



USAID
DON DU PEUPLE AMERICAIN



Partners for Health Reformplus

Déterminants de la Stabilité Financière des Mutuelles de Santé : Une Etude Menée dans la Région de Thiès du Sénégal

Septembre 2005

Préparé par:

Chris Atim, PhD
Consultant
Abt Associates Inc.

François Diop, PhD
Abt Associates Inc.

Sara Bennett, PhD
Abt Associates Inc.

Ce document a été produit par PHRplus et financé par l'Agence Américaine pour le Développement Internationale (USAID) sous le numéro de projet 936-5974.13, No de contrat HRN-C-00-00-00019-00, et fait partie du domaine public. Les idées et opinions dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas obligatoirement celles de USAID ou de ses employés. Les parties intéressées peuvent utiliser ce rapport en partie ou dans sa totalité, mais doivent conserver l'intégrité de ce rapport et ne doivent pas fausser les résultats ou présenter ce travail comme leur appartenant. Ce document, ainsi que les autres documents HFS, PHR, et PHRplus peuvent être consultés et téléchargés sur le site Internet du projet. www.phrplus.org.



Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600 ■ Bethesda, Maryland 20814
Tel: 301/913-0500 ■ Fax: 301/652-3916

En collaboration avec :

Development Associates, Inc. ■ Emory University Rollins School of Public Health ■ Philoxenia International Travel, Inc. ■ PATH ■ Social Sectors Development Strategies, Inc. ■ Training Resources Group ■ Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine ■ University Research Co., LLC.

Order No TE 081F



Mission

Partners for Health Reformplus (PHRplus) est un des projets phares de USAID en matière de politique de santé et de renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement et en transition. Ce projet, d'une durée de 5 ans (2000-2005), est fondé sur le précédent projet Partnerships for Health Reform Project (PHR), et poursuit les activités de PHR dans le domaine de la politique, du financement et de l'organisation de la santé, avec une emphase nouvelle sur la participation communautaire, la surveillance des maladies infectieuses, et les systèmes d'information qui soutiennent la gestion et l'offre de services de santé appropriés. PHRplus cible les résultats suivants :

- ▲ *Mise en place de réformes du système de santé appropriées.*
- ▲ *Systèmes de financement de la santé plus équitables et plus viables.*
- ▲ *Développement et implantation de systèmes d'information en santé pour la surveillance des maladies.*
- ▲ *Offre de soins de qualité fournie par les travailleurs de la santé.*

Septembre 2005

Disponibilité et bon usage des produits de santé. Citation recommandée

Atim, Chris, François Diop, et Sara Bennett. Septembre 2005]. *Déterminants de la Stabilité Financière des Mutuelles de Santé : Une Etude Menée dans la Région de Thiès du Sénégal*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce rapport, contacter le Centre de Ressource PHRplus à PHR-InfoCenter@abtassoc ou consulter le site Internet www.phrplus.org

Contract/Project No.: HRN-C-00-00-00019-00

Submitted to: USAID/Sénégal

and: Karen Cavanaugh, CTO
Health Systems Division
Office of Health, Infectious Disease and Nutrition
Center for Population, Health and Nutrition
Bureau for Global Programs, Field Support and Research
United States Agency for International Development

Résumé

La viabilité financière des mutuelles de santé basées sur la communauté a été débattue dans la littérature, étant données les inquiétudes que la faiblesse des tailles de pools de mise en commun des risques, l'adhésion volontaire et les faiblesses dans la gestion financière pourraient compromettre les mutuelles. La recherche qui fait l'objet de ce rapport a consisté à mener une investigation sur les facteurs déterminants qui influent sur la stabilité financière des mutuelles de la santé dans la région de Thiès au Sénégal. L'étude a compris une composante basée sur une enquête auprès des ménages, une composante sur les mutuelles de santé, et une composante sur les prestataires de soins ; l'étude a inclus les vingt sept (27) mutuelles de santé de la région de Thiès qui ont été totalement fonctionnelles depuis deux ans au moins. Malgré l'augmentation du nombre de membres et de bénéficiaires des mutuelles de santé durant les quatre dernières années, les performances financières des mutuelles ont été dans l'ensemble faibles. Les principaux facteurs pouvant expliquer cette faible performance ont été : des problèmes de sélection adverse, un faible taux de recouvrement des cotisations, des prêts non remboursés (en particulier pour des dépenses au niveau de l'hôpital), des changements fréquents dans les paquets de bénéfices sans des modifications concomitantes des cotisations, et une utilisation limitée des outils de gestion financière. En vue de promouvoir la stabilité financière des mutuelles de santé, un soutien plus important est nécessaire lors de la conception des mutuelles de santé, mais plus particulièrement pour renforcer la gestion des mutuelles de santé. La réassurance, qui contribue à la protection contre les risques aléatoires, peut jouer un rôle à l'avenir, mais dans l'immédiat l'attention devrait être portée sur une gestion financière plus rigoureuse des mutuelles de santé.

Table des Matières

Acronymes.....	xi
Remerciements	xiii
Résumé Analytique	xv
1. Introduction et Objectifs de l'Etude	1
1.1 Cadre général.....	1
1.2 Objectifs et justification de la recherche	3
1.3 Contexte du pays	3
1.3.1 Organisation et financement du système de santé du Sénégal.....	4
1.3.2 Développement des Mutuelles.....	6
1.4 Définitions, cadre analytique et questions de recherche.....	8
1.4.1 Définitions et cadre analytique	8
1.4.2 Questions de recherche	9
2. Méthodologie	11
2.1 Echantillonnage pour l'enquête auprès des mutuelles.....	11
2.2 Echantillonnage pour l'enquête auprès des prestataires	12
2.3 Collecte de données, traitement et analyse	13
3. Stabilité Financière des Mutuelles de Santé dans la Région de Thiès.....	15
3.1 Stratification des mutuelles selon les performances financières	15
3.2 Taille des mutuelles et performances financières.....	16
3.3 Fonds de réserve	18
3.3.1 Formation des fonds de réserves.....	18
3.3.2 Adéquation des fonds de réserve	19
4. Conception des Mutuelles	21
4.1 Collecte d'information pour la conception des mutuelles de santé	21
4.2 Paramètres fondamentaux de la conception	23
4.2.1 Cotisations	23
4.2.2 Services/Paquets de bénéfiques	24
4.2.3 Mesures de gestion des risques financiers	26
5. Gestion des Mutuelles	27
5.1 Mécanismes de collecte des cotisations, périodicité, arriérés et taux de recouvrement	27
5.2 Prêts, dettes et recouvrement des dettes	30
5.2.1 Services non couverts par une assurance maladie et leur influence sur la performance .	
.....	30

5.2.2 Prêts pour soins médicaux des mutuelles à leurs membres	31
5.2.3 Prêts pour activités génératrices de revenus et moustiquaires	34
5.2.4 Mécanisme pour réduire ou absorber l'impact des créances irrécouvrables	34
5.2.5 Dettes contractées auprès de prestataires de soins.....	35
5.3 Qualifications, compétences en gestion, structures des mutuelles	35
5.4 Marketing et promotion.....	36
5.5 Gestion financière des mutuelles.....	38
5.5.1 Impact de l'utilisation par les mutuelles des instruments gestion financière sur la performance financière	39
5.6 Rémunération et bénévolat	40
5.7 Mauvaise gestion et détournement	41
6. Environnement des Prestataires de Soins.....	43
6.1 Introduction	43
6.2 Pratiques cliniques/prescriptions et comportement des prestataires.....	43
6.2.1 Disponibilité des médicaments	43
6.2.2 Rôle des prestataires comme conseillers d'éventuels membres des mutuelles.....	44
6.3 Relations financières entre prestataire et mutuelle	45
6.3.1 Tarifs des prestataires	45
6.3.2 Mode de paiement des prestataires	45
6.3.3 Chiffre d'affaires des prestataires tirés des mutuelles	46
7. Caractéristiques des Mutualistes et Comportement des Bénéficiaires	49
7.1 Adhésion des ménages et profil de risqué	49
7.2 Capacité de prépayer et régularité des cotisations.....	51
7.3 Utilisation des services de santé	54
7.4 Prêts et remboursement des dettes.....	55
8. Conclusions sur la Stabilité Financière	57
8.1 Sélection adverse	57
8.2 Faiblesses dans la gestion financière des mutuelles	58
8.2.1 Faible taux de recouvrement des cotisations	58
8.2.2 Prêts pour les services hospitaliers et autres genres de prêts.....	59
8.2.3 Changements des paquets de bénéfices offerts.....	59
8.3 Instruments de gestion financière et formation	59
8.4 Facteurs n'ayant pas eu d'incidence sur la performance financière	60
9. Recommandations	61
Annexe A: Ruptures de Stock des Médicaments.....	63
Annexe B: Evolution des Tarifs des Prestataires.....	65
Annexe C: Références	67

Liste des Tableaux

Tableau 1.1 : Quelques indicateurs nationaux et d'indicateurs sur le système sanitaire en 2002.....	4
Tableau 1.2 : Structure du système de prestation de services de santé au Sénégal.....	4
Tableau 1.3 : Inventaire des Mutuelles au Sénégal de 1997 à 2003	7
Tableau 2.1 : Stratégie d'échantillonnage pour Mutuelles.....	12
Tableau 2.2 : Stratégie d'échantillonnage pour les prestataires de soins de santé	13
Tableau 3.1 : Nombre moyen des membres et des bénéficiaires selon la performance financière de la mutuelle.	18
Tableau 3.2 : Compte de Fonds de réserves.....	18
Tableau 3.3 : Comment le fonds de réserve a été alimenté.....	19
Tableau 3.4 : Evolution des comptes de fonds de réserves de 2000 à 2004	20
Tableau 4.1 : Méthodes de compilation d'information pour déterminer les paramètres initiaux (cotisations, services offerts, etc.)	22
Tableau 4.2 : Proportion de mutuelles ayant effectué une étude de faisabilité et performances financières	23
Tableau 4.3 : Comment les montants des cotisations ont été fixés au démarrage	23
Tableau 4.4 : Nombre de modifications des cotisations de 2000 à 2003 et les raisons avancées pour les justifier.....	24
Tableau 4.5 : Services médicaux pris en charte par les mutuelles au démarrage du projet et présentement : couverture et différence des mutuelles	25
Tableau 4.6 : Mutuelles ayant adopté des pratiques de gestion de risques au moment de la conception de la mutuelle	26
Tableau 5.1 : Périodicité de la collecte des cotisations.....	27
Tableau 5.2 : Taux de recouvrement des cotisations selon la performance financière et l'année	28
Tableau 5.3 : Méthodes utilisées pour la collecte des cotisations.....	29
Tableau 5.4 : Services offerts par les mutuelles de santé et non couverts par l'assurance-maladie et performance financière de la mutuelle.....	30
Tableau 5.5 : Taux moyen de recouvrement des prêts médicaux par mutuelle pour la période allant de 2000 à 2004	32
Tableau 5.6: Total de la dette issue de prêts, en pourcentage par rapport aux dépenses totales annuelles. 33	
Tableau 5.7: Dettes résultant des prêts médicaux consentis aux membres par la mutuelle, pour une durée de 6 mois, 1 an et plus d'un an.....	33
Tableau 5.8 : Mécanismes utilisés par les mutuelles pour absorber ou réduire l'impact des mauvaises dettes.....	35
Tableau 5.9 : Niveau d'instruction des gestionnaires	36
Tableau 5.10 : Formation en gestion et fonctionnement des mutuelles de la santé	36
Tableau 5.11 : Marketing et activités de promotion des mutuelles.....	37
Tableau 5.12: Médias et canaux utilisés pour le marketing, l'animation et la sensibilisation	37
Tableau 5.13 : Instruments de gestion et d'administration utilisés	38
Tableau 5.14 : Eléments pris en compte lors de l'élaboration du budget	39
Tableau 5.15 : Pourcentage des mutuelles qui utilisent les instruments de gestion financière selon la catégorie de performance financière.....	40

Tableau 5.16 : Rémunération des gestionnaires.....	41
Tableau 5.17 : Rémunération des délégués de zone et d'autres personnes.....	41
Tableau 5.18 : Cas signalés de fraudes et d'abus et de détournement de fonds.....	42
Tableau 6.1 : Le personnel des structures prestataires de service donne des conseils/informations sur les avantages de la mutuelle.....	45
Tableau 6.2 : Modes de paiement des prestataires – Postes et centres de santé.....	46
Tableau 6.3 : Revenu tiré des mutuelles en pourcentage du revenu total du prestataire.....	47
Tableau 7.1 : Capacité de payer Incidence des cotisations sur les ménages membres des mutuelles de santé de la région de Thiès : (Ménages qui sont membres).....	52
Tableau 7.2 : Résultats de l'analyse de régression : régularité des cotisations au niveau des noyaux familiaux qui sont membres des mutuelles dans la région de Thiès (Chefs des noyaux familiaux)....	53

Liste des Figures

Figure 1.1 : Facteurs Cles qui Influencent la Stabilité Financière des Mutuelles.....	1
Figure 3.1 : Nombre agrégé d'adhérents parmi les anciennes ou nouvelles mutuelles : Thiès 2000-2003	16
Figure 3.2 : Nombre moyen des bénéficiaires par mutuelle, parmi les anciennes et les nouvelles mutuelles : Thiès 2000-2003	17
Figure 5.1 : Taux moyen annuel de recouvrement des cotisations pour 23 mutuelles de Thiès : 2000 à 2003	29
Figure 5.2 : Taux de recouvrement des prêts de santé, par an	31
Figure 7.1 : Proportion (%) d'individus qui sont actuellement bénéficiaires des mutuelles parmi les membres des ménages adhérents aux mutuelles de santé dans la région de Thiès selon l'âge de l'individu et la catégorie de performance financière des mutuelles	51

Liste des Boîtes

Boîte 1 : Mutuelles de Santé	1
Boîte 2 : Les facteurs de la conception du projet qui affectent la viabilité financière	21
Boîte 3 : Facteurs de la gestion des mutuelles susceptibles d'affecter la viabilité financière.....	27
Boîte 3 : Les rapports du prestataire avec la mutuelle et effets de l'environnement du prestataire sur la viabilité financière de la mutuelle.....	43
Boîte 4 : Caractéristiques des membres et comportements des bénéficiaires et leur influence sur la stabilité financière.....	49

Acronymes

AGC	Assemblée Générale Constitutive
CBHI	<i>Community-Based Health Insurance</i>
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
GRAIM	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes
IPM	Institution de Prévoyance Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance et de Retraite au Sénégal
MS	Mutuelle de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHR<i>plus</i>	Partners for Health Reform <i>plus</i>
PIB	Produit Intérieur Brut
SSP	Soins de Santé Primaire
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>

Remerciements

Les auteurs voudraient ici remercier chacun des membres de l'équipe qui a entrepris les enquêtes sur le terrain de même que les autres groupes ou personnes individuelles qui ont joué un rôle important durant l'étude menée auprès des mutuelles de la région de Thiès.

- ▲ M. Ibrahima SARR et ses collègues qui ont aidé à mettre au point les outils de l'enquête, à les tester, à les réviser à surveiller leur application sur le terrain, pour ensuite, produire et nettoyer les fichiers de données.
- ▲ Tous les enquêteurs et superviseurs qui ont effectivement appliqué les instruments de travail et collecté les données.
- ▲ Tout le personnel des mutuelles et les prestataires de services, de même que les familles qui ont bien accepté de participer aux enquêtes
- ▲ Les agents de saisi qui ont saisi les données
- ▲ Frank Mampouya M'bama pour son assistance lors de l'analyse préliminaire des données y compris la production de tableaux.

Nous sommes également reconnaissants à l'équipe d'appui de Abt Salamata LY, Raj GADHIA et Kate STILLMAN qui ont aidé dans le travail vital de coordination et la logistique.

Nous sommes aussi reconnaissants à Ricardo BITRAN pour avoir entrepris une revue technique de la première version du rapport et d'avoir fait aux auteurs des commentaires précieux, de même qu'à Alan Fairbank de Abt Associates pour son rôle précieux dans la toute première conceptualisation de l'étude et pour avoir proposé des commentaires utiles sur la première version du rapport.

Résumé Analytique

Cadre et objectifs

Les systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté, également connus sous le nom de mutuelles de la santé (MS), offrent à ceux qui cherchent des soins la possibilité de faire face à des plus faibles barrières financières et d'une protection contre les risques financiers. Elles sont un espoir important pour les populations qui sont en dehors du secteur de l'emploi formel.

Toutefois, il y a des interrogations importantes relatives à la stabilité financière des mutuelles de santé, qui sont liées à un certain nombre de facteurs.

- ▲ Les MS peuvent être de faibles tailles, ce qui signifie que relativement quelques cas chers pourraient grever les finances de la mutuelle ;
- ▲ En général, l'adhésion aux MS est individuelle et volontaire, ce qui peut conduire à une sélection adverse ;
- ▲ Souvent, on dit que les MS disposent de faibles systèmes de gestion financière, ce qui peut en particulier les prédisposer à la fraude et aux abus.

L'objectif principal de la recherche qui fait l'objet de ce rapport était de déterminer les facteurs essentiels qui ont une influence sur la stabilité financière des MS dans la région de Thiès au Sénégal.

Cette recherche a été entreprise en partie pour répondre à la demande de l'organisation régionale chargée de la promotion des MS (Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes, ou GRAIM) qui avait besoin de conseils sur la mise en place d'un projet de réassurance. En conséquence, l'étude visait aussi à mener une investigation sur la faisabilité et l'opportunité de développer la réassurance dans la région de Thiès.

Méthode et analyse

La recherche a été menée dans la région de Thiès où existent actuellement quarante (40) mutuelles. Parmi celles-ci, les vingt sept (27) MS qui fonctionnent depuis au moins deux ans ont été prises en compte dans cette étude.

