures d'appui

Elles assurent un appui technique et un accompagnement des MUSA dans la gestion du risque. Cette fonction, dans un processus de désengagement progressif, doit être transférée aux Unions des MUSA.

Les structures d'appui, par rapport à l'aspect qualité des soins participent à :

- ✓ la formation des élus et des prestataires de soins sur les thématiques MUSA,
- ✓ l'appui à l'animation du cadre de concertation et au suivi des recommandations qui y sont issues,
- ✓ au recrutement et au renforcement des capacités du médecin conseil sur la thématique MUSA.



4. OUTILS DE TRAVAIL DU MÉDECIN CONSEIL

Dans la réalisation de sa mission, le médecin conseil utilise et/ou a recours à un ensemble de d'outils. Ce matériau est constitué :

- ✓ des attestations de soins
- ✓ des factures des formations sanitaires
- ✓ des protocoles de prise en charge
- ✓ des fiches de remboursement de soins
- ✓ du tableau de suivi des prestations

Les FS ont des outils propres (notamment les ordonnances). Au cas où ces outils ne correspondent pas aux besoins d'information des MUSA, ces dernières doivent les mettre à disposition et former les prestataires de soins à leur utilisation.

4.1 L'ordinogramme et les protocoles de prise en charge

Un ordinogramme est un outil de travail qui permet à un agent de santé, face à une situation déterminée (plainte du malade) de prendre (de façon reproductible) une décision diagnostique, thérapeutique ou de référence

Les protocoles de prise en charge sont des normes fixées au niveau central et qui permettent d'harmoniser le traitement administré pour un même mal.

Ces deux outils servent de guide dans la prise en charge des patients. Le médecin conseil s'assure que les prises en charge dont il reçoit les attestations sont faites dans le respect des protocoles et/ou de l'ordinogramme.

4.2 L'attestation de soins

L'attestation de soin est l'outil sur lequel le MC se base pour apprécier le traitement qui a été administré au patient mutualiste. Il s'agit de la souche de l'ordonnance faite par le prestataire de soins. Il est produit en 3 exemplaires : le premier destiné au patient, le second devant accompagner la facture adressée à la mutuelle pour justifier les montants de remboursements demandés. Le dernier feuillet de l'attestation de soins (la souche) reste à la formation sanitaire (document en annexe1).

L'attestation de soins doit être bien remplie par le prestataire. Il renseignera toutes les informations.

Lorsque l'attestation de soins est mal remplie, le Médecin conseil a du mal à donner un avis objectif sur le traitement qui a été administré. Il insistera donc auprès des prestataires afin que toutes les informations soient renseignées pour tous les patients mutualistes reçus dans les FS

4.3 La facture de la formation sanitaire

C'est la demande de remboursement adressée par la FS à la MUSA. Il s'agit d'un récapitulatif des montants des soins accordés aux mutualistes. Pour chaque mutualiste reçu, la Formation sanitaires (qui demande le remboursement) renseigne le montant total de la prestation, le montant payé par le bénéficiaire (franchise et/ou ticket modérateur) et enfin de la part à rembourser par la mutuelle (document en annexe 2)

4.4 La fiche de remboursement de soins

La fiche de demande de remboursement de soins est la requête adressée par le mutualiste pour des soins entièrement payés par lui. (Document en annexe 3)

Même dans un système de tiers payant, il arrive des situations extrêmes où le mutualiste est obligé de payer la totalité des soins reçus. A titre d'exemple on pourra citer la situation où un mutualiste est amené à payer entièrement sa prestation parce que le prestataire, nouvellement affecté dans la FS dit ne pas savoir comment le système fonctionne.

Dans ce cas, une requête est adressée à la mutuelle qui la transmet au MC pour analyse et avis sur le montant à rembourser au regard des services couverts.

4.5 Le tableau de suivi des prestations

C'est un outil qui présente la photographie de chaque FS en matière de prise en charge des mutualistes (document en annexe 4). Il est le récapitulatif mensuel du coût des soins administrés aux mutualistes.

La mutuelle doit limiter au maximum les situations de remboursements directs qui peuvent être sources de fraudes.