Le cadre conceptuel qui sous-tend la recherche suggère que quatre facteurs principaux affectent la stabilité financière des MS, dont :

- ▲ les paramètres fondamentaux de la conception de la MS ;
- ▲ l'efficacité dans la gestion de la MS ;
- ▲ le comportement et les caractéristiques des membres et des bénéficiaires de la MS ;

- ▲ L'environnement de l'offre de soins de santé (y compris les facteurs comme les tarifs appliqués par les prestataires, les pratiques cliniques et la réputation relative à la qualité des services).

Trois instruments de collecte de données ont été mis au point et appliqués pour recueillir des informations sur ces différents facteurs : une enquête auprès des mutuelles, une enquête auprès des ménages, et une enquête auprès des prestataires. La collecte des données a été effectuée entre septembre et novembre 2004. En ce qui concerne l'enquête auprès des mutuelles, l'étude avait pour but de collecter les données sur quatre années calendaires (2000 à 2003).

Sur la base des données relatives à la performance financière des MS, trois strates ont été définies pour l'analyse : (i) les mutuelles ayant réalisé une bonne et cohérente performance financière (N=6) ; (ii) les mutuelles dont la performance financière est constamment médiocre (N=7) ; et (iii) les mutuelles à la performance financière mitigée (N=10)¹. Les paramètres fondamentaux de la conception, la gestion, les caractéristiques et le comportement des membres des mutuelles ont été analysés sur la base de ces trois strates.

Performance financière des MS

En dépit de l'augmentation des membres et des bénéficiaires des MS durant les quatre dernières années, dans l'ensemble, la performance financière des MS a été relativement faible. Les MS dont les performances ont été les plus faibles avaient d'habitude un nombre plus petit de bénéficiaires que celles qui avaient de meilleures performances ; mais il y avait une différence minimale relativement au nombre de membres des MS. Cela signifie que parmi les MS aux performances plus faibles, les membres d'habitude faisaient adhérer un nombre plus faible de membres de leur famille. Ceci peut dénoter une sélection adverse. La plupart des MS disposaient de fonds de réserves, mais très peu avaient assez d'argent en réserve pour couvrir les dépenses de la MS pendant neuf mois (ce qui est une exigence imposée par les récentes dispositions réglementaires).

Conception des MS

Environ 60 % des MS incluses dans l'étude ont réalisé une étude formelle de faisabilité : celles qui avaient de meilleures performances financières avaient sûrement fait l'objet d'une telle étude. Les schémas des paquets de bénéfices ont sensiblement changé d'une année à l'autre. Les MS s'étaient typiquement étendus de la seule (ou de façon prédominante) couverture des hospitalisations à des paquets de bénéfices couvrant plus de soins de santé primaire. Il y a eu 60 changements de paquets de bénéfices pendant les quatre dernières années dans les MS étudiés, mais seulement douze (12) changements dans les niveaux des primes et des cotisations. Alors que relativement très peu de MS avaient démarré en imposant des périodes d'attente, l'enregistrement obligatoire des familles ou les co-payements, la plupart des MS appliquaient de telles politiques au moment de l'étude.

¹ Quatre mutuelles ont fourni des données financières tellement inadéquates qu'il était impossible de les classer.

Gestion des MS

Les taux de recouvrement des cotisations étaient très bas (60% globalement) et les MS ayant réalisé une performance financière faible avaient nettement un taux plus bas de recouvrement des cotisations (53 %) comparées aux MS dont les performances financières étaient les meilleures (73%). Le faible recouvrement des cotisations a été globalement corroboré par l'enquête auprès des ménages. Toutefois, les résultats de l'enquête auprès des ménages font penser que les faibles taux de recouvrement des cotisations ne découlaient pas du fait que la prime d'assurance était inabordable pour les ménages. En vérité, ce sont les familles qui vivent dans les départements les plus pauvres qui payaient plus régulièrement leurs cotisations et surtout quand il s'agissait de familles dirigées par des femmes.

56% des MS font des prêts à leurs membres pour couvrir les frais d'hospitalisation qui ne sont pas inclus dans les paquets de bénéfices. En réalité, il ne s'agit pas là de prêts à proprement parler, mais plutôt le résultat de la façon dont le système du co-paiement est géré.

Le principal hôpital qui est lié par une convention avec les MS exige des MS qu'elles payent la totalité de la facture pour toutes les personnes qui ont souscrit une assurance ; tout quote-part à payer par le malade devant alors être récupérée par la MS auprès du malade. Le taux de recouvrement moyen de tels prêts est en moyenne de 50 %.

Il était moins probable que les MS mieux performantes que les autres offrent de tels prêts pour les soins de santé. Il était également moins probable que ces Mutuelles plus performantes offrent des prêts pour des activités génératrices de revenus qui avaient aussi un taux de recouvrement faible. Dans quelques MS s'accumulaient des problèmes de mauvais endettement lié aux prêts de santé. Dans deux MS, les prêts de santé sont allés jusqu'à égaliser plus de 75 % des dépenses de la MS et deux MS avaient des charges importantes de créances irrécouvrables. Seules deux des 27 Mutuelles étudiées avaient un calendrier régulier de remboursement des dettes contractées par les mutualistes.

Les données fournies par les mutuelles sur des indications relativement même simples (comme les dépenses effectués, le nombre de bénéficiaires et l'utilisation des services) se sont révélées quelques peu incomplètes et non fiables, et l'usage que font les mutuelles des instruments de gestion et d'administration (comme les registres des membres et des dettes payées) était plutôt limité. Les mutuelles les plus performantes font un meilleur usage de ces instruments administratifs.

Environnement de l'offre

D'une façon générale, les mutuelles avaient négocié avec les prestataires des taux préférentiels pour leurs mutualistes qui avaient besoin de soins. Les tarifs appliqués par les prestataires avaient été remarquablement stables pendant la période de cette étude. Les prestataires semblaient très probablement désireux d'encourager les personnes très démunies et celles qui souffraient de maladies graves à adhérer aux mutuelles, et cela conduisit plus tard à des préoccupations au sujet des problèmes de sélection adverse.

Caractéristiques des membres et comportement des bénéficiaires

L'analyse des données de l'enquête auprès des ménages a confirmé l'évidence qui venait à l'esprit et évoqué plus haut sur la sélection adverse. Les ménages dont le chef de famille était un mutualiste, inscrivaient, en moyenne, 72% seulement des membres de la famille. Les ménages avaient

plus vraisemblablement tendance à inscrire au niveau des mutuelles, le plus grand nombre possible de femmes en âge de procréer. Ils avaient sûrement plus tendance à inscrire des hommes âgés, des personnes atteintes de maladies chroniques, et des personnes qui se sont signalées comme étant en mauvais état de santé. En plus, parmi les MS ayant enregistré une bonne performance financière, un nombre relativement plus élevé de membres d'une famille ont été inscrits par rapport aux MS aux performances financières faibles (ce qui veut dire que la sélection a été moindre que dans les MS les plus performantes).

Les MS aux bonnes performances avaient de façon significative un nombre plus élevé de visites médicales (0.848 visites par bénéficiaire et par an) par rapport aux MS moins performantes (0.524 visites par bénéficiaire et par an). Néanmoins, les MS les plus performants avaient moins d'hospitalisations (3,1 sur 1000 par bénéficiaire et par an), comparées aux MS les moins performantes sur le plan financier.

Alors que l'enquête auprès des ménages a révélé qu'il y avait des mutualistes endettés auprès de leur mutuelle, il s'est avéré qu'il s'agissait là de cas isolés. Seules trois sur les 27 mutuelles avaient plus de 17% de leurs mutualistes endettés auprès de leur mutuelle.

Conclusions et Recommandations

Etant donné la taille relativement petite de l'échantillon des mutuelles de Thiès et la quantité variable des données disponibles, il faudrait interpréter les résultats de cette étude avec un peu de précautions.

D'une manière générale, les mutuelles de santé dans la région de Thiès paraissent soumis à un degré important à une instabilité financière. Et certaines des mutuelles semblent fonctionner sur des bases financières peu pertinentes. L'étude suggère un certain nombre de raisons qui servent de soubassement à l'instabilité financière dont :

- ▲ Problèmes de sélection adverse
- ▲ Faible taux de recouvrement des cotisations
- ▲ Prêt non remboursés, concernant particulièrement les dépenses au niveau de l'hôpital
- ▲ Changements fréquents des paquets de bénéfices sans changement concomitants des primes d'assurance.
- ▲ Utilisation limitée des outils de gestion financières de base
- ▲ Beaucoup de ces raisons sont liées à une gestion financière faible des mutuelles.

On a trouvé que certains facteurs n'étaient pas très déterminants sur l'instabilité financière, dont:

- ▲ Changement des tarifs des prestataires de service
- ▲ Fraudes et abus
- ▲ Petites tailles des pools de risques (nombre de membres et de bénéficiaires).

Sur la base de tels résultats, le développement d'un projet de réassurance ne paraît pas être une première priorité pour s'assurer d'une plus grande stabilité financière des mutuelles de santé dans la région de Thiès. La réassurance est une protection des mutuelles contre les sources de risques aléatoires, alors que la plupart des causes de risques financiers identifiés dans la région de Thiès ne sont pas dus au hasard, mais se rapportent plutôt à des problèmes systémiques de conception et de gestion des mutuelles. Par contre, on suggère que le GRAIM et les mutuelles de la région de Thiès travaillent à :

- ▲ Empêcher la sélection adverse par le biais d'une application rigoureuse des mécanismes de diminution des risques (telle que l'exécution des exigences que tous les membres de la famille adhèrent à la MS).
- ▲ S'assurer que les primes s'accordent et restent alignées avec les paquets de bénéfices en réévaluant les primes au fur et à mesure que les paquets de bénéfices changent.
- ▲ Promouvoir un paiement plus régulier des cotisations par les mutualistes grâce à des efforts de sensibilisation et de révision des mécanismes de collecte des cotisations.
- ▲ Revoir les quotes parts à payer au niveau de l'hôpital, étant donné les problèmes rencontrés pour amener les mutualistes à payer leur participation, et/ou instituer et appliquer des règles claires en ce qui concerne le remboursement des dettes relatives aux soins de santé.
- ▲ Promouvoir une méthode plus consistante de collecte et d'analyse des indicateurs clés d'utilisation des services, les rapports des adhérents sur les bénéficiaires, le taux de recouvrement des cotisations, etc.

Comme souligné plus haut, beaucoup de problèmes identifiés sont liés à la faiblesse de la gestion des mutuelles et au faible niveau des aptitudes et compétences en gestion. Aussi bien le GRAIM que les autres partenaires doivent travailler à développer les compétences des gestionnaires des mutuelles et l'application cohérente des outils de base de la gestion.

1. Introduction et Objectifs de l'Etude

1.1 Cadre général

Les mutuelles de la santé, ou systèmes d'assurance maladie basés sur la communauté (CBHI)², ont suscité un intérêt croissant depuis quelques années. Cela est en partie dû au contexte créé par les débats sur la politique de financement de la santé qui ont accompagné et suivi l'introduction des paiements par les usagers des services et d'autres réformes dans le secteur de la santé dans les pays en voie de développement. (Akin et al. 1987 ; Evans et al. 1992 ; Shaw et al. 1995 ; Creese et al. 1995). Mais une raison liée à cela et plus immédiate résulte du fait que ces structures sont perçues par un grand nombre de personnes comme une solution potentielle aux problèmes de financement de la santé que rencontrent au moins certaines franges de la population de ces pays, en général, les populations du milieu rural et des secteurs informels (voir Droz et Jacquier 1999 ; Preker et al. 2002).

La commission sur la macroéconomie et la santé de l'organisation Mondiale de la santé est d'avis qu'une telle stratégie de financement de la santé « pourrait offrir un rempart pour le partage de risques, de sorte que les familles n'auraient pas à faire face à des catastrophes financières liées à la santé » (OMS 2000 : 61). De même, la Banque Mondiale a fait sienne cette stratégie pour à la fois mobiliser des ressources supplémentaires et protéger les populations vulnérables contre les conséquences financières d'une mauvaise santé (Preker et al. 2002).

Boîte 1 : Mutuelles de Santé

Les mutuelles de santé basées sur la communauté partagent les mêmes objectifs de trouver des solutions aux besoins de financement des soins de santé à travers la mise en commun des ressources et les décisions d'allocation des ressources prises par la communauté. Elles sont une forme d'assurance maladie – qui permettent aux membres de payer de petits montants pour les cotisations sur une base régulière afin de se protéger contre les risques de payer des montants importants au moment du besoin. Elles sont des organisations à but non lucratif et sont basées sur les concepts d'entraide mutuelle et de solidarité. Les mutuelles de santé peuvent se développer sur la base d'entités géographiques (tels que les villages), les organisations professionnelles, ou les formations sanitaires.

Source : Bennett, Gamble Kelley, and Silvers, 2004

² Alors que Mutuelle et Mutuelle de santé sont des termes équivalents en français et en Anglais qui dérivent respectivement le même phénomène, CBHI est un terme plus générique qui décrit toute autres formes de projets d'assurance santé à but non lucratif initiés par les communautés, les prestataire, les entreprises et autres pour satisfaire les besoins financiers en soins de santé des populations démunies surtout dans les zones rurales et dans les secteurs informels. Dans cette étude, ces termes sont utilisés indifféremment.

Néanmoins, on a fait remarque que les résultats obtenus à partir des quelques études disponibles sur le sujet ont, jusqu'à présent, été moins optimistes. (voir Jutting 2001 qui cite Bennett et al.1998,³ Griel 1998 et Atim 1998). Jutting, en particulier, signale les problèmes des petites tailles des pools, les problèmes de sélection adverse, la grande dépendance sur les subsides, les difficultés financières et de gestion et de viabilité globale « (Jutting 2001 : 14).

Erkman (2004), dans sa revue systématique de la base d'information disponible sur les mutuelles de santé dans les pays en voie de développement, signale que la preuve disponible est limitée dans sa portée et contestable au niveau de la qualité (Erkman 2004 : 1). Sa revue ne s'intéressait pas directement à la viabilité, il a effectivement tiré la conclusion qu'il y avait « La preuve forte » que les mutuelles de santé offraient une certaine protection financière en réduisant les paiements directs ; qu'il y avait une « preuve modéré » que de tels mutuelles améliorent le recouvrement des coûts et qu'il y avait une « preuve minime » ou qu'il n'y avait « pas de preuve » que les mutuelles avaient un impact sur la qualité ou l'efficacité des soins de santé données. Particulièrement remarquable était sans doute la conclusion disant qu'en valeurs absolues, les effets sont minimes et que les mutuelles ne sont utiles qu'à une partie limitée de la population (Erkman 2004 : 1).

Lafond (1999) note que la viabilité ne se limite pas à la viabilité financière, qu'une organisation et une gestion, la planification et la prise de décision adéquates sont aussi des dimensions de la viabilité. Cependant, les questions de viabilité financière sont particulièrement aigus. Des facteurs intrinsèques aux mutuelles de santé qui pourraient affecter la viabilité financière comprennent :

- ▲ Des petites tailles des pools qui suggèrent qu'un nombre relativement réduit de cas qui coûtent cher pourraient porter préjudice aux finances des mutuelles de santé ;
- ▲ Une dépendance sur l'adhésion individuelle et volontaire qui signifie que des processus de sélection adverse peuvent opérer, à travers lesquels les individus qui ont une plus grande vraisemblance pour utiliser les soins (tels que ceux qui souffrent de maladies chroniques) seraient les premiers à adhérer ;
- ▲ Des faibles systèmes de gestion financière qui prédisposent les mutuelles de santé aux fraudes et abus.

Dans le contexte spécifique de la viabilité financière des mutuelles de santé, il y a eu récemment un intérêt suscité par la possibilité d'une réassurance sociale en vue d'aider à stabiliser les finances des mutuelles de santé (Dror et al. 2002 ; Fairbank 2003), une tendance qui a été partiellement à la base de l'initiative d'entreprendre la présente étude comme on l'a expliqué dans la section 1. 2. ci après. Fairbank (2003) a traité des causes possibles de l'instabilité financière des mutuelles de santé, en soutenant que la réassurance serait simplement efficace pour protéger les mutuelles contre les sources aléatoires de risques, par contre il y a de multiples facteurs non-aléatoires (comme la gestion des mutuelles) qui ont une influence importante sur la stabilité financière. En plus, pour assurer la viabilité des mutuelles, il était important d'avoir une compréhension claire et empirique des causes de l'instabilité financière.

³ Extrait de Bennett et al. Questions sur le financement des soins de santé dans les communautés de base, *PHRplus*, Bethesda.

La documentation disponible jusqu'ici sur la réassurance sociale n'a pas été basée sur une preuve évidente sur les facteurs qui déterminent la viabilité financière des mutuelles de santé. En d'autres termes, malgré tous les arguments avancés sur la viabilité (ou la non viabilité) des mutuelles de santé, il existe très peu de preuves empiriques de la recherche pouvant éclairer le débat.

Les mutuelles de santé ne disposent pas typiquement des mécanismes de régulation rigoureuse associés aux systèmes privés d'assurance maladie à but lucratif, elles comptent essentiellement sur les réseaux sociaux et la confiance qui pourraient contrebalancer les faiblesses identifiées ci-dessus, argumentent certains (Franco et al. 2005).

La question de savoir si oui ou non les mutuelles de santé feront partie d'une solution durable aux problèmes du financement des soins de santé en Afrique va dépendre de leur capacité à continuer à se développer, à s'étendre et à assurer leur pérennité avec le temps. Elles devront prouver qu'elles ne sont pas simplement des 'météores' de développement communautaire destinés à briller avec éclat pendant un moment mais qui, finalement, ne durent pas.

1.2 Objectifs et justification de la recherche

L'objectif principal visé par cette étude était de déterminer les principaux facteurs qui ont une influence sur la stabilité financière des mutuelles de santé dans la région de Thiès au Sénégal.

La région de Thiès a été choisie parce qu'elle a été la région pilote pour l'implantation et l'expansion des mutuelles, et parmi les mutuelles un grand nombre fonctionnent et sont suffisamment anciennes pour produire des données couvrant un certain nombre d'années. En plus, les promoteurs et les gestionnaires des mutuelles de santé de la région de Thiès, s'intéressaient au concept de réassurance comme moyen d'assurer une plus grande viabilité à leurs mutuelles et ont demandé à PHR*plus* de faire une évaluation pour savoir si développer un schéma de réassurance sociale aurait un sens dans leur contexte.

Les résultats d'une telle analyse seront par conséquent utiles pour déterminer comment renforcer la viabilité financière des mutuelles de santé dans la région. Les résultats seraient utilisés plus immédiatement par le GRAIM (Group de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes) : le GRAIM est une structure régionale qui appuie le développement des mutuelles à Thiès et donne des services d'appui-conseil aux mutuelles de santé. Il est attendu que les résultats vont aussi informer les mutuelles de santé à travers le Sénégal et ailleurs.

1.3 Contexte du pays

Le tableau ci après donne la population totale et les indicateurs du système de santé au Sénégal en 2002. On peut remarquer qu'un montant important des ressources allouées à la santé vient de dépenses faites par le secteur privé.

Tableau 1.1 : Quelques indicateurs nationaux et d'indicateurs sur le système sanitaire en 2002

Population totale	10 095 000
P. I. B par tête (en dollars intl)	1 202
Espérance de vie à la naissance h/f (années)	54.0/57.0
Expérience de vie en bonne santé à la naissance h/f (années)	47,1 /48,9
Mortalité infantile : garçons/filles pour 1000	142 / 132
Mortalités des Adultes h/f pour mille	350 / 280
Dépense totale pour la santé par tête en dollars intl	62
Total des dépenses de santé par rapport au P I B (en %)	5,1
Dépenses du privé sur la santé par rapport au total des dépenses sur la santé, en %	54,8
Systèmes prépayés, par rapport aux dépenses du privé sur la santé, en % *	3,5
Paiements directs de santé en % par rapport aux dépenses privées de santé	96,50

Source OMS 2005

* Il n'est pas clair si l'enquête de l'OMS a inclus les mutuelles de santé et les Institutions de Prévoyance Maladie dans cette catégorie. Voir discussion ci-dessous

1.3.1 Organisation et financement du système de santé du Sénégal

Organisation

Au Sénégal, le système de santé du secteur public est organisé de façon pyramidale à 5 niveaux correspondant à 5 niveaux de référence⁴.

Tableau 1.2 : Structure du système de prestation de services de santé au Sénégal

Niveau (Ordre croissant)	Type de soins de santé dispensés (2000)	Aire géographique couverte (2000)	Nombre total d'unités (2000)	Nombre d'unités à Thiès en 2002
Case de santé	Premier soins Education pour la santé Pharmacie villageoise	Village	1384	244
Poste de santé Maternité	Soins de santé primaires	Communauté rurale Quartier Urbain	768	125
Centre de santé	Soins secondaires	District Médical	52	9
Hôpitaux régionaux	Soins tertiaires	Région	10	2
Centres Hospitaliers Universitaires	Soins de spécialistes	National	2	0

Source : Concertation (2000), Diop (2005).

⁴ Officiellement, au Sénégal, on dit que la pyramide de la santé s'organise autour de 4 niveaux en faisant appartenir à un seul et même niveau le poste de santé et le centre de santé. Toutefois, analytiquement, il paraît plus commode de considérer ces deux structures comme appartenant à des niveaux différents, compte tenu surtout de la nature des soins dispensés et des aires géographiques couvertes.

Depuis que les premiers comités de santé ont vu le jour dans les années 1970 dans le département de Pikine, des réformes successives se sont étendues à tout le pays, en particulier avec la stratégie des soins de santé primaire (SSP) des années 1980, l'initiative de Bamako dans les années 1990 et le décentralisation politique et administrative instituée en 1997 portant transfert de la compétence santé aux collectivités locales. Enfin, en 1998, un programme de réforme des hôpitaux fut initié visant à transformer les hôpitaux publics en établissements publics avec une représentation de la population au de leur conseil d'administration.

Financement

Des programmes d'ajustement structurel furent adoptés dans les années 1980 et depuis lors, le mode de financement des soins de santé s'est progressivement transformé en une plus grande participation des populations dans le financement, à travers l'Initiative de Bamako dans le secteur public et par l'introduction et l'application répandue de la participation des usagers aux frais à payer au niveau des structures de santé, en même temps que se développait et s'étendait un secteur privé (y compris les pharmacies) basé sur le recouvrement de tous les frais. Le paiement par les usagers est devenu un instrument universel dans le secteur public : pour les frais au niveau des soins de santé primaire et comme une composante du processus de décentralisation des hôpitaux publics. Toutefois, l'Etat continue de financer les investissements et de payer les salaires dans le secteur public de la santé.

Système de Protection Sociale

Au Sénégal les régimes formels de protection sociale ne couvrent que les employés du secteur formel, les agents du secteur public et les personnes retraitées. Ces travailleurs du secteur formel et leurs familles représentent autour de 10 à 15 % de la population totale du pays⁵. Les institutions qui assurent une telle protection comprennent la Caisse de Sécurité Sociale, l'Institution de Prévoyance et de Retraite au Sénégal (IPRES) et les Institutions de Prévoyance Maladie (IPM)⁶.

Avec ce système de protection sociale, les employés du secteur public et leurs familles ont droit, selon un acte législatifs de 1972, au remboursement par l'Etat jusqu'à hauteur de 80 % de leurs frais de soins médicaux, à l'exclusion des frais de médicaments qui sont du ressort de l'employé⁷. Ce système concerne 66 000 fonctionnaires et leurs familles, estimés à 300 000 (fonctionnaires et membres de leurs familles compris) (République du Sénégal, Ministère de la santé, 2004).

De même une loi de 1975 stipule que les IPM dans les entreprises du secteur privé et du secteur parapublic devront prendre en charge entre 40 et 80 % des dépenses effectuées par leurs employés pour ses soins médicaux⁸. Dans la pratique, la plupart des employeurs prennent en charge les frais

⁵ Griffin et Shaw ont estimé à 13 % la couverture sociale vers 1995 mais il n'est pas sûr que leur chiffre prenait en compte les IPM. Voir Griffin et Shaw, RP 1995 Assurance maladie en Afrique : Objectifs, Résultats, Implications politiques (Banque Mondiale, DC)

⁶ Les IPM sont une organisation d'assurance maladie autorisée par la loi et qui fait obligation à tout employeur qui emploie 10 ou plus de travailleurs de contribuer pour au moins 10 % et jusqu'à 80% aux frais de soins médicaux de ses employés. Cela se fait en mettant sur pieds une IPM seul, ou en groupe avec d'autres entreprises. Dans la pratique, les IPM sont gérées majoritairement par les travailleurs eux-mêmes avec une contribution financière des employés et des employeurs comme le stipule la loi. La tendance est à la création d'IPM inter entreprises pour disposer d'assez de fonds pour améliorer la viabilité.

⁷ Le décret n° 72 215 du 7 mars 1972 relatif à la Sécurité sociale des fonctionnaires.

⁸ La loi du 30 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociales et le décret n°75895 du 14 Août 1975 portant organisation des IPM d'entreprise ou inter entreprise et rendant obligatoire la créations de ces dernières.

médicaux de leurs employés à environ le même pourcentage que l'Etat, soit près de 80 % des frais mais y compris dans ce cas les dépenses pour l'achat de médicaments. Ce système concerne 120 000 employés et leurs familles pour un total d'environ 700 000 personnes (op. cité).

Enfin, depuis 1975, les retraités du secteur public comme ceux du secteur privés bénéficient d'une assurance maladie pour laquelle l'IPRES retient un certain pourcentage pour les pensions qu'il paye aux retraités et assure une partie des soins de santé aux retraités.

Il existe un secteur commercial privé d'assurance maladie mais sa couverture sanitaire ne concerne que les cadres de haut niveau, fonctionnaires et hommes d'affaires et on estime que cela concerne environ 70 000 personnes en tout. (op cit.)

1.3.2 Développement des Mutuelles

En dehors des groupes qui bénéficient dans une certaine mesure d'une protection sociale telle que décrite plus haut, le reste de la population (c'est-à-dire l'écrasante majorité qui se trouve dans le monde rural ou dans le secteur informel des villes, ce qui fait bien plus de 80 % et sans doute près de 90% de la population) doit payer pour les soins médicaux au moment où des soins, bien que les formations sanitaires étatiques reçoivent des fonds pour les frais d'investissement et les salaires. Le recouvrement des coûts est pratiqué au niveau des services de santé primaire et au niveau inférieur pour les médicaments et les fournitures, et les honoraires sont aussi payés au niveau plus élevé des structures de soins conformément aux programmes de la décentralisation et de la réforme des hôpitaux.

Cette situation a conduit à l'émergence, spontanée dans beaucoup de cas, de mutuelles dans les zones rurales et dans les secteurs informels des villes. Au Sénégal, les mutuelles ont vu le jour vers 1989 dans la région de Thiès avec la mise sur pied de la mutuelle de Fandène. Depuis lors elles se sont étendues, d'abord aux deux départements les plus proches du département de Thiès (Tivaouane et Mbour) et ensuite au reste du Sénégal. La majorité des mutuelles se trouvent autour de Thiès, Dakar, et Kaolack.

Une enquête menée par la *Concertation* en 2003 a recensé 136 mutuelles, parmi lesquelles 79 étaient totalement opérationnelles, 48 étaient en phase de projet ou de gestation et 9 étaient en difficulté. (voir tableau ci-dessous)⁹.

Le nombre d'adhérents était au total de 42 235 avec une population bénéficiaire de 308 563 au total (concertation 2004 – Présentation à Paris de Pascal Ndiaye).

Comme le montre le tableau, en 2003, 9 mutuelles étaient en difficultés et sur la base des critères d'inventaire des enquêtes de la concertation¹⁰, ces difficultés se rapportent en général, aux mutuelles qui ont été contraintes par de graves ou autres difficultés à soit suspendre leur services, soit même à arrêter totalement de fonctionner au moment des enquêtes. Il y aura par conséquent des mutuelles à la

⁹ La concertation est un organe de coordination regroupant les promoteurs des mutuelles, les agences d'appui technique, les structures de coordination et les autres organismes similaires, et qui se réunit une fois tous les deux ans pour faire le point sur les mutuelles en Afrique Centrale et de l'Ouest francophone et qui discute de stratégies en vue de promouvoir le développement futur de ces organisations mutualistes. La concertation dispose d'un coordonnateur, un site Web (www.concertation.org) et des programmes appuyés par les agences membres, et elles a son siège dans les locaux de l'OIT à Dakar, Sénégal.

santé financière faible, mais qui n'ont pas suspendu leurs activités ou cessé complètement de fonctionner et n'auraient pas pu ainsi faire partie des 9 notées ci-dessus.

Comme le fait apparaître la discussion ci-dessus, certaines mutuelles traversent une situation financière difficile et cela met en relief l'importance qu'il y a à identifier les facteurs clés qui sont associés à une telle instabilité dans les finances des Mutuelles.

Tableau 1.3 : Inventaire des Mutuelles au Sénégal de 1997 à 2003

Regions	Mutuelles qui fonctionnent		Situation en 2003				Total
	1997	2000	Fonctionnelle	En gestation	Programmée	En difficulté	
Dakar		10	23	9	8	4	44
Diourbel			4	5		1	10
Fatick			3	1			4
Kaolack		1	8	1	1	1	11
Kolda					1		1
Louga			6	2			8
St Louis		2	7	2			9
Tamba			1	1	2	1	5
Thiès		15	27	6	4	2	39
Ziguinchor			3	3	2		8
SENEGAL	19	28	79	30	18	9	136

Sources : Inventaires concertation Mutuelles de santé Afrique 1997 – 2000 - 2003

A la lumière des discussions précédentes sur le système de financement de la santé au Sénégal, il est important de garder à l'esprit, quand nous parlons des mutuelles dans ce rapport, qu'elles fonctionnent dans un contexte d'organisation de la santé dominé par l'intervention de l'Etat avec un secteur privé assez dynamique et qui se développe, que le secteur public est largement subventionné par l'Etat : les mutuelles et les autres organisations similaires ne payent pas tout le coût marginal des services mais uniquement la composante de « recouvrement des coûts » des structures publiques. Même dans les formations sanitaires à but non lucratif comme l'Hôpital St Jean de Dieu de Thiès, il y a des subventions qui viennent d'œuvres caritatives basées à l'étranger pour faire face à des dépenses d'investissement et d'équipement ; quand bien même ces institutions insistent pour dire qu'elles pratiquent le recouvrement total des frais¹⁰. C'est sans doute au niveau des formations sanitaires privées à but lucratif que les mutuelles payent la totalité du coût marginal: Les mutuelles entretiennent en effet des relations contractuelles avec de telles formations sanitaires, surtout au niveau des soins de santé primaire.

¹⁰ Ainsi l'hôpital St Jean de Dieu fait des réductions importantes aux mutuelles et aux mutualistes.

1.4 Définitions, cadre analytique et questions de recherche

1.4.1 Définitions et cadre analytique

Dans le cadre de la présente étude, nous entendons par stabilité financière d'une mutuelle « l'équivalence entre tous les revenus et toutes les dépenses (pendant une période comptable) observée en moyenne sur plusieurs périodes comptables ». Comme une partie des revenus est destinée aux réserves (comme dépense), le niveau le plus faible des réserves nécessaires (compte tenu de la base d'adhésion et du coût des services par an) serait déterminé indépendamment et en plus de la détermination de l' « équivalence ».

Il faudrait noter que, contrairement à beaucoup de petites entreprises peut être, les mutuelles, du moins en principe, visent à atteindre un équilibre financier dès le départ, c'est-à-dire qu'elles visent à collecter assez de fonds pour couvrir leurs dépenses attendues sur une base annuelle. En d'autres termes, elles ne présumant pas que cela soit normal de faire des pertes durant les premières années avant d'atteindre un équilibre financier et de faire des bénéfices pendant les années suivantes. C'est cette logique qui guident souvent les mutualistes et les amène à attendre pendant plusieurs années depuis le temps où ils ont commencé à s'acquitter de leur contributions jusqu'à ce que la mutuelle soit en mesure de commencer à offrir des soins médicaux, ayant assez de fonds de réserves et donc une bonne base.

Toutefois, les mutuelles peuvent avoir (et ont effectivement) des déficits, de même qu'elle ont des excédents, comme nous le verrons dans cette étude. Notre optique ici est qu'une évaluation correcte de la stabilité ou de la viabilité financière ne peut se faire que sur la base d'une analyse des tendances des informations obtenues sous plusieurs années : dans cette étude, nous avons essayé de rassembler des informations sur quatre (4) ans pour chaque mutuelle.

Le cadre analytique qui sous-tend cette étude est présenté dans la figure 1.1. Il suggère que les quatre principaux facteurs qui influent sur la stabilité financière des mutuelles sont :

- i. Les paramètres fondamentaux de la conception de la mutuelle
- ii. L'efficacité et le succès dans la gestion de la mutuelle
- iii. Les caractéristiques des ménages, surtout les caractéristiques des ménages qui choisissent d'adhérer à la mutuelle et leurs comportements
- iv. L'environnement de l'offre de soins de santé (y compris les facteurs comme les pratiques cliniques et la renommée concernant la qualité des soins dispensés).

La figure 1.1 indique également les paramètres jugés être des déterminants importants de la stabilité financière à l'intérieur de chacune de ces quatre catégories générales de facteurs.

Les dépenses de la mutuelle reflètent largement les engagements et les obligations de la mutuelle envers les prestataires de services avec lesquels elle est liée par une convention et, à un moindre degré, les frais occasionnés par son administration (y compris le marketing). Par ailleurs, le revenu de la mutuelle vient en grande partie des engagements et des obligations des mutualistes envers la mutuelles comme prévu par le contrat d'adhésion à la mutuelle ; le total des recettes effectivement encaissées est aussi le reflet des performances de la mutuelle en termes d'activités de collecte de ses recettes (performance de gestion).

L'évolution des dépenses et des recettes au niveau des mutuelles pendant une période donnée, dépend des interactions et du comportement des différentes parties prenantes (prestataires, mutualiste, ménages non adhérentes, gestionnaires de la mutuelle) en relation avec les structures d'incitations liées à la conception de la mutuelle. Ces paramètres de conception comprennent les paquets de bénéfices, les primes et la périodicité des contributions, la politique d'adhésion, les mesures pour minimiser les risques liées à l'assurance maladie (sélection adverse, hasard moral, augmentation des coûts, abus, fraudes, etc.) et les termes des contrats liant la mutuelle aux prestataires conventionnés. Ces paramètres de conception de la mutuelle établissent les règles de conduite et les sanctions possibles qui commandent le comportement des ménages, des gestionnaires des Mutuelles et des prestataires de service.