5

5. INDICATEUR DE SUIVI DU MÉDECIN CONSEIL

Les données issues de l'analyse des attestations de soins et du tableau de suivi des prestations permettent au médecin conseil de calculer des indicateurs. Leur analyse longitudinale (évolution des indicateurs de la même formation sanitaire sur plusieurs mois et d'une année à l'autre) et transversale (comparaison des indicateurs de différentes formations sanitaires avec celles retenues lors de la fixation du montant de la cotisation mais aussi comparaison pour une même période des indicateurs entre différentes formations sanitaires du même niveau). Les principaux indicateurs de suivi, leur mode de calcul et leur utilité sont résumés dans le tableau ci-après :

Les indicateurs de suivi du Médecin conseil

Indicateurs de suivi	Mode de calcul	Sources d'information	Normes	Utilité
Taux d'utilisation des services	Nombre de nouveaux cas de maladie enregistré pendant une période ----- Nombre de bénéficiaires de la période	Tableau de suivi de prestation Liste des bénéficiaires de la période	Norme : ≤100%	Suivi de la consommation des soins par les bénéficiaires (y a-t-il des abus ?)
Le taux de sinistralité	Montant payé pour les prestations sur une période ----- Montant de la cotisation acquise de la même période	Tableau de bord des mutuelles de santé	Norme : ≤70%	Suivre la part des cotisations qui est utilisé pour payer les prestations
Le taux de prescription rationnelle	Le nombre d'ordonnances conforme aux ordigrammes/protocoles et normes nationaux sur une période ----- Nombre total d'ordonnances de la période	Attestations de soins	Norme : 80%	Apprécier la qualité des soins offerts aux bénéficiaires des mutuelles
Le nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance	Le nombre total de médicaments prescrits sur une période ----- Nombre total d'ordonnances de la période	Attestations de soins	Norme : 3	
Taux de médicaments injectables prescrits	Le nombre total de médicaments injectables prescrits ----- Nombre total de médicaments prescrits sur la période	Attestations de soins	Norme : ≤ 33% du total des médicaments prescrits	Apprécier la qualité des soins offerts aux bénéficiaires des mutuelles et surtout le suivi de la surprescription
Coût moyen des prestations	Montant total payé pour les prestations sur une période ----- Nombre de cas de maladies de la période	Tableau de suivi de prestation	Norme : ≤ à la prime technique	Suivre le montant moyen des prestations en le comparant à la prime technique. Cet indicateur sera également calculé par prestation (Accouchements, soins curatifs, pédiatrie...)

L'utilisation de certains médicaments fera l'objet d'une attention particulière (antibiotiques, antalgiques, corticoïdes) dans le calcul du taux des prescriptions rationnelles



6. QUELQUES RÉSULTATS OBTENUS

6.1 Collaboration entre MUSA et les prestataires.

De par leur position d'« assureur la qualité des soins offerts aux mutualistes », les Médecins Conseils ont travaillé à asseoir une bonne collaboration entre l'offre et la demande des soins. Les plaintes de chacune des parties (prestataires et mutuelles) sont gérées par les MC au cours des réunions de cadre de concertation. Le rôle de coordination de toutes ces actions a permis de favoriser et de renforcer le climat de confiance et de collaboration entre les MUSA et les formations sanitaires.

6.2 Renforcement des capacités des Elus MUSA

Les élus des mutuelles n'ayant pas de compétences pour donner un avis médical sur les prestations offertes aux bénéficiaires reçoivent du MC un appui conseil. Il aide à préparer les réunions de cadre de concertation et ce faisant leur transfèrent les capacités afin qu'ils soient des interlocuteurs capables de défendre leurs intérêts.

6.3 Amélioration de la qualité des soins :

6.3.1 L'ACCUEIL

La plupart des plaintes exprimées par les bénéficiaires des mutuelles de santé sont relatives à l'accueil dans les formations sanitaires. La notion d'accueil étant difficile à cerner et à évaluer, les Médecins Conseils des mutuelles ont défini une stratégie de gestion de ces plaintes en 3 points :

- 1) Investiguer pour connaître la vraie cause de la plainte. Dans cette démarche, il se fait aider par les élus et/ou CMB.
- 2) Quand le problème d'accueil est avéré, en fonction de l'urgence, le MC se déplace immédiatement dans la FS ou saisit l'occasion de sa tournée de supervision pour rencontrer le prestataire en cause afin d'échanger sur la plainte reçue.
- 3) En cas de récurrence, remonter le problème au niveau des autorités sanitaires et en discuter au cours de la réunion de cadre de concertation.

A travers le travail de proximité réalisé par le MC auprès des prestataires de soins au cours des supervisions, un changement de comportement est amorcé et peut aboutir à l'amélioration de l'accueil dans les FS.