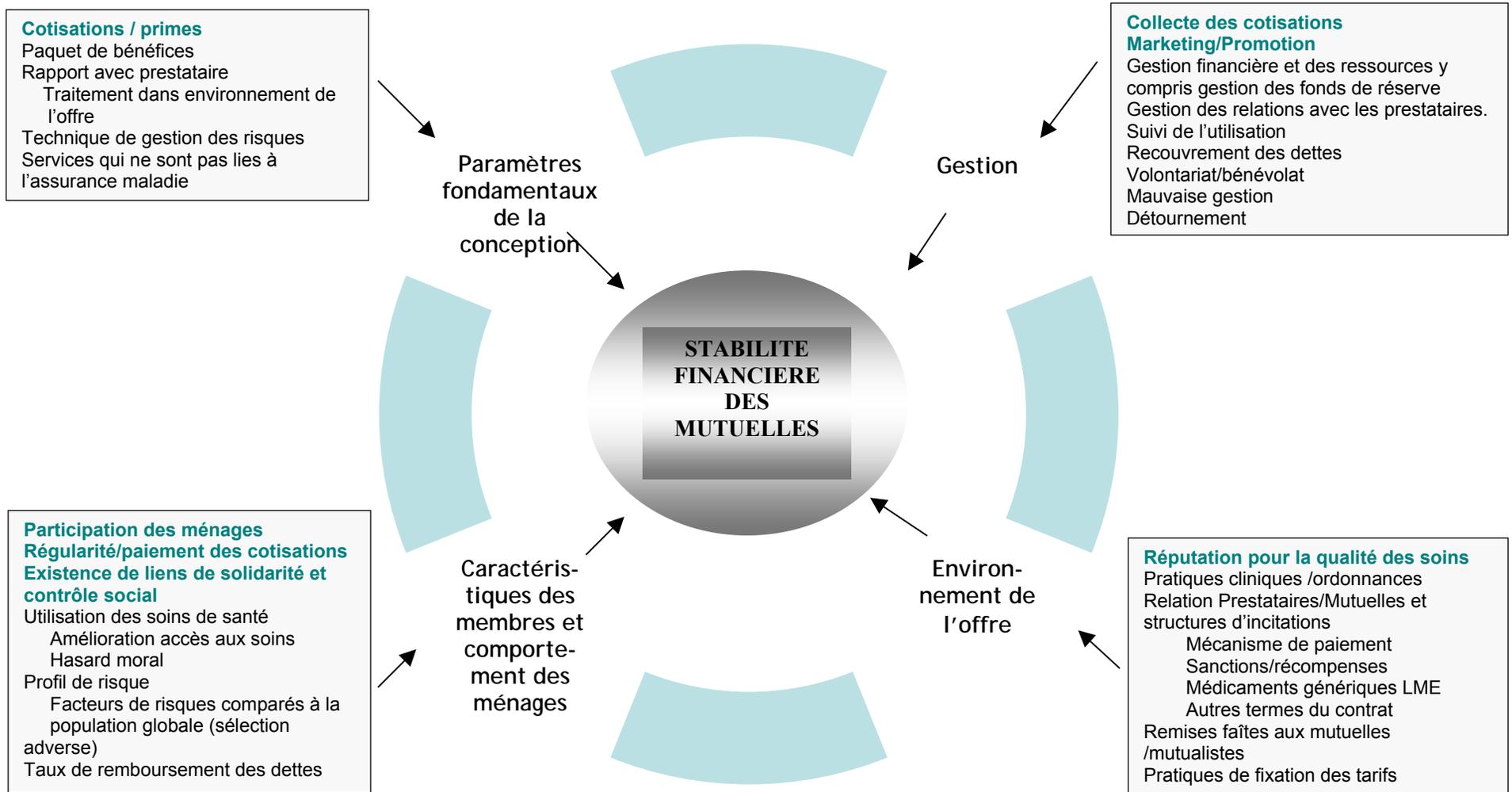
Toutefois, ces paramètres fondamentaux de la conception de la mutuelle ne sont pas fixés de façon immuable : ils peuvent changer, et ils changent, lorsque les bases initiales et les hypothèses de la conception du projet évoluent. Par exemple, les mutuelles peuvent changer d'orientation lorsque les membres réagissent devant des changements de leur environnement socio-économique ou de leur besoins ou pour répondre au comportement d'autres parties. De même, la gestion, les caractéristiques et le comportement des ménages, et l'environnement de l'offre de services sont tous des facteurs importants qui peuvent changer et affecter l'équilibre financier des mutuelles pendant leur développement.

Des faits exogènes par rapport à ces relations entre mutuelles, ménages et prestataire comme la stabilité de l'environnement macro-économique, les désastres naturels et la disponibilité de budget de l'état pour subventionner les prestataires du secteur public, peuvent tous influencer sur la stabilité financière des mutuelles.

1.4.2 Questions de recherche

- ▲ Quels sont les facteurs fondamentaux qui affectent la stabilité financière des mutuelles dans la région de Thiès au Sénégal ?
- ▲ Plus spécifiquement, quels sont les rôles relatifs joués par 1/ les caractéristiques de la conception des mutuelles 2/ la gestion des mutuelles 3/ l'environnement de l'offre de services de santé 4/ les comportements des ménages, dans la détermination de la stabilité financière des mutuelles de santé.

Figure 1.1 : Facteurs Clés qui Influencent la Stabilité Financière des Mutuelles



NB: (1) Les textes en bleu (en italique) représentent des facteurs qui affectent potentiellement les revenus; les textes en noir représentent ceux qui affectent potentiellement les dépenses.

(2) Les facteurs exogènes à l'environnement immédiat et contractuel des mutuelles (gestion et ménages), tels que les chocs macro-économiques, les catastrophes naturelles, ont été exclus de cette étude.

2. Méthodologie

Comme indiqué plus haut dans la section 1.4, on avait estimé que les quatre facteurs (que sont : les paramètres fondamentaux de la conception de la mutuelle, la gestion de la mutuelle, l'environnement de l'offre des services de santé, et les caractéristiques des adhérents ainsi que le comportement des ménages) pourraient influencer sur la stabilité financière d'une mutuelle de santé. Ainsi, pour collecter des informations sur chacun de ces quatre facteurs, on a utilisé les trois instruments que sont:

- i. une enquête auprès des mutuelles, pour la collecte d'informations sur la conception de la mutuelle, sa gestion et ses performances financières
- ii. une enquête auprès des prestataires, pour collecter des informations sur l'environnement de l'offre dont la tarification, les pratiques de prescriptions et les relations qui unissent les prestataires aux mutuelles de santé.
- iii. une enquête auprès des ménages, pour collecter des informations relatives à la participation des ménages aux mutuelles de santé (problèmes de sélection adverse) et l'utilisation des soins (y compris les problèmes de hasard moral).

Alors que dans cette étude on trouve une présentation complète des résultats obtenus sur la base des enquêtes auprès des mutuelles et des prestataires de service, on a pu présenter ici que des points marquants de l'enquête auprès des ménages. Une présentation plus complète des résultats de l'enquête auprès des ménages peut être trouvée dans Diop (2005).

On n'a pas fait une enquête en profondeur sur les facteurs externes ayant un impact sur la stabilité financière des mutuelles, mais pendant la période couverte par l'étude, il n'y a pas eu de grand choc externe qui ait pu influencer de manière significative sur la stabilité financière des mutuelles de santé.

2.1 Echantillonnage pour l'enquête auprès des mutuelles

Au moment de l'étude, la région de Thiès disposait d'environ 40 mutuelles (voir tableau ci-dessous). Pour être sûr que les mutuelles qui font l'objet de l'étude étaient réellement fonctionnelles et disposaient d'une base de données suffisante pouvant permettre des analyses de tendances, on s'est entendu sur un critère de temps minimum pendant lequel la mutuelle a été fonctionnelle : une mutuelle devait être opérationnelle pendant au moins deux années complètes, c'est-à-dire qu'elle devait offrir des bénéfices à ses membres¹¹. Toutes les 27 mutuelles remplissant ce critère d'éligibilité

¹¹ Parce que les mutuelles considèrent comme date de création le jour où l'assemblée générale constitutive s'est tenue, il arrive quelques fois, bien que pas souvent, qu'une mutuelle commence à offrir des services à ses membres avant la date de son assemblée générale constitutive. Les données du tableau n° 1 se réfèrent à la plus récente année d'inventaire (2003). Au moment de l'étude en 2004, 27 mutuelles avaient été entièrement fonctionnelles depuis au moins deux ans.

ont été comprises dans l'échantillon. Là où des données ont été collectées sur plus de quatre ans (2000 – 2003).

Tableau 2.1 : Stratégie d'échantillonnage pour Mutuelles

Distribution des Mutuelles de la Région de Thiès selon le nombre de membres en 2003 et selon le nombre d'années depuis que les bénéficiaires sont couverts.					
Années de couverture	Nombre de membres				TOTAL
	< 100	100 - 399	400 - 999	1000 +	
< 1 ans	8	4	2		14
1 à 3 ans		7			7
4 à 5 ans	1	3	4	1	9
6 ans et plus		4	4	1	9
TOTAL	9	18	10	2	39

Source : Inventaire de 2003

2.2 Echantillonnage pour l'enquête auprès des prestataires

Au Sénégal, les soins de santé sont dispensés par un réseau de structures sanitaires publiques ou privées confessionnelles constitué de postes de santé, de centres de santé et d'hôpitaux, en même temps que par quelques cliniques privées. Dans la composante « prestataire » de l'étude, pour maximaliser la collecte des données auprès des prestataires de services liés aux mutuelles par une convention, les postes de santé et les cliniques qui étaient plus souvent sollicités par les bénéficiaires des mutuelles ont été pris en compte dans l'enquête auprès des prestataires ; au cas où plusieurs postes de santé qui avaient des niveaux d'utilisation similaires par les bénéficiaires d'une mutuelle de l'étude, un des poste de santé avait été sélectionné au hasard. Les informations pour identifier les postes de santé les plus fréquentés ont été recueillis auprès des gestionnaires des mutuelles concernés.

Comme plusieurs mutuelles ont tendance à signer des conventions avec les mêmes centres de santé et les mêmes hôpitaux, on a décidé d'inclure toutes ces formations sanitaires de la région dans l'étude. Ainsi les deux hôpitaux et tous les centre de santé de la région ont été pris en compte dans l'enquête auprès des prestataires de services.

Au total, l'étude a concerné les 24 postes de santé, les 3 centres de santé, l'hôpital régional et l'hôpital privé catholique (Voir tableau 2.2). Bien que le nombre de formations sanitaires publiques soit supérieur, il existe toutefois, un nombre significatif de formations sanitaires privées (à la fois à but non lucratif, confessionnelles et commerciales).

Les variables qui ont fait l'objet d'investigation auprès des prestataires incluent les pratiques cliniques, les relations financières entre les prestataires et les mutuelles de santé, les mécanismes de paiement et les structures d'incitation, les contrats, la qualité des soins (en utilisant comme proxy la disponibilité des médicaments), et d'autres questions liées aux prestataires.

Tableau 2.2 : Stratégie d'échantillonnage pour les prestataires de soins de santé

Structure de prestation de service	Nombre	% du total
Poste de santé (public)	15	51,72
Poste de santé privé confessionnel	7	24,14
Poste de santé privé commercial	2	6,90
Centre de santé	3	10,34
Hôpital privé confessionnel	1	3,45
Hôpital public	18	3,45
TOTAL	29	100

2.3 Collecte de données, traitement et analyse

La collecte des données a été effectuée entre Août 2004 et Novembre 2004 par une équipe de 16 agents enquêteurs pour l'enquête auprès des ménages et 4 agents pour les enquêtes auprès des mutuelles et des prestataires. Quatre superviseurs ont vérifié tous les formulaires d'enquête remplis sur le terrain, et les données ont été saisies en utilisant le logiciel SPSS.

Ce rapport présente les résultats clés obtenus à partir des différentes bases de données collectées (mutuelle, prestataire et ménages).

Le reste du rapport est organisé de la façon suivante. Dans la section 3, les données de base sur la stabilité financière des mutuelles étudiées sont présentées. En se basant sur ces données, les mutuelles ont été stratifiées en trois catégories : celles qui ont obtenu de grandes performances financières, celles dont les performances financières sont mitigées, et les mutuelles dont les performances financières sont faibles. Les analyses ultérieures se penchent sur les variations entre ces trois différentes catégories, en terme de conception des paramètres fondamentaux, de gestion, et de relations avec les prestataires (Sections 4, 5, et 6 respectivement). La section 7 présente ensuite un résumé des résultats de l'enquête auprès des ménages en ce qui concerne la stabilité financière des mutuelles¹². La section 8 présente une discussion des résultats et les conclusions.

Il faudrait noter, qu'en dépit du fait que la région de Thiès dispose d'une des plus grandes densités de mutuelles de santé dans le monde, le nombre de mutuelles ayant fait l'objet de l'analyse dans cette étude est relativement faible (27). Compte tenu de ce petit nombre, l'analyse présentée ici est, en quelque sorte, exploratoire.

¹² Retenons qu'il est prévu, plus tard, de regrouper les données sur la mutuelle et le prestataire avec celles tirées de l'enquête sur les ménages, ce qui permettra de faire une analyse plus pointue.

3. Stabilité Financière des Mutuelles de Santé dans la Région de Thiès

Cette section décrit les indicateurs de base de la stabilité financière des mutuelles de santé dans la région de Thiès, y compris les tendances au niveau des soldes financiers, le nombre de membres des mutuelles, et les comptes de réserve.

3.1 Stratification des mutuelles selon les performances financières

Sur les 27 mutuelles couvertes par l'étude, seules 23 avaient des données financières fiables disponibles permettant d'apprécier les tendances des dépenses totales et des recettes totales sur une période d'au moins deux années consécutives. Les données sur les recettes et les dépenses ont servi à déterminer si la mutuelle avait un solde financier positif ou négatif à la fin de chaque année dont les données étaient disponibles.

- ▲ Six mutuelles avaient un solde financier constamment positif à la fin de chaque année pour toutes les années où les données étaient disponibles ;
- ▲ Sept mutuelles avaient solde équilibre financier négatif à la fin de chaque année, durant toutes les années où les données étaient disponibles ;
- ▲ Les dix mutuelles restantes avaient des soldes financiers mitigés, positifs et négatifs.

Sur la base de ces informations, les mutuelles ont été stratifiées en trois groupes :

- ▲ Celles qui disposaient de meilleures performances financières (c'est-à-dire celles dont l'équilibre financier était toujours positif),
- ▲ Les mutuelles aux performances financières mitigées (c'est-à-dire celles dont les équilibre financiers étaient positives et négatives), et
- ▲ Les mutuelles aux performances financières les plus médiocres (c'est-à-dire celles qui terminent toujours l'année avec des déficits).

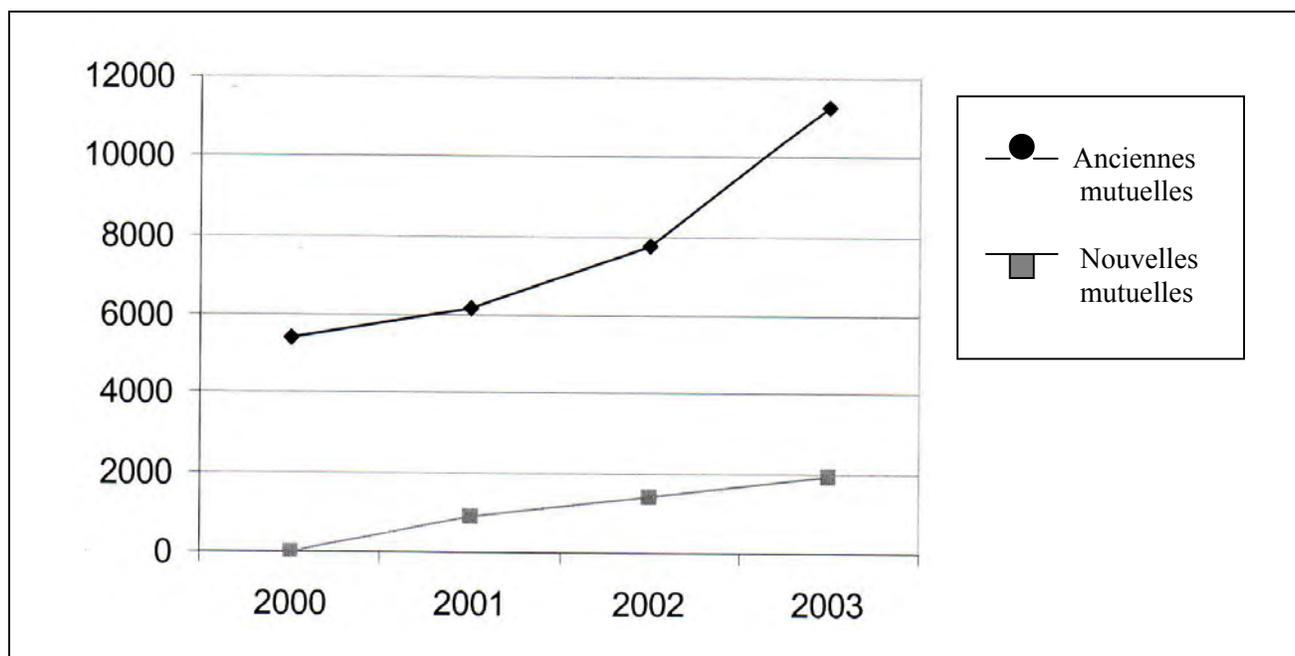
Ces trois strates sont utilisées ci-dessous pour analyser comment la conception des paramètres fondamentaux des mutuelles, leur gestion, l'environnement des structures prestataires de service, et le comportement et les caractéristiques des ménages affectent les performances des mutuelles de santé.

3.2 Taille des mutuelles et performances financières

Parmi les 27 mutuelles ayant fait l'objet de l'étude, 3 ne disposaient pas de données fiables ni sur le nombre de leurs adhérents, ni sur le nombre de bénéficiaires. Sur les 24 mutuelles restantes, 17 ont été installées avant 2000 (première année de la collecte de données de l'étude). En parlant ici de ces 17 mutuelles, on utilise l'expression « anciennes mutuelles », tandis que les 7 mutuelles qui restent, et qui ont été mises sur pieds en 2000 ou 2001, sont désignées ici par « nouvelles mutuelles ».

La figure 3.1 indique l'évolution du nombre des adhérents de la mutuelle entre 2000 à 2003, par anciennes et nouvelles mutuelles (chiffres de fin d'année). Entre 2000 et 2003, on a noté une forte tendance vers la hausse dans les adhésions pour toutes les mutuelles de l'étude, bien que la plus forte hausse des adhésions ait été observée au niveau des anciennes mutuelles dont le nombre d'adhérents a été multiplié par deux pendant la période.

Figure 3.1 : Nombre agrégé d'adhérents parmi les anciennes ou nouvelles mutuelles : Thiès 2000-2003

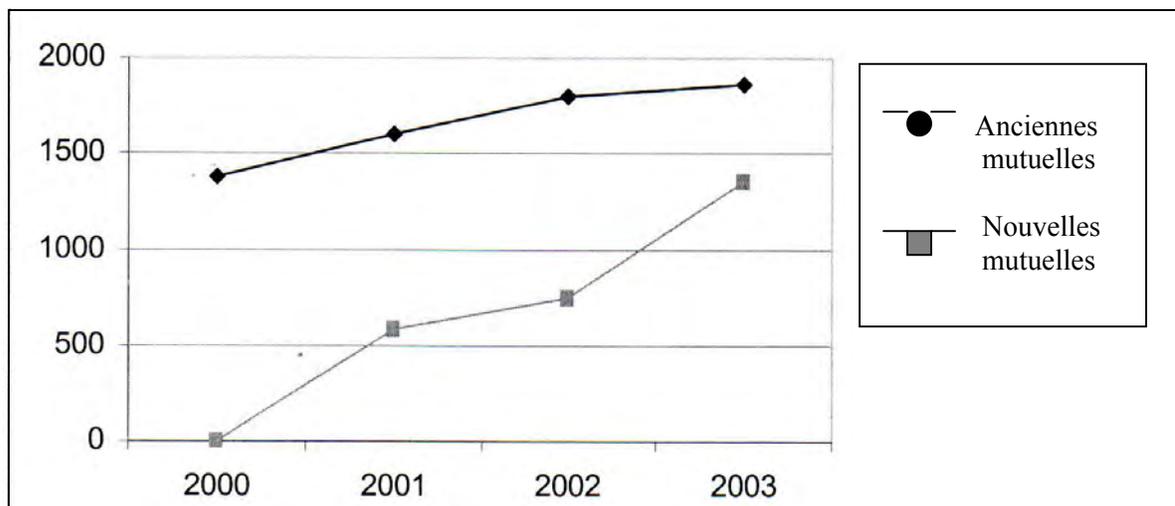


Plusieurs mutuelles ne disposaient pas d'informations sur le nombre de bénéficiaires couverts par le projet de mutuelle. Toutefois, pour les mutuelles dont les données étaient disponibles (19 mutuelles au total), l'évolution de la taille moyenne de la mutuelle pour la période 2000-2003 est indiquée sur la figure 3.2. Ce graphique est intéressant pour deux raisons : premièrement, il indique un nombre moyen croissant de bénéficiaires ; deuxièmement, le nombre moyen de bénéficiaires est relativement élevé et augmente de 1.300 en 2000 à plus de 1.800 en 2003. On fait souvent croire qu'au Sénégal, le mouvement des mutuelles de santé est dominé par des mutuelles de très petite taille

qu'on croit n'avoir que quelques centaines de bénéficiaires¹³, mais les résultats obtenus ici font penser que la plupart des mutuelles sont de loin plus grandes que cela.

Le Tableau 3-1 indique le nombre moyen d'adhérents et de bénéficiaires pour chacune des trois catégories de mutuelles (bonnes performances financières, performances financières mitigées, et performances financières médiocres). On peut remarquer que les mutuelles dont les équilibres financiers sont négatifs apparaissent comme étant celles qui, de façon typique ont un nombre de bénéficiaires plus petit comparées aux mutuelles aux équilibres financiers stables. Ceci peut suggérer que la faiblesse de la taille des pools de risques constitue en fait une menace pour la stabilité financière. Cependant, il existe un certain nombre de petites mutuelles parmi celles qui ont constamment de bons équilibres financiers, ce qui, en quelque sorte sape cette notion.

Figure 3.2 : Nombre moyen des bénéficiaires par mutuelle, parmi les anciennes et les nouvelles mutuelles : Thiès 2000-2003



Une autre observation qu'on peut faire sur le tableau est que parmi les mutuelles aux équilibres financiers négatifs, le nombre des bénéficiaires est particulièrement faible si on le compare au nombre d'adhérents. Par exemple, en 2003, parmi les mutuelles aux équilibres financiers constamment négatifs, pour chaque adhérent de la mutuelle, seuls 2,1 bénéficiaires ont été inscrits, comparé au 3,1 bénéficiaires pour chaque adhérent des mutuelles du groupe où les équilibres financiers sont bons, et 4,3 pour le groupe mixte. La taille de la famille dans la région de Thiès est 8 personnes par ménage (voir DIOP 2005). Ces résultats impliquent par conséquent, que tous les membres de la famille ne se font pas inscrire auprès des mutuelles, et moins de membres de la famille sont inscrites parmi les mutuelles qui sont moins stables financièrement. Ceci suggère qu'il existe la possibilité de sélection adverse : un phénomène étudié plus en détail dans la section 6.

¹³ Cette notion populaire aurait pu être mieux justifiée si on considère les adhérents plutôt que les bénéficiaires, mais le nombre de bénéficiaires est plus approprié pour apprécier l'adéquation d'un pool de risques.

Tableau 3.1 : Nombre moyen des membres et des bénéficiaires selon la performance financière de la mutuelle.

		Année			
		2000	2001	2002	2003
Mutuelle avec un bon équilibre financier	Membre	226	171	259	326
	Bénéficiaires	719	556	941	1406
	Rapport Bénéficiaires : membre	4,3	3,8	4,1	4,1
Mutuelle avec un équilibre financier mitigé	Membre	416	444	484	841
	Bénéficiaires	2239	2288	2352	2443
	Rapport Bénéficiaires : membre	5,9	5,5	6,3	5,3
Mutuelle dont l'équilibre financier est négatif	Membre	214	235	236	370
	Bénéficiaires	515	756	702	534
	Rapport Bénéficiaires : membre	2,6	3,5	3,9	3,1

3.3 Fonds de réserve

3.3.1 Formation des fonds de réserves

Dans tous les organismes d'assurance, y compris les mutuelles, le fonds de réserve est un instrument important dans la gestion des risques. Il est la première mesure de protection (et dans le cas des mutuelles de la région de Thiès, elle est souvent la seule) contre les augmentations des dépenses non budgétisées qui résultent d'événements imprévus et inattendus. Le tableau 3.2 indique la façon dont les mutuelles de Thiès se prémunissent contre de tels risques.

Tableau 3.2 : Compte de Fonds de réserves

Genre du compte du Fonds de réserve	Nombre de Mutuelles	Pourcentage de toutes les mutuelles enquêtées
1. Compte Epargne	21	77,8
2. Compte courant	9	33,3
3. Compte de dépôt à échéance fixe	3	11,1
4. Compte de caisse	26	96,3
5. Dépôt d'une caution auprès des prestataires de services	23	85,2
5. Autres	1	3,7

Alors qu'une grande partie des mutuelles étudiées semblent garder certaines formes de comptes de réserves, il n'est pas dit que tous les comptes énumérés ci-dessus soient des moyens appropriés de garder des réserves. En particulier, il n'est pas convenable de considérer les comptes de caisse comme faisant partie d'un fonds de réserve. Les comptes qu'on devrait considérer, au sens propre du terme

comme faisant partie du fonds de réserves sont les épargnes, les dépôts à échéances fixes et les cautions déposées auprès des prestataires de service : les deux derniers en faisant partie mais avec plus d'ambiguïté. Seules 11 % des Mutuelles couvertes par l'enquête gardent réellement un compte de dépôt à échéances fixes alors que près de 78% et 85% des mutuelles disposent effectivement, et dans cet ordre, un compte d'épargne et des dépôts de caution auprès des prestataires de soins de santé.

Le tableau 3.3 indique la constitution des fonds de réserves. Jusqu'à 85% des mutuelles ont déclaré que les frais d'adhésion payés par chaque membre au moment de sa première inscription sont la source qui a alimenté leurs fonds de réserves. Le plus surprenant, peut être, est que près de 70% des mutuelles ont également déclaré les cotisations régulières comme étant une source d'alimentation du fonds de réserves, même si très peu de mutuelles ont eu des excédents budgétaires.

Tableau 3.3 : Comment le fonds de réserve a été alimenté

Provenance des fonds pour alimenter le fonds de réserve	Nombre de Mutuelles	Pourcentage de toutes les mutuelles enquêtées
1. Premiers frais d'adhésion	23	85,19 %
2. Cotisations régulières	19	70,37
3. Cotisations au cours de la période d'attente	5	18,52
4. Dons	1	3,70
5. Excédent budgétaire	0	0

3.3.2 Adéquation des fonds de réserve

L'importance attachée aux fonds de réserve est démontrée par le fait que beaucoup de mutuelles veulent attendre plusieurs années après le démarrage de leurs activités pour amasser des fonds de réserve avant de commencer à offrir des services à leurs membres. Même au niveau des mutuelles où cette éventualité n'est pas nécessairement une préoccupation dominante, un besoin se fait souvent sentir si elles doivent établir une convention avec l'hôpital catholique de Thiès (St Jean de Dieu), de réunir au moins 500 000 FCFA pour s'acquitter de la caution à déposer au moment de la signature de la convention. Ce montant devient dès lors une somme minimale, bien que non officielle, à réunir par les mutuelles, au départ pour les mutuelles qui offrent des bénéfices liés aux hospitalisations.¹⁵

Le tableau 3.4 ci-dessous présente les données relatives aux montants moyens des comptes de fonds de réserve détenus par les Mutuelles entre 2000 et 2003. Alors que la grande majorité des mutuelles ont déclaré avoir des réserves sous une forme ou une autre, les données sur les montants de ces fonds de réserves n'étaient pas disponibles pour toutes les mutuelles.

Tableau 3.4 : Evolution des comptes de fonds de réserves de 2000 à 2004¹⁴

	2000	2002	2003	2004
Montant moyen gardé comme réserves (pour celles qui ont un fonds de réserves)	752.429	823.203	913.478	1.129.691
Nombre moyen de mois de dépenses sanitaires couverts par les réserves (pour celle qui disposent de fonds de réserves)	28,3	80,9	21,1 (48,5)	14,5 (39,9)
Nombre de mutuelles qui disposent de réserves pouvant couvrir au moins 9 mois	5	7	6	9

Note : Pour les années 2003 et 2004, les chiffres entre parenthèses représente un nombre moyen de mois de frais médicaux, toutes les mutuelles comprises. Les chiffres sans parenthèses ne prennent pas en compte une mutuelle qui disposait de fortes réserves avec des frais minimes (et pouvait assurer la couverture sanitaire pendant presque 600 mois).

Le tableau montre que les 500 000 FCFA de caution exigés par l'hôpital St Jean de Dieu correspondaient presque au niveau minimum des fonds de réserves de la plupart des mutuelles, mais au fil des ans les mutuelles se sont constituées des fonds de réserves en les augmentant de plus de 50% en termes absolus.

L'adéquation des réserves disponibles a été calculée en se demandant combien de mois de dépenses médicales moyennes le montant de réserves pourrait couvrir. Au Sénégal, la loi de 2003 relative aux mutuelles de santé exige que les fonds de réserve de chaque mutuelle puisse couvrir au moins neuf mois de frais médicaux.¹⁵

Le tableau 3.4 montre que, à ce propos, les résultats sont moins que spectaculaires pour la majorité des mutuelles Tandis que le nombre minimal de mois couvert est élevé, ceci prend en compte une poignée de mutuelles qui ont dépassé de loin les exigences de la loi. Très peu de mutuelles satisfont réellement à l'exigence des neuf mois, bien qu'on constate l'apparition d'une légère tendance ascendante pour beaucoup de mutuelles à satisfaire aux exigences de la loi.

En plus, il semble que les données fournies sur les dépenses médicales par les mutuelles ne sont pas très fiables. Le total des sommes dépensées ne correspond pas toujours à l'addition des divers éléments de dépenses et les dépenses de santé se trouvent parfois occuper une petite partie du total des dépenses de la mutuelle. Si on calcule les réserves sur la base des dépenses totales (plutôt que sur les données peu fiables des dépenses de santé) dire alors qu'elles sont suffisantes devient beaucoup plus hasardeux.

Il faut néanmoins noter que la loi sénégalaise n'a été adoptée qu'en 2003 et que les décrets pour son application ne sont toujours pas sortis en 2005. Par conséquent, dans un sens large, les mutuelles de Thiès semblent être en avance par rapport à la loi en reconnaissant le besoin de disposer d'un fonds de réserve et en mettant en place des comptes de fonds de réserves pour aider à stabiliser leur organisation.

¹⁴ Jusqu'à maintenant, toutes les hospitalisations couvertes se font au niveau de cet hôpital particulier.

¹⁵ République du Sénégal, Assemblée Nationale, Xé législature, N 03/2003, " Loi relative aux mutuelles de santé". Cette loi exige des mutuelles d'avoir des réserves équivalentes à neuf mois de frais pour services.

4. Conception des Mutuelles

La boîte n° 2 résume (à partir de la figure 1) les principaux aspects de la conception des mutuelles qu'on a supposé pouvoir influencer sur la stabilité financière des mutuelles. Cette section (i) passe en revue comment les mutuelles ont procédé dans la conception de leurs paramètres fondamentaux et comment celles-ci ont évolué d'année en année, et (ii) analyse les différences entre mutuelles en termes d'approche de conception de la mutuelle et comment cela a affecté la performance financière.

Boîte 2 : Les facteurs de la conception du projet qui affectent la viabilité financière

- ▲ Cotisations/Primes : Celles-ci ont un impact sur le côté recettes de l'équation de la stabilité financière. En réalité, la source principale de recettes d'une mutuelle est généralement obtenue à partir des cotisations et des primes que payent les membres
- ▲ Les avantages sociaux qui affectent le volet dépenses.
- ▲ Les relations avec les prestataires de service : Celles-ci peuvent affecter, éventuellement, les deux côtés de l'équation mais plus généralement, elles affectent le volet dépenses. (Ces aspects sont également traités plus loin dans ce rapport dans la rubrique environnement des prestataires)
- ▲ Techniques de gestion des risques qui affectent tout aussi bien le volet dépenses.
- ▲ Les services autres que l'assurance maladie : pour les besoins de cette étude, c'est l'impact financier probable ou réel sur la mutuelle de tels services (c'est le cas lorsque la mutuelle fait des prêts aux membres ou s'engage dans d'autres activités socio-économiques) qui nous concernent.

4.1 Collecte d'information pour la conception des mutuelles de santé

Le tableau 4.1 ci-dessous présente les approches que les initiateurs des mutuelles ont utilisé pour collecter des informations pour soutenir la conception d'une mutuelle viable. Les mutuelles ont fréquemment utilisé plus d'une de ces méthodes.

Pas moins de 16 (environ 60% des mutuelles enquêtées) ont déclaré avoir bénéficié d'une étude formelle de faisabilité à laquelle leurs initiateurs ont pris part. Dans 8 des cas (environ 30%), un partenaire (comme le GRAIM) a fait une étude de faisabilité pour le compte des initiateurs. Près de 20% des mutuelles ont effectué des visites auprès d'autres mutuelles ou ont cherché des conseils auprès d'acteurs locaux ayant des compétences pertinentes (des compétences acquises généralement au cours de projets communautaires similaires ou d'initiatives du même genre).

Tableau 4.1 : Méthodes de compilation d'information pour déterminer les paramètres initiaux (cotisations, services offerts, etc.)

Méthodes	Nombre de Mutuelles	Nombre de mutuelles ayant pris en compte les recommandations du processus.	
		Partiellement	Toutes les recommandations
Etude formelle de faisabilité par les initiateurs du projet eux même	16	4	5
Etude formelle de faisabilité conduite par un partenaire	8	2	2
Visite d'étude auprès d'une autre mutuelle	5	2	0
Utilisation de compétences locales au niveau de la communauté et basée sur des expériences locales similaires.	6	2	0
Autre méthode non précisée	3		

*Note : Ici, on emploie l'expression étude de faisabilité dans son sens large en incluant tout procédé systématique, formel ou informel.

Le tableau 4.1 suggère que l'adoption des recommandations de l'étude de faisabilité était relativement limitée. Parmi les 16 mutuelles ayant entrepris une étude de faisabilité, seules neuf déclarent avoir adopté tous ou même quelques uns des résultats de l'étude. Ceci renforce la base d'anecdotes qui montrent que les paramètres clés de la conception des mutuelles sont presque toujours décidés au cours de l'Assemblée Générale Constitutive, où les points de vue des membres fondateurs peuvent diverger significativement avec les résultats d'une étude faisabilité. Ceci reflète aussi la nature démocratique des mutuelles de santé de Thiès. (Voir aussi la discussion ci-dessous sur la détermination des niveaux de cotisations : tableau 4.2).

Le tableau 4.2 montre comment les études de faisabilité ont pu affecter les performances financières des mutuelles de santé de l'étude, en se basant sur les catégories de performance financière définies dans le tableau 3.1. Il apparaît que la réalisation d'une étude de faisabilité a un impact positif, ou du moins est positivement corrélée avec, la performance financière ultérieure. Plus de mutuelles avec un bon équilibre financier ont réalisé une étude de faisabilité formelle comparées aux mutuelles aux résultats financiers mitigés ou négatifs. Ce résultat est particulièrement fort lorsque les initiateurs de la mutuelle ont réalisé l'étude eux-mêmes ou y étaient impliqués : 83% des mutuelles avec une bonne performance financière ont réalisé elles-mêmes leur étude. De même, plus de mutuelles avec une performance financière mitigée ont réalisé une étude comparées aux mutuelles aux mauvaises performances financières.

Il est, cependant, important de noter que ceci ne prouve pas que l'étude de faisabilité en tant que telle a été la raison de la bonne performance. Il est aussi possible que le *processus d'apprentissage* associé à la réalisation de l'étude ait eu un impact bénéfique.