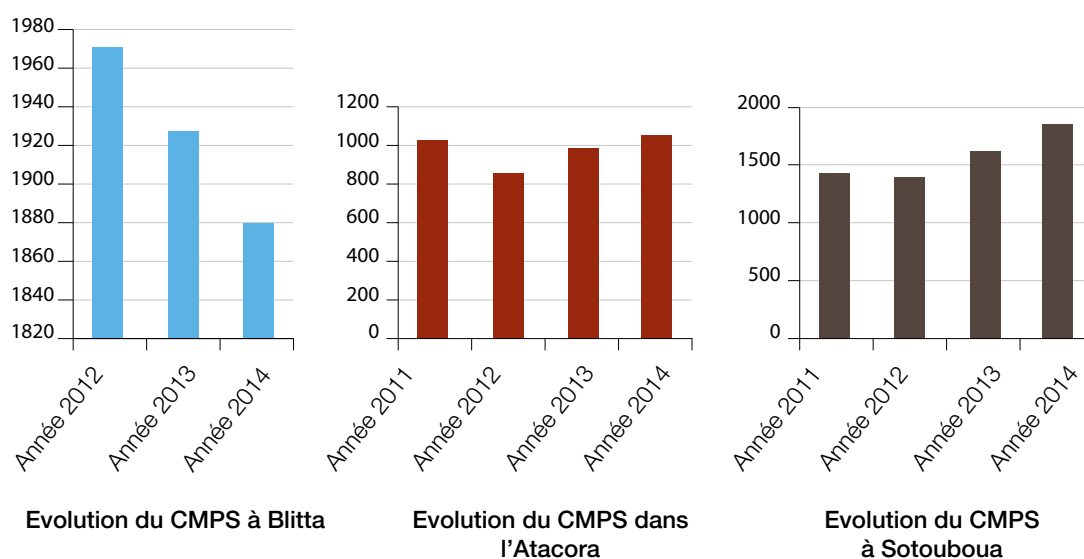
Il arrive parfois que le suivi du Médecin conseil ait un effet contraire que celui espéré sur le bon accueil des bénéficiaires mutualistes. Les prestataires de soins qui estiment que le MC est « très exigeant » répercutent parfois leur ressenti sur les mutualistes qui viennent aux soins

6.3.2 INDICATEURS DE SUIVI

L'analyse des attestations de soins, les supervisions et les formations permettent d'améliorer la prise en charge sanitaire des bénéficiaires. Il en découle une meilleure utilisation des ordinogrammes et protocoles et donc un impact positif sur les indicateurs de suivi.

> Maîtrise des Coûts Moyen des prestations de soins (CMPS)

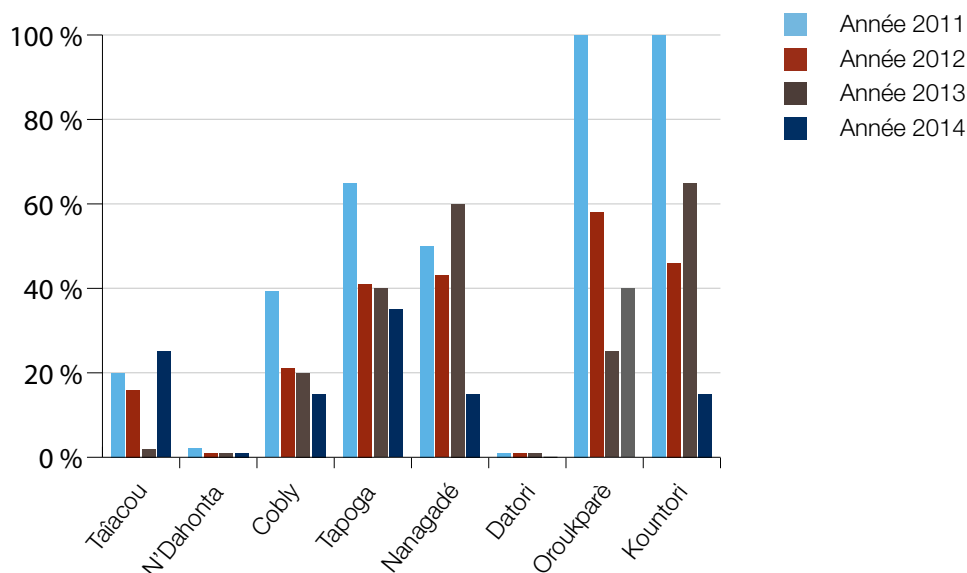
Les graphiques ci-dessous permettent d'illustrer les résultats obtenus grâce au suivi du Médecin conseil.