Tableau 4.2 : Proportion de mutuelles ayant effectué une étude de faisabilité et performances financières

% de mutuelles ayant réalisé au démarrage :	Mutuelle avec une bonne performance financière	Mutuelle avec une performance financière mitigée	Mutuelle avec une mauvaise performance financière
Etude formelle de faisabilité par les initiateurs	83%	70%	57%
Etude formelle de faisabilité conduite par un partenaire	50%	40%	29%
Visite d'étude auprès d'une autre mutuelle ou utilisation de l'exemple d'une autre mutuelle (compétences locales)	17%	20%	14%
Nombre de mutuelles	6	10	7

4.2 Paramètres fondamentaux de la conception

4.2.1 Cotisations

Détermination des cotisations

Le tableau 4.3 montre comment les mutuelles couvertes par l'étude ont fixé les niveaux des cotisations. Ce n'est pas surprenant que 24 mutuelles (environ 90%) aient signalé une décision de l'assemblée générale comme base de la fixation du montant des cotisations, l'assemblée générale a le dernier mot sur le niveau des contributions, quelle que puisse être la méthode utilisée pour les estimer. Ce qui est intéressant ici, surtout à la lumière du tableau 4.1, c'est que seules 11 mutuelles ont déclaré que l'étude de faisabilité avait servi de base à la fixation des cotisations et 4 parmi elles ont fixé le montant des cotisations en se basant sur l'expériences d'une autre mutuelle.

Tableau 4.3 : Comment les montants des cotisations ont été fixés au démarrage

Bases pour fixer le montant des cotisations	Nombre de mutuelles
1. Etude de faisabilité	11
2. Expérience d'une autre mutuelle	4
3. Décision de l'assemblée générale	24
4. Conseil d'un partenaire extérieur	0
5. Conseil d'un partenaire technique local d'appui	0
6. Autres, non précisés	2

Modification des cotisations

Le tableau 4.4 ci-dessous indique le nombre total de mutuelles qui ont changé leur taux de cotisations durant la période couverte par l'étude entre 2002 et 2003. Ce qui semble remarquable quant on regarde les données, c'est qu'on constate que très peu de mutuelles ont modifié leur taux de cotisation durant la période couverte. C'est là un fait à ne pas perdre de vue lorsque que nous allons voir les changements intervenus au niveau des autres paramètres de conception des, en particulier les paquets de bénéfiques.

Tableau 4.4 : Nombre de modifications des cotisations de 2000 à 2003 et les raisons avancées pour les justifier

Raison avancée pour la modification	Nombre total de mutuelles ayant changé les niveaux des cotisations			
	2000	2001	2002	2003
Inflation générale	3	0	1	1
Augmentation des tarifs médicaux	0	1	1	2
Mauvaises dettes	0	0	0	0
Déficits budgétaires	1	0	0	0
Autres raisons – Grandes réserves	0	1	0	1

Concernant les mutuelles qui ont modifié leurs taux de cotisations (12 en tout durant la période), il apparaît, selon le tableau, que les principaux facteurs qui sous-tendent les modifications (3 mutuelles dans chaque cas), sont l'inflation générale des prix en 2000 et l'augmentation des tarifs des soins médicaux en 2003. Il faut aussi noter que toutes les modifications sauf une, concernaient des augmentations des taux de cotisations.

4.2.2 Services/Paquets de bénéfiques

Le tableau 4.5 ci-après indique les services médicaux offerts par les mutuelles au démarrage de la mutuelle et au moment de l'enquête, et le pourcentage de couverture des différents services médicaux. A Thiès, beaucoup de mutuelles utilisent des taux élevés de co-paiement pour les services inclus dans les paquets de bénéfiques. Alors que les co-paiements sont typiquement considérés comme un mécanisme pour empêcher l'utilisation abusive des services, dans le contexte sénégalais, ils sont perçus souvent comme un moyen pour minimiser le niveau des cotisations.

Les données semblent confirmer une tendance largement observée au niveau des mutuelles de santé : la tendance vers la couverture croissante des soins de santé primaire (ou « petits risques ») plutôt que les soins de santé secondaires (ou « gros risques »). Cette tendance apparaît plus nettement lorsque nous nous concentrons sur les trois types de soins curatifs qui sont les plus demandés (hospitalisation, consultation curative primaire, médicaments).

Historiquement, l'hospitalisation était le service que les premières mutuelles avaient tendance à offrir : l'hospitalisation était considérée comme un avantage très populaire (« gros risque ») à ce stade. Actuellement, lorsqu'on compare uniquement l'augmentation de la couverture de ces services, on constate que le nombre de mutuelles qui offrent une prise en charge de l'hospitalisation n'a augmenté que de deux (environ 11%) entre le démarrage des mutuelles et aujourd'hui. Le nombre de mutuelles prenant en charge 100% de l'hospitalisation a légèrement diminué.

Cependant, la popularité des consultations et des médicaments (« petits risques ») est en augmentation croissante à mesure que les mutuelles se développent. Le nombre de mutuelles offrant une couverture quelconque des consultations primaires a augmenté de 65%, et des médicaments de 53%.

Alors que les mutuelles augmentent la prise en charge des petits risques, ces événements se produisent plus fréquemment et ainsi, il est probable qu'en les incluant dans les paquets de bénéfices, cela aura une influence significative sur les finances des mutuelles de santé.

Tableau 4.5 : Services médicaux pris en charte par les mutuelles au démarrage du projet et présentement : couverture et différence des mutuelles

Services offerts	Nombre de mutuelles prenant en charge % t (taux de couverture) au début du projet			Total	Nombre de mutuelles prenant en charge % t (taux de couverture) présentement			Total
	0<t<50	50<t<100	100		0<t<50	50<t<100	100	
Gros risques								
Hospitalisation	2	1	16	19	6		15	21
Accouchement (non difficile)	3	2	5	10	3	9	4	16
Césarienne	1		2	3	4		2	6
Analyses de laboratoire Radiographie	5	2	3	10	9	1	3	13
Intervention chirurgicale	3		1	4	7			7
Petits risques								
Consultation	5	4	5	14	9	10	4	23
Médicaments génériques Médicaments essentiels	5	4	6	15	5	11	7	23
Soin pré – natal	1	3	5	9	2	6	5	13
Soin post – natal	1	3	4	8	2	5	2	9
Vaccinations	2	3	3	8	2	6	2	10
Services de transport de l'Hôpital	1		1	2	1		2	3
Planning familial	1	1	2	4	2		1	3

On avait demandé aux mutuelles de signaler les quatre derniers changements intervenus au niveau des paquets de bénéfices : les mutuelles ont signalé au total 60 changements. Malheureusement, lors de l'enquête, on n'a pas demandé les changements des paquets de bénéfices et les modifications de taux de cotisations sur une même période de référence. Néanmoins le plus gros des cas de changements des paquets de bénéfices sont intervenus depuis 1998 : tel que discuté plus haut, il n'y a eu que 12 événements de modifications des taux de cotisations durant la période de 2000 à 2003¹⁶. Comme la plupart des modifications du taux de cotisations qui étaient des réajustements à la

¹⁶ Comme la plupart des mutuelles de l'échantillon étaient relativement jeunes, il semble probable que beaucoup plus de 12 changements au niveau des avantages sont intervenus durant les quatre dernières années.

hausse, pratiquement tous les changements au niveau des paquets de bénéfiques étaient une augmentation des services couverts.

Dans tous les changements sauf quatre, la raison justificative avancée est que c'était une décision de l'Assemblée Générale. Dans la plupart des cas, il est apparu que la décision de modifier les paquets de bénéfiques résultait d'une décision de l'Assemblée Générale qui ne s'appuyait sur aucune base actuarielle et sur aucune projection correcte de l'impact possible de la modification sur les engagements financiers de la mutuelle et par conséquent sur la pérennité financière de la mutuelle. Vraisemblablement, l'Assemblée Générale a répondu aux demandes des membres pour fidéliser les membres et/ou attirer de nouveaux membres.

4.2.3 Mesures de gestion des risques financiers

Le tableau 4.6 indique les différents types de facteurs pouvant minimiser les risques et qui ont été pris en compte dans le choix des paramètres initiaux lors de la conception de la mutuelle. Tel qu'on peut le constater, seule une minorité de mutuelles couvertes par l'enquête ont pris des mesures communes pour minimiser les risques lors du démarrage de la mutuelle. L'utilisation étendue actuellement de telles pratiques suggère que beaucoup de mutuelles ont adopté ces mesures bien après leur initiation et sur la base de leur expérience.

Tableau 4.6 : Mutuelles ayant adopté des pratiques de gestion de risques au moment de la conception de la mutuelle

Paramètres pris en compte lors de la conception initiale de la mutuelle	Nombre de mutuelles
Temps d'attente	10
Inscription obligatoire des familles	8
Co-paiement	7
Adéquation des cotisations par rapport aux paquets de bénéfiques offerts	7

5. Gestion des Mutuelles

Dans le cadre de leurs fonctions, les responsables de la gestion des mutuelles peuvent influencer directement sur la stabilité financière de la mutuelle. La boîte 3 résume, sur la base de la Figure 1, les aspects clés de la gestion d'une mutuelle susceptibles d'affecter la stabilité financière de la mutuelle.

Boîte 3 : Facteurs de la gestion des mutuelles susceptibles d'affecter la viabilité financière

- ▲ Collecte des cotisations qui peut affecter les revenus de la mutuelle
- ▲ Recouvrement des dettes et des prêts
- ▲ Gestion des ressources
- ▲ Gestion des relations avec les prestataires de soins (y compris la vérification des factures, la négociation des tarifs, etc.)
- ▲ Promotion et marketing
- ▲ Suivi de l'utilisation des services.

5.1 Mécanismes de collecte des cotisations, périodicité, arriérés et taux de recouvrement

Le tableau 5.1 indique la périodicité de collecte des cotisations au niveau des 27 mutuelles de santé étudiées. Vingt-six (26) collectent les cotisations sur une base mensuelle. Six mutuelles autorisent le paiement des contributions sur une base trimestrielle (au moins une seule parmi elles collecte les cotisations une fois par trimestre, faisant coïncider le paiement avec le moment où les mutualistes perçoivent leur pension de retraite). Une mutuelle collecte les cotisations une fois par an et une autre, selon une périodicité non précisée.

Tableau 5.1 : Périodicité de la collecte des cotisations

Périodicité	Nombre de mutuelles
Mensuelle	26
Trimestrielle	6
Annuelle	1
Autre	1

En rapport avec ces périodicités de collecte des cotisations, surtout avec la pratique dominante de collecte mensuelle, il est aussi bon de noter que la région de Thiès est une région agricole où les revenus s'obtiennent essentiellement à partir des récoltes annuelles, du marécage pratiqué en saison sèche et d'autres petites activités génératrices de revenus. Comme la décision est généralement prise de façon démocratique lors des assemblées générales, il semble aussi clair que la majorité des

personnes penchent vers un calendrier mensuel de collecte des cotisations, sans doute parce que pour elles, cette méthode est plus flexible et moins onéreuse que d'avoir à s'acquitter en une fois par an de leurs cotisations annuelles.

Le tableau 5.2 indique les taux de recouvrement des cotisations la fin des quatre années budgétaires pour les trois groupes de mutuelles. Le taux de recouvrement des contributions est égal au ratio des revenus effectivement perçus en paiement des cotisations sur les revenus attendus des cotisations (c'est-à-dire le nombre de bénéficiaires multiplié par le taux de cotisation). Remarquons que pour cette variable, les données n'étaient pas disponibles pour un nombre significatif de mutuelles. Dans l'ensemble, le taux de recouvrement des cotisations est particulièrement bas, avoisinant en moyenne 63% pour toutes les mutuelles et pendant les quatre années.

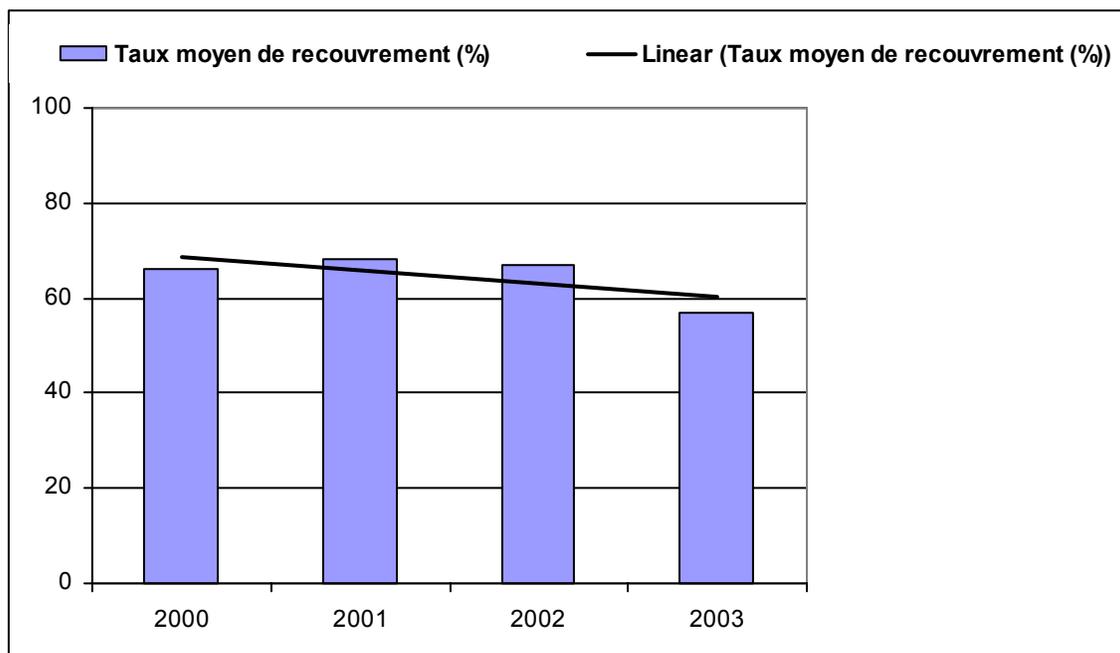
Néanmoins, il y a des variations de performances intéressantes qui sont masquées par l'agrégation des données. En particulier, 6 mutuelles ont atteint des performances relativement élevées atteignant en moyenne plus de 80% de recouvrement de cotisations pendant la même période de quatre ans. Le tableau indique également qu'une grande performance dans le recouvrement des cotisations est un des facteurs qui semblent être fortement associés aux soldes financiers positifs à la fin de l'année. Parmi les mutuelles ayant réalisé une bonne stabilité financière, la moyenne du taux de recouvrement des cotisations est de 73%, comparé avec le taux de recouvrement des cotisations qui est de 53% au niveau des mutuelles aux équilibres financiers médiocres.

La figure 5.1 montre des tendances dans le temps pour l'ensemble des mutuelles pendant les quatre années. On constate une légère baisse dans la capacité des mutuelles à recouvrer les cotisations des membres. Ces tendances peuvent être liées à des facteurs macroéconomiques affectant la région et les revenus des membres de la communauté ; comme elles peuvent aussi être liées à des facteurs qui agissent au niveau d'une mutuelle donnée. Toutefois, un examen approfondi des données individuelles des mutuelles n'a pas révélé une tendance prononcée vers une incapacité croissante de pouvoir recouvrer les cotisations les mutuelles les plus performantes.

Tableau 5.2 : Taux de recouvrement des cotisations selon la performance financière et l'année

Taux (%) de recouvrement des cotisations						
	2000	2001	2002	2003	Taux moyen sur la période	N
Mutuelles avec une bonne performance financière	61%	76%	79%	63%	73%	6
Mutuelles avec une performance financière mitigée	72%	71%	64%	63%	67%	9
Mutuelles avec une mauvaise performance financière	40%	60%	50%	43%	53%	5
Taux annuel moyen de recouvrement	66%	68%	67%	57%	63%	20

Figure 5.1 : Taux moyen annuel de recouvrement des cotisations pour 23 mutuelles de Thiès : 2000 à 2003



Les informations présentées sur le tableau 5.3 résument les méthodes utilisées pour collecter les cotisations auprès des membres de la mutuelle. Seize mutuelles (59%) ont déclaré compter sur les membres pour qu'ils s'acquittent de leurs contributions lors des réunions. Dix huit, ou deux tiers, des mutuelles disent faire du porte à porte pour collecter les cotisations de leurs membres ; alors que le plus grand nombre, 23 mutuelles (85%) ont déclaré que leurs membres peuvent également se rendre spontanément auprès des représentants désignés à cet effet pour verser leur cotisation, bien que cette façon de faire soit considérée comme moins sûre. Comme les mutuelles combinent habituellement diverses méthodes de collecte des cotisations, il n'est pas possible d'attribuer les faibles taux de recouvrement des cotisations à un groupe particulier de méthodes de collecte.

Tableau 5.3 : Méthodes utilisées pour la collecte des cotisations

Méthode	Nombre de mutuelles qui utilisent la méthode
Porte à porte	18
Paiement spontané des contributions par les membres auprès de représentants désignés	23
Au cours des réunions	16
Retrait automatique à la source (sur les salaires etc.)	0

5.2 Prêts, dettes et recouvrement des dettes

5.2.1 Services non couverts par une assurance maladie et leur influence sur la performance

Dans cette section nous présentons les données sur des services additionnels que les mutuelles offrent en dehors de leurs activités principales d'assurance-maladie. Le premier de ces services offerts par les mutuelles est en réalité très intégré dans le service principal de l'assurance-maladie. Il s'agit de prêts faits aux membres pour leur permettre de faire face aux dépenses des soins médicaux, au-delà des limites couvertes par leur assurance. Les prêts se justifient par le taux de co-paiement relativement élevé que demandent beaucoup de mutuelles et par la nature du contrat qui lie les mutuelles aux prestataires de soins concernant les hospitalisations. St Jean de Dieu, l'hôpital préféré et avec lequel les mutuelles enquêtées sont liées par une convention pour les hospitalisations, insiste pour facturer aux mutuelles le montant total des services dont ont bénéficiés leurs membres. Ensuite c'est de la responsabilité de la mutuelle de s'assurer que ses membres, après leur sortie de l'hôpital, remboursent leur part de la facture (comprenant en premier lieu le co-paiement, mais également tout paiement pour service non prévu dans le paquet de bénéfices).