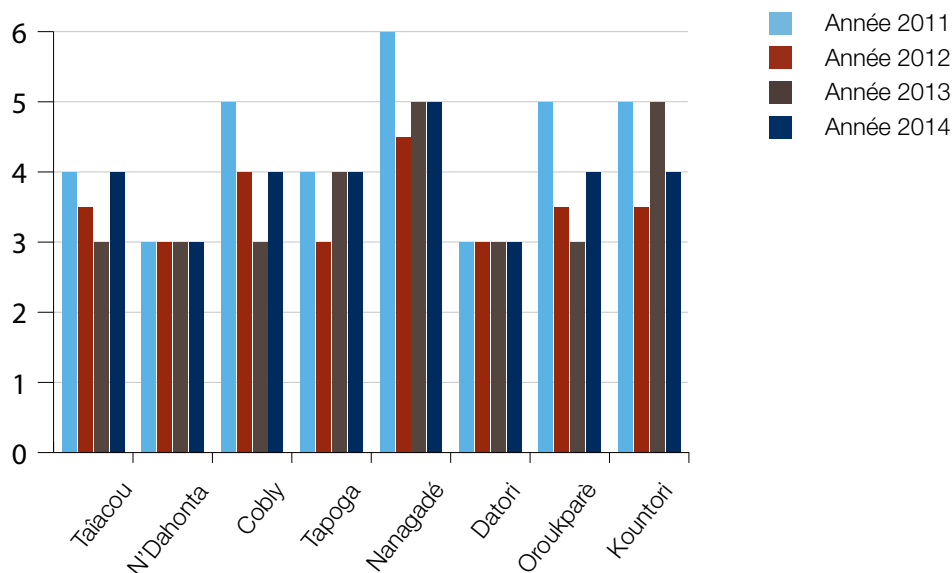
- Dans une nouvelle mutuelle (comme c'est le cas à Blitta), les CMPS sont souvent élevés au démarrage des prestations. Le travail du MC participe à les ramener dans des proportions acceptables
- Pour des mutuelles ayant plus de 3 ans d'existence, le travail de suivi et d'appui auprès des prestataires des soins réalisé par le MC permet plutôt de maintenir les coûts moyens à des niveaux jugés acceptables (cas de l'Atacora).
- Il peut arriver, comme c'est le cas à Sotouboua, que les CMPS croissent. La rotation du personnel médical (avec l'injection dans le système, de nouveaux prestataires n'ayant pas de connaissances sur les ordinogrammes et protocoles de prise en charge, ni sur le fonctionnement des mutuelles de santé) en est souvent la cause.

> Autres indicateurs : Nombre de médicaments prescrits par ordonnance

L'évolution du nombre de médicaments prescrits par ordonnances le nombre d'injectables prescrits par ordonnance suivent les mêmes tendances que celles des CMPS.



Evolution de la proportion d'injectables prescrits par ordonnances dans les FS de l'Atacora



Evolution du nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnances dans les FS de l'Atacora

Tout comme pour les CMPS, les tendances à la hausse sont, pour la plupart des cas, dues aux prescriptions de nouveaux prestataires de soins.



7. RÉFLEXIONS PORTÉES SUR LES PRATIQUES

Malgré les progrès réalisés en matière de la qualité des soins grâce au travail du MC, il existe toujours des difficultés qui suscitent réflexions.

7.1 Par rapport aux objectifs

Objectifs	Difficultés susceptibles de freiner la réalisation des objectifs	Sujets de réflexion
Amélioration de la qualité des soins	- Ruptures parfois fréquentes de stocks de médicaments dans les formations sanitaires conventionnées - Refus de certains prestataires de respecter les normes de prescription - Utilisation abusive des injectables pour des raisons de « rentabilité » des FS - Instabilité et absence d'agents qualifiés dans certains centres - Vente illicite de médicaments par certains prestataires de soins.	Comment amener les autorités sanitaires à exercer un contrôle strict sur la qualité des soins dispensés dans les FS ?
Amélioration de la collaboration entre MUSA et Prestataires	- Persistance du mauvais accueil dans certains centres de santé - la faible implication des autorités sanitaires dans l'atteinte des objectifs fixés de commun accord - faible implication de certains élus des MUSA dans le dialogue avec les acteurs de l'offre de soins.	Les prestataires de soins accueillent favorablement la mise en place des MUSA qui leur assure une meilleure fréquentation, ce qui améliore les revenus des MUSA. Pourquoi par la suite s'adonnent-ils à des pratiques qui ont pour conséquence de faire perdre aux MUSA leurs bénéficiaires ?

7.2 Par rapport au processus

Processus	Difficultés susceptibles de freiner la réalisation des objectifs	Sujets de réflexion
Prise en charge des bénéficiaires et supervision	- Indisponibilité des prestataires qui préfèrent donner la priorité aux activités liés à des programmes (ateliers de formation ou supervisions liés à ces programmes), laissant la prise en charge des patients aux aides-soignants peu ou pas du tout qualifiés.	Que faire pour stabiliser le personnel soignant afin qu'ils consacrent plus de temps à la prise en charge des patients ?
Suivi des prestations	- Mauvais remplissage des supports par certains prestataires (surtout les aides-soignants) - Sur place il n'y a pas de possibilités de formations au métier de Médecin conseil	Les MC n'ont pas de référence, ils construisent leur propre expérience. Stratégie efficace ?
Contractualisation	- Difficulté de contractualisation avec les centres confessionnels : beaucoup de Formations sanitaires refusent de contractualiser avec les mutuelles. Pour celles qui acceptent, la collaboration est souvent difficile quand bien même les mutuelles n'ont pas d'impayés vis-à-vis d'aucun centre de santé ?	Pour quelle raison les Centres de santé confessionnels font-ils si peu confiance aux initiatives qui permettent notamment aux plus pauvres d'accéder aux soins (ce qui était à l'origine justement de la mise en place de ces FS) ?

7.3 Par rapport aux acteurs et leur rôle

Acteurs	Insuffisances constatées	Sujets de réflexion
Les prestataires de soins	- Non utilisation des normes de prescription - Mauvais accueil dans certaines formations sanitaires - Fréquentes ruptures de stocks de médicaments - Faible implication dans la promotion des MUSA	
Les organes communautaires de gestion des FS	- Beaucoup de ces organes communautaires (COGES, Conseils d'Administrations, COSAN...) sont non fonctionnels - Incompétence des membres de ces organes	Quel rôle devrait jouer les MUSA dans la redynamisation de ces organes ? Doivent-elles être membres actifs ?
Autorités sanitaire ; Equipe cadre du district et de région	- Faible intérêt des équipes cadres pour le processus mutualiste malgré leur implication à différents niveaux. Ils sont souvent peu disponibles. - Le monitoring des prescriptions n'est pas réalisé pour permettre l'amélioration de la prise en charge des patients.	
Elus MUSA	- Faiblesses dans mise en œuvre des recommandations du MC - Faiblesses dans le suivi des recommandations des réunions de cadre de concertation	
Mutualistes	- Surconsommations constatées par endroit - Sélection adverse - Fraudes et tentatives de fraudes	- Le travail de sensibilisation réalisé pour amener les mutualistes à se reconnaître propriétaires de leur MUSA est-il suffisant ?



8. LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS

Le travail réalisé par les Médecins Conseils contribue au renforcement des capacités des prestataires de soins et à l'amélioration de la qualité des soins.

Il n'y a pas d'acquis en matière de suivi de la qualité des soins. Le moindre changement (affectation ou départ à la retraite du personnel) peut remettre en cause les avancées réalisées. Le Médecin conseil doit donc être attentif et minutieux dans son analyse en tout moment.

Pour une meilleure traçabilité des remboursements aux soins et pour limiter les ventes parallèles des médicaments aux bénéficiaires, il est important d'effectuer les remboursements par virement/Dépôt sur le compte en banque de la Formation Sanitaire bénéficiaire.

9. ANNEXES

Annexe 1 : Attestation de soins

[illegible]

Annexe 2 : Facture de la formation sanitaire

FACTURE					
Centre de santé.....					
A la Mutuelle de santé					
Date					
Numéro de la facture					
Période de couverture					
Date	Code Bénéficiaire	Nature de la prestation	Coût total des prestations	Montant payé par le bénéficiaire	Montant payé par la mutuelle
TOTAL					
Arrêté la présente facture à la somme de					
Nom et signature du prestataire					

Annexe 3 : Fiche de remboursements de soins

FICHE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Date

Numéro, Nom et Prénoms de l'adhérent

Code, Nom et Prénoms du bénéficiaire
.....

Nature du soin

Centre de santé ayant soigné le patient

Coût total dépensé par le mutualiste (FCFA)

Dépenses non prises en charge par la mutuelle (FCFA)

Ticket modérateur %

Coût du ticket modérateur (FCFA)

Montant à payer par la mutuelle (FCFA)

Signature du demandeur

Visa du MC

Visa du Gérant

Annexe 4 : Tableau de suivi des prestations

Formation Sanitaire N°1													
SERVICES		MOIS											
		Janv	Fev	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Aout	Sept	Oct	Nov	Dec
Service 1	Nbre												
	Coût total												
	Coût Moy												
Service 2	Nbre												
	Coût total												
	Coût Moy												
Service 3	Nbre												
	Coût total												
	Coût Moy												
Service 4	Nbre												
	Coût total												
	Coût Moy												
Nbre total (tous services)													
Coût total													
Coût moyen général													
TOTAL													