Dans certaines mutuelles, cette pratique a été étendue à des services autres que les hospitalisations, en particulier des prêts aux membres pour des activités génératrices de revenus et pour l'achat de moustiquaires.

Quinze mutuelles, soit 56% de toutes les mutuelles fonctionnelles de la région de Thiès, consentent des prêts à leurs membres pour couvrir des frais médicaux au delà des limites de ce qui est couvert par leur assurance. Le même nombre de mutuelles consentent également des prêts à leurs membres pour l'achat de moustiquaires ; mais seules quatre mutuelles donnent des prêts pour des activités génératrices de revenus.

Tableau 5.4 : Services offerts par les mutuelles de santé et non couverts par l'assurance-maladie et performance financière de la mutuelle

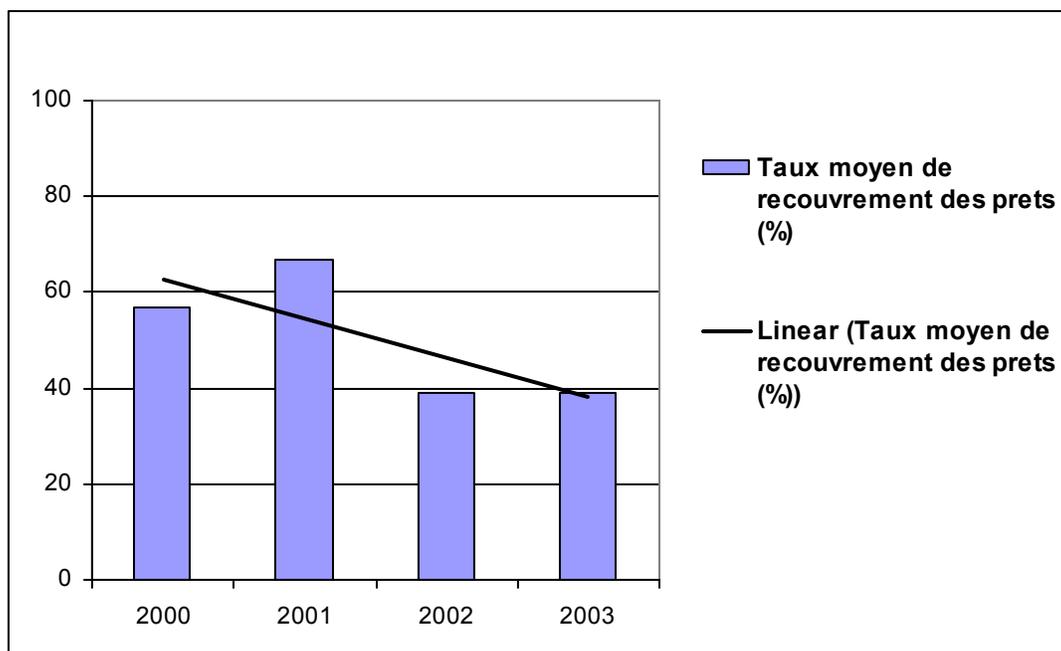
	Proportion (%) de mutuelles qui offrent les services suivants :			Nombre de mutuelles
	Prêts pour soins médicaux	Prêts pour moustiquaires	Prêts pour activités génératrices de revenus	
Mutuelles avec une bonne performance financière	33%	83%	0%	6
Mutuelles avec une performance financière mitigée	60%	50%	10%	10
Mutuelles avec une mauvaise performance financière	57%	43%	43%	7

Parmi les mutuelles aux bonnes performances financières, relativement très peu offrent des prêts pour soins médicaux, aucune ne donne de prêt pour des activités génératrices de revenus et une grande proportion donne des prêts pour des moustiquaires. Le gros des prêts pour les activités génératrices de revenus se trouve offert par les mutuelles aux équilibres financiers médiocres.

5.2.2 Prêts pour soins médicaux des mutuelles à leurs membres

Dans l'ensemble le taux de recouvrement des prêts pour soins médicaux était d'à peu près de 50%, bien que, comme le montre la figure 5.2, le taux de recouvrement ait été bien au dessous des 50% pendant les deux années les plus récentes au cours desquelles les informations étaient disponibles (2002- 2003).

Figure 5.2 : Taux de recouvrement des prêts de santé, par an



Parmi les 15 mutuelles qui consentent des prêts pour soins médicaux, six (6) ont atteint un taux de recouvrement de plus de 60% ; deux (2) ont eu un taux de recouvrement qui tournait autour de 50% ; sept (7) ont eu un taux de recouvrement bien au-dessous de 50%. (Voir tableau 5.5). Quand on étudie en détail les données annuelles, il apparaît qu'au moins pour les mutuelles les plus performantes (les quatre mutuelles qui ont obtenu un taux de recouvrement au dessus de 70%), le taux de recouvrement reflète assez bien leur performance d'une année à l'autre. La variation des taux de recouvrement des dettes est plus importante au niveau de la plupart des autres mutuelles.

On a constaté très peu de différence dans les taux de recouvrement parmi des mutuelles aux performances financières différentes (le taux moyen de recouvrement de mutuelles aux équilibres financiers positifs était de 54% comparé aux 49% relevés au niveau des mutuelles aux équilibres financiers constamment négatifs), mais on devrait rappeler qu'un nombre beaucoup plus petit de mutuelles aux situations financières plus solides ont donné des prêts pour soins médicaux.

Tableau 5.5 : Taux moyen de recouvrement des prêts médicaux par mutuelle pour la période allant de 2000 à 2004

Code de mutuelle	Taux moyen de recouvrement (%)
1	25
2	38
3	31
4	65
10	48
12	25
13	50
14	22
15	80
16	0
31	100
33	73
36	84
37	35
39	69

Le tableau 5.6 montre le total des prêts médicaux en pourcentage par rapport aux dépenses des 11 mutuelles dont les données étaient disponibles. Deux mutuelles, les numéros 1 et 36, ont eu une dette sur les prêts de santé très élevée, et dans le premier cas, de loin supérieure à la moyenne des dépenses pendant la période considérée, tandis que la prêt du deuxième cas représente plus de 75% des dépenses. Une troisième mutuelle (n°37) a une dette supérieure au tiers de ses dépenses.

Le tableau 5.7 ci-dessus donne la décomposition des dettes des membres de 10 mutuelles au 31 Mars 2004, par durée de la dette (pour 6 mois, 1 an et plus d'un an) et par pourcentage par rapport aux dépenses totales de la mutuelle en 2003. Cinq (50%) de ces mutuelles ont une masse totale de dettes relativement peu importantes rapportées aux dépenses totales effectuées en 2003 (ce qui représente moins de 1% des dépenses), tandis que trois ont une masse très importante de dettes à court terme, et une d'elles a un excédent de dettes de 320% par rapport à ses dépenses en 2003.

Tableau 5.6: Total de la dette issue de prêts, en pourcentage par rapport aux dépenses totales annuelles

Code de la mutuelle	Dettes en % des Dépenses				Moyenne annuelle
	2000	2001	2002	2004	
1	57	255	125	99	134
2		4	2	5	4
3	35	11	9	3	15
10	9	15	8	5	9
12	12	21	26	33	23
13	12	14	12	14	13
15	0	11	19	8	13
33	22	3	0	18	14
36	53	86	98	68	76
37	3	66	63	17	37
39	12		15		13

Tableau 5.7: Dettes résultant des prêts médicaux consentis aux membres par la mutuelle, pour une durée de 6 mois, 1 an et plus d'un an

Code de la mutuelle	Dettes s'écolant sur 6 mois ou moins en % par rapport aux dépenses totales de 2003	Dettes entre 6 mois et 1 an en % par rapport aux dépenses totales de 2003	Dettes s'écolant sur plus d'un an en % par rapport au total des dépenses de 2003
1	0,1	0,0	0,0
3	0,6	0,0	2,0
10	0,0	0,0	0,0
12	31,9	0,0	33,1
13	0,1	0,0	0,0
15	0,0	0,0	7,9
31	0,6	0,0	11,7
36	321,4	0,0	0,0
37	0,2	0,0	0,0
39	45,5	0,0	

Les données de l'enquête ont aussi montré que seules 2 mutuelles sur les 27 étudiées ont établi un calendrier de remboursement avec des échéances et des délais limites pour les prêts consentis aux membres. Etant donné que parmi les mutuelles étudiées, 15 ont consenti des prêts à leurs membres, ceci représente sans doute un point de faiblesse dans la conception ou dans la gestion que plus de 85% des mutuelles de la région de Thiès n'aient pas de politique claire en matière de remboursement des prêts¹⁷.

¹⁷ En plus de ne pas disposer de termes de repaiement des dettes, certains gestionnaires de mutuelles annulent implicitement les dettes non remboursées à la fin de l'année. Voir les données sur les mauvaises dettes ci-dessous.

Les deux mutuelles qui ont clairement défini les conditions des prêts exigent que les prêts soient remboursés au bout de 9 mois pour l'une et 3 mois pour l'autre. Dans un cas, la période réelle de remboursement proposée aux membres dépend du montant du prêt ; alors que pour l'autre mutuelle, la période réelle de remboursement proposée est fonction des revenus du membre. Il est possible que d'autres mutuelles aient des accords particuliers avec leurs membres qui dépendent de facteurs semblables à ceux – ci.

5.2.3 Prêts pour activités génératrices de revenus et moustiquaires

Sur les quinze mutuelles qui ont donné des prêts pour l'achat de moustiquaires, seules huit disposent de données complètes sur le montant recouvré ; cependant, concernant ces huit mutuelles la performance dans le recouvrement des prêts pour moustiquaires semblent légèrement meilleure que celle des prêts pour activités génératrices de revenus. Quatre mutuelles ont atteint un taux moyen de recouvrement très élevé, d'au moins 80% et la moyenne générale pour le groupe est de 67%.

Des cinq mutuelles qui donnent des prêts pour activités génératrices de revenus, une seule a été en mesure de recouvrer, en moyenne, plus de 80% des sommes dues. Parmi toutes les mutuelles, pendant les quatre dernières années, seules près de 53% du total des sommes dues pour prêts destinés aux activités génératrices de revenus ont pu être remboursées. Les données concernant deux des mutuelles se sont révélées très incomplètes.

5.2.4 Mécanisme pour réduire ou absorber l'impact des créances irrécouvrables

Avec des arriérés annuelles importantes et glissantes des prêts qui résultent de services non liés à l'assurance-maladie dans certaines mutuelles de santé, la question qui se pose est de savoir ce qui arrive lorsqu'une mutuelle doit déclarer que certaines de ses dettes sont devenues de créances non recouvrables ? Comment réduire au minimum l'impact des dettes sur l'équilibre financier de ces mutuelles ?

Le tableau 5.8 indique quelques mécanismes que les mutuelles de Thiès utilisent pour absorber sinon réduire l'impact négatif possible des créances irrécouvrables. Le tableau 5.8 montre que les procédés les plus fréquents sur lesquels comptent les 26 mutuelles de Thiès qui ont répondu à la question consistent en une pression sociale. (C'est-à-dire l'influence du groupe pour amener les débiteurs défaillants à payer). Cela reflète le caractère de solidarité communautaire de ces mutuelles, et leur capacité potentielle à mobiliser le capital social de la communauté, bien que l'efficacité d'une telle méthode n'ait pas pu être jaugée dans l'enquête de sorte qu'il n'est pas possible de dire que par cette méthode, de bons résultats ont été obtenus. Accorder un moratoire aux débiteurs est également le reflet d'une solidarité entre les membres des mutuelles.

Mais il est aussi intéressant de noter que cinq mutuelles au moins ont déclaré qu'une action en justice était une des possibilités offertes à elles. Ici aussi, il n'est pas clair, sur la base des données fournies, si ces mutuelles ont effectivement eu recours dans la pratique, à une telle éventualité ou s'il s'agit là, simplement d'une possibilité théorique à leur disposition. Il est sans doute plus sûr de supposer qu'une action en justice n'est pas une option réalisable dans le cas de la plupart des mutuelles.

Tableau 5.8: Mécanismes utilisés par les mutuelles pour absorber ou réduire l'impact des mauvaises dettes

Mécanismes	Nombre de mutuelles qui déclarent utiliser la méthode
Recourir au fonds de réserve	0
Subventions venues de l'extérieur	1
Augmentations des contributions	0
Pression sociale	8
Exigence de sécurité, de garantie, de caution	1
Moratoire	5
Action en justice	5
Autres (non précisés)	6

Seules 3 mutuelles imposent des pénalités pour les arriérés de dettes et six mutuelles imposent une pénalité pour les arriérés de cotisations.

5.2.5 Dettes contractées auprès de prestataires de soins

A la fin de Mars 2004, seules trois mutuelles (11% de toutes les mutuelles qui ont fait l'objet d'une enquête) s'étaient endettées auprès de prestataires de soins. Le total de la somme due aux prestataires est insignifiante comparée soit au chiffre d'affaires du prestataire, soit au montant total des sommes générées par les relations d'affaires entre mutuelles et prestataires au niveau de la région¹⁸. Des trois mutuelles endettées auprès de prestataires de soins en Mars 2004, les sommes dues allaient d'un peu moins de 2.000F CFA à 900.000 F CFA. Ce faible niveau d'endettement des mutuelles auprès des prestataires peut être expliqué, en partie, par les exigences d'une caution à déposer par les mutuelles auprès des prestataires tout au début de l'application de la convention qui les lie. Ceci suggère, que quelques soient les problèmes financiers actuels des mutuelles de santé, ils n'ont pas encore un impact sur les prestataires.

5.3 Qualifications, compétences en gestion, structures des mutuelles

Les qualifications et les compétences en gestion sont des facteurs qui peuvent avoir un impact sur la capacité d'une mutuelle à maximiser des revenus (par exemple calculer un taux de prime suffisant pour couvrir les dépenses prévues, obtenir un taux élevé de recouvrement des cotisations, réinvestir les revenus avec sagesse, etc.) et minimaliser les charges (par exemple, contrôler les factures et les tarifs des prestataires, et leurs pratiques de prescription d'ordonnances, vérifier les abus commis par les mutualistes, analyser l'impact financier possible des diverses décisions liées à la conception et les activités de la mutuelle, etc.). L'étude a examiné deux facteurs d'aptitude à la gestion : le niveau d'éducation et la formation dans les domaines d'activités de la mutuelle. La compétence en matière de gestion est également évaluée en partie dans les sections qui suivent sur les méthodes de marketing et de promotion, de même que les instruments financiers et de gestion employés.

¹⁸ Voir la discussion ci-dessous portant sur les prestataires de soins pour des détails sur les montants des transactions entre les mutuelles et les prestataires.

Les tableaux 5.9 et 5.10 indiquent, respectivement, le niveau d’instruction des gestionnaires des mutuelles ainsi que les formations particulières reçues par les gestionnaires. En termes de niveau d’instruction, environ 70% des mutuelles avaient des gestionnaires ayant au moins un niveau d’instruction secondaire.

Tableau 5.9: Niveau d’instruction des gestionnaires

Niveau d’instruction des gestionnaires	Nombre de mutuelles	Pourcentage de toutes les mutuelles enquêtées
Ecole élémentaire (primaire)	8	29,6
Ecole secondaire	14	51,9
Enseignement supérieur	5	18,5
Total	27	100,00

Le tableau 5.10 montre que la gestion administrative et financière sont les qualifications additionnelles les plus communément enseignées. Près de 70% des gestionnaires de mutuelles ont reçu une formation pour être qualifiés dans ces domaines.

Tableau 5.10 : Formation en gestion et fonctionnement des mutuelles de la santé

Le gestionnaire a-t-il reçu une formation dans les domaines suivants	Nombre de mutuelles	Pourcentage concernant toutes les mutuelles étudiées
Comptabilité	13	48,1
Marketing	5	18,5
Gestion administrative et financière	19	70,4
Contrôle (audits de la comptabilité et de la gestion)	7	25,9
Evaluation de la qualité des soins de santé	3	11,1
Technologie de l’information	8	29,6
Techniques d’animation	10	37,0

Des analyses supplémentaires ont été faites pour voir si les niveaux d’instruction atteints par les gestionnaires ou si la formation complémentaire particulière donnée par les mutuelles de santé ont pu affecter la performance financière des mutuelles. Toutefois, on n’a pas noté une disparité importante due aux niveaux d’instruction ou à la formation pratique reçue par les gestionnaires, entre mutuelles à bonne performance financière et celles à performance financière plus faible.

5.4 Marketing et promotion

Un bon marketing allié à un travail de promotion peut accroître le nombre d’adhésion à la mutuelle, motiver davantage les personnes déjà membres, améliorer la rentrée des cotisations,

inculper un comportement plus responsable, réduire les abus et permettre que les besoins et les préférences de la communauté soient discernés et pris en compte dans la conception des mutuelles¹⁹.

Même si presque toutes les mutuelles font de la sensibilisation au niveau des communautés, le fait d'avoir trouvé plus haut que très peu de gestionnaires avaient reçu une formation formelle en vue de telles aptitudes, doit nous conduire à douter de la qualité, de l'efficacité et vraisemblablement de l'impact positif de telles activités.

Tableau 5.11 : Marketing et activités de promotion des mutuelles

Mutuelles ayant un planning régulier pour les activités suivantes	Nombre de mutuelles	Pourcentage pour toutes les mutuelles enquêtées
Sensibilisation – Informations à la disposition des communautés	25	92,59
Animation – Encouragement à la participation des communautés	11	40,74

Les canaux utilisés pour le travail de sensibilisation (Tableau 5.12) semblent dictés tant pas les coûts financiers que par quelques notions d'efficacité : des réunions publiques et des visites à domicile sont les méthodes les plus populaires employées par presque trois quarts des mutuelles.

Tableau 5.12: Médias et canaux utilisés pour le marketing, l'animation et la sensibilisation

Canaux utilisés pour :	Moyen	Nombre de mutuelles	Pourcentage pour toutes les mutuelles de l'enquête
Animation	Réunions publiques	11	40,7
	Visites à domicile	6	22,2
	Presse écrite	2	7,4
	Radio	6	22,2
	T.V	1	3,7
Sensibilisation	Réunions publiques	20	74,1
	Visites à domicile	20	74,1
	Presse écrite	1	3,7
	Radio	10	37,0
	T.V	2	7,4

¹⁹ Dans le contexte des mutuelles de santé du Sénégal, le terme comme marketing est rarement usité ; des termes comme animation et sensibilisation sont employés plus fréquemment pour décrire les activités destinées à faire la promotion de la mutuelle auprès des communautés. Le terme « sensibilisation » se réfère à la mise à la disposition de communautés ciblées des informations et susciter en elles une prise de conscience, alors que les activités d'animation sont plus dynamiques, cherchant à presser les communautés à prendre plus d'initiatives et à mieux participer à la vie des mutuelles.

5.5 Gestion financière des mutuelles

Le rôle fondamental de la gestion d'une mutuelle consiste à administrer les ressources et à gérer les activités de manière à s'assurer que les recettes de l'organisation couvrent ses dépenses année après année ; en d'autres termes, il s'agit d'assurer une stabilité de l'équilibre financier. Le gestionnaire de la mutuelle dispose, en général, d'outils de gestion pour lui faciliter la réussite de son travail. Le tableau 5.13 donne une liste des instruments de gestion les plus courants et le nombre de mutuelles qui ont chaque instrument de même que quelques indications permettant de savoir si ces instruments sont effectivement mis constamment à jour.

Une bonne conservation des dossiers et des rapports réguliers, sont particulièrement importants pour la transparence et le contrôle, et par conséquent pour renforcer la des membres. Certains des instruments demandent une bonne conservation de dossiers, alors que pour d'autres il faut, périodiquement, faire des rapports.

Tableau 5.13 : Instruments de gestion et d'administration utilisés

Nature des instruments de gestion et d'administration utilisés	Disponibles		Non à jour		Non disponibles		Non Utilisés (Nombre de mutuelles)
	Nombre de mutuelles	% de mutuelles enquêtées	Nombre de mutuelles	% de mutuelles enquêtée	Nombre mutuelles	% de mutuelles enquêtées	
Registre des membres	20	74,1			6	22,2	1
Registre des cotisations	21	77,8	1	3,7	5	18,5	1
Bons d'achat, bons de commande	3	11,1	1	3,7	3	11,1	20
Procès verbal des réunions	13	48,1			11	40,7	3
Livret de banque	7	25,9	1	3,7	1	3,7	18
Livret de caisse	17	63,0	1	3,7	8	29,6	2
Projections budgétaires	5	18,5	1	3,7	3	11,1	18
Compte d'exploitation – états des recettes et des dépenses	4	14,8			1	3,7	22
Bilan	11	40,7			8	29,6	8
Registre ou dossier d'utilisation des services	15	55,6			8	29,6	4
Registre des factures	10	37,0	1	3,7	5	18,5	11
Lettres de garantie	18	66,7			4	14,8	5
Registre des bénéficiaires	17	63,0	1	3,7	8	29,6	1
Autres instruments de gestion	4	14,8	5	18,5	1	3,7	17

Environ trois quarts des mutuelles disposent de registres où sont inscrits les noms des mutualistes et un registre destiné aux cotisations des membres. Entre trois cinquièmes et deux tiers (3/5 – 2/3) des mutuelles ont un livre de caisse, un registre de lettres de garantie et de bénéficiaires (en plus d'un registre de membres), et un peu plus de la moitié gardent un dossier d'utilisation de services. Néanmoins, moins de la moitié d'entre les mutuelles conservent les procès verbaux des

réunions et un nombre encore plus petit d'entre elles gardent un livret de banque ou préparent des projections budgétaires (recettes et dépenses) ou un état des recettes et des dépenses.

Ces données font penser que la qualité de la gestion des mutuelles est au mieux mitigée avec seulement les instruments de conservation des dossiers de base qui sont utilisés de manière générale, tandis que les autres instruments qui peuvent être critiques à l'égard de la gestion, sont rarement utilisés. Le côté particulièrement faible des mutuelles semble se situer au niveau des rapports d'activités à faire, ce qui entraîne des analyses complémentaires ou une manipulation de leurs dossiers.

Seules dix mutuelles, soit près du tiers des mutuelles qui ont fait l'objet de cette étude ont déclaré proposer un budget annuel à leur assemblée générale. Ce qui est très minime pour un instrument de gestion financière d'une telle importance, sans lequel il est difficile d'apprécier la pérennité des niveaux actuelles des revenus et des dépenses, aussi bien que l'impact financier probable des décisions de politique.

A partir du tableau 5.14, on voit que pour un tiers des mutuelles qui élaborent un budget, il y a une compréhension raisonnable des éléments clés qu'il faut prendre en compte si on veut que l'exercice soit utile et crédible.

Tableau 5.14 : Eléments pris en compte lors de l'élaboration du budget

Eléments pris en compte dans le budget	Nombre de mutuelles	Pourcentage de toutes les mutuelles	
		Enquêtées	Qui élaborent un budget
Inflation	8	29,63	80
Nombre prévu de membres / bénéficiaires	10	37,04	100
Coût des services	10	37,04	100
Frais généraux	10	37,04	100

5.5.1 Impact de l'utilisation par les mutuelles des instruments gestion financière sur la performance financière

Le tableau 5.15 montre les différences dans l'utilisation des instruments de gestion financière selon la catégorie de performance financière des mutuelles. Les données montrent qu'une utilisation des instruments financiers de gestion a un impact bénéfique sur la performance. Dans la plupart des cas, les mutuelles aux meilleures performances ont une plus grande tendance à utiliser les instruments de gestion financière.

Tableau 5.15 : Pourcentage des mutuelles qui utilisent les instruments de gestion financière selon la catégorie de performance financière

	Bonne performance	Performance mitigée	Performance médiocre
Utilisation d'un livret de caisse	33,33 %	33 %	14,29 %
Utilisation d'un livret de banque	83,33 %	60 %	57,14 %
Bilan	50 %	50 %	28,57 %
Dossier ou registre sur l'utilisation des services	66,67 %	70 %	42,85 %
Registre des bénéficiaires	50 %	70 %	71,43 %
Lettre de garantie	50 %	70 %	57,14 %
Budget		30 %	
Etat des recettes et des dépenses		40 %	
Registre des cotisations	83,33 %	80 %	71,43 %
Registre des factures	33,33 %	50 %	14,29 %
Registre des membres	66,67 %	70 %	85,7 %
Fonds de réserve	83,33 %	70 %	71,43 %
Nombre de mutuelles	6	10	7

5.6 Rémunération et bénévolat

Les mutuelles de santé dépendent substantiellement du bénévolat. Les frais d'administration des mutuelles seraient fortement affectés au cas où elles devaient payer les salaires et d'autres frais pour la motivation des gestionnaires et autres personnels. Si de tels frais étaient nécessaires, les mutuelles auraient alors certainement besoin d'ajuster à la baisse leurs dépenses, de pratiquer des primes plus élevés, ou faire face à des risques de déséquilibre financier²⁰.

Les données des tableaux 5.16 et 5.17 semblent confirmer la perception largement répandue que les gestionnaires de mutuelles sont essentiellement des bénévoles.

²⁰ Il est aussi important de noter que même dans le cas où le personnel est bénévole, il peut y avoir des coûts économiques relativement à la performance des mutuelles, de temps engagées dans les activités des mutuelles au lieu d'autres activités, ainsi de suite. Ces questions n'ont pas l'objet d'investigation dans le cadre de cette étude.

Tableau 5.16 : Rémunération des gestionnaires

Incitations matérielles pour motiver les gestionnaires		Nombre de mutuelles	% de toutes les mutuelles étudiées
1. Salaire		4	14,81
2. Ristourne sur les cotisations collectées		2	7,40
3. Indemnité	a. de Logement	1	3,70
	b. de Transport	6	22,22
	c. Soins médicaux gratuits		
	d. Autres	1	3,70
4. Autres bénéfices	e. Autres motivations financières	4	14,81

Tableau 5.17 : Rémunération des délégués de zone et d'autres personnes

Nature des moyens de motivation des délégués de zone, des membres des bureaux et d'autres agents au niveau décentralisé		Nombre de mutuelles	% de toutes les mutuelles étudiées
1. Salaire		0	0,00
2. Commissions sur les cotisations collectées		1	3,70
3. Indemnité	a. de Logement	1	3,70
	b. de Transport	6	22,22
	c. Soins médicaux gratuits		
	d. Autres motivations à préciser	2	7,41
4. Autres avantage	Allocation volontariat	3	11,11
	Paye UNACOIS* - frais administratif	1	3,70
	10 % commission sur cotisations	1	3,70
	Rien de paye	7	25,93
	Dépenses téléphone	1	3,70

* L'UNACOIS est un syndicat frère de cette mutuelle et apporte son appui sous forme de paiement des frais généraux et d'autres dépenses.

5.7 Mauvaise gestion et détournement

Cette section examine les données relatives aux fraudes, aux abus et aux détournements, de même que le système mis en place pour prévenir de tels cas et pour vérifier les factures venant des prestataires de soins.

Le tableau 5.18 indique que 10 mutuelles (37 % des mutuelles ayant fait l'objet de l'enquête) ont déclaré avoir enregistré un cas de fraude ou d'abus dans l'utilisation des services commis par des membres ordinaires.

Le tableau indique aussi qu'une mutuelle a reconnu le cas d'un détournement de fonds commis par un gestionnaire tandis que seules quatre autres mutuelles ont admis des cas de détournements de fonds commis par des agents subalternes.

Tableau 5.18 : Cas signalés de fraudes et d'abus et de détournement de fonds

Y a-t-il eu des cas de fraude et/ou d'abus ou de détournements de fonds impliquant	Cas de fraudes et d'abus signalés		Cas de détournements de fonds signalés	
	Mutuelles ayant répondu oui	% de toutes les mutuelles étudiées	Mutuelles ayant répondu oui	% de toutes les mutuelles étudiées
Membres ordinaires	10	37,04	n.d.	n.d.
Gestionnaires	0	0	1	3,7
Autres agents	0	0	0	0
Prestataires	0	0	n.d.	n.d.
Représentants de zone	n.d.	n.d.	2	7,4
Collecteurs de cotisations	n.d.	n.d.	1	3,7
Autres	n.d.	n.d.	1	3,7

C'est ici un domaine où manifestement, il y a certainement sous estimation. Néanmoins, les données sont en conformité avec les anecdotes et une perception générale de la difficulté d'échapper suite à un détournement et d'un emploi abusif de fonds.

6. Environnement des Prestataires de Soins

6.1 Introduction

La nature des relations entre la mutuelle et les prestataires de service peut exercer une influence importante sur la stabilité financière de la mutuelle. Ces relations, habituellement réglementées par une convention, sont indiquées dans la case ci-après.

Boîte 3 : Les rapports du prestataire avec la mutuelle et effets de l'environnement du prestataire sur la viabilité financière de la mutuelle

- ▲ Pratiques cliniques du prestataire (adéquation des pratiques cliniques, dans quelle mesure ces pratiques aident-elles à contrôler les coûts).
- ▲ Tarifs appliqués par le prestataire
- ▲ Choix du mode de paiement du prestataire (et partant, les incitations du prestataire pour contrôler ou encourager la sur-utilisation des prestations, et aussi pour contrôler les pratiques frauduleuses).
- ▲ Réputation du prestataire et donc l'attrait qu'exerce le prestataire sur les mutualistes et la qualité des soins médicaux dispensés aux membres potentiels du projet.
- ▲ Politique d'utilisation des médicaments génériques et liste des principaux médicaments (affectant les coûts de la mutuelle).
- ▲ Autres clauses de la convention liant les deux parties et leurs implications sur les frais.

6.2 Pratiques cliniques/prescriptions et comportement des prestataires

6.2.1 Disponibilité des médicaments

Pour estimer très sommairement un aspect de la qualité des soins bien appréciée par les membres des mutuelles²¹, on avait demandé aux prestataires lors de l'enquête la durée des ruptures de stock pendant le dernier semestre de 2003 pour certains des médicaments les plus couramment utilisés dans les formations sanitaires de la région de Thiès. Les médicaments choisis étaient le fer, le paracétamol,

²¹ Beaucoup d'études montrent que les gens préfèrent payer pour avoir des soins médicaux de qualité (telles qu'ils les conçoivent) et ainsi les mutuelles pourraient attirer beaucoup plus de membres si elles permettent un accès aux formations sanitaires qui se sont fait remarquer pour la qualité de leur prestation. Très certainement, il pourrait avec plus de réalisme faire payer les contributions.

la chloroquine et l'amoxicilline. La période englobait la saison cruciale des pluies de cette année-là : une période où le nombre de cas de paludisme augmente en flèche et la consommation des médicaments s'accroît.

L'annexe A indique le nombre de prestataires qui ont déclaré une série de périodes de rupture de stocks pendant cette période. Il semblerait, sur la base de ces données, que la grande majorité des prestataires de soins n'ont signalé aucun problème de rupture de stock pour tous les médicaments. Toutefois, des prestataires (jusqu'à 4 ou 5) ont signalé des ruptures de stocks en fer et paracétamol plus que pour tout autre médicament et pour une durée allant de 1 à 50 jours. Les deux mêmes médicaments sont les seuls à avoir été en rupture de stock pour plus de 100 jours. Ces données semblent corroborer les anecdotes de certains problèmes de rupture de stocks qui affectent de façon chronique quelques formations sanitaires publiques qui dispensent des soins de santé primaires dans la région.

6.2.2 Rôle des prestataires comme conseillers d'éventuels membres des mutuelles

Il est bien établi que les prestataires ont un rôle crucial à jouer dans la promotion des mutuelles. Le rôle des prestataires et leurs contacts privilégiés avec les personnes vulnérables et malades de la communauté leur donne une très grande crédibilité et un prestige sur toutes les questions en matière de santé. En effet, beaucoup de mutuelles comptent régulièrement sur eux pour les aider à convaincre les gens à adhérer aux mutuelles de santé.

Afin de savoir si le personnel prestataire de service, était systématiquement enclin à conseiller les personnes considérées comme de mauvais risques à adhérer aux mutuelles, on avait demandé aux prestataires de classer les priorités que leur personnel donne effectivement lorsqu'il donne des conseils aux personnes des groupes vulnérables au sujet des mutuelles. Le tableau 6.1 donne les résultats.

Il semble que le personnel des structures prestataires de service ont tendance à donner la priorité de leurs conseils à ceux qui ne sont pas membres d'une mutuelle mais atteints d'une maladie grave ainsi qu'à ceux qui sont très pauvres sur les avantages qu'ils ont à adhérer à une mutuelle. Cependant, 11 prestataires de service ont dit aussi leur personnel donnait des conseils et des informations sur les avantages des mutuelles à tous les malades.

Ce qui, ici, est significatif, c'est que les prestataires sont essentiellement en contact, avec les groupes vulnérables et les personnes malades de la communauté ; encourager de telles personnes à adhérer à une mutuelle doit être équilibré par un égal encouragement à l'endroit des personnes bien portantes et aisées de la communauté à faire de même.

Tableau 6.1 : Le personnel des structures prestataires de service donne des conseils/informations sur les avantages de la mutuelle

Les prestataires conseillent-ils aux non-adhérents à adhérer à la mutuelle dans les cas de ...	Nombre de prestataires qui donnent des conseils en accordant une priorité dans cet ordre décroissant (1 à 5)				
	1	2	3	4	5
Maladie grave	2	12	5		
Malades très pauvres	13	8	3	1	
Maladie chronique	3	3	7	5	
Malades de tous genres	11	6		7	
Autres		5			

6.3 Relations financières entre prestataire et mutuelle

6.3.1 Tarifs des prestataires

L'annexe B présente l'évolution des tarifs dans la région de Thiès pendant les 4 années 2000 – 2003 au niveau des formations sanitaires publiques (niveau des postes de santé). Ce qu'il est important de noter sur ce tableau, c'est la stabilité remarquable des tarifs des prestataires de service durant la période concernée. Peut être que cela se comprend dans la mesure où ces tarifs sont sujets à des contrôles de l'état et on ne peut pas les modifier comme on veut.

L'autre point important à noter est que les données confirment l'idée largement répandue et qui veut que les mutualistes payent systématiquement moins cher que ceux qui ne sont pas membres des mutuelles quand il s'agit de services médicaux. A travers les différents services, à l'exception de quelques uns, les tarifs payés par les mutualistes sont plus bas que ceux payés par ceux qui ne sont pas mutualistes, même quand il s'agit de services à faible risque comme la consultation et médicaments.

Il est également utile de souligner que tous les postes et centres de santé du système de santé au Sénégal fonctionnent sur la base des principes de l'Initiative de Bamako et qu'en particulier ils sont basés sur l'utilisation des médicaments génériques essentiels qui ont été approuvés. Cela fonctionne à l'avantage des mutuelles dans la mesure où cela aide à contrôler les coûts des médicaments.

6.3.2 Mode de paiement des prestataires

Le tableau 6.2 présente le mode de paiement en vigueur entre les mutuelles et les prestataires de soins de santé primaire dans la région de Thiès. Vingt-six prestataires ont déclaré qu'ils facturaient les

mutuelles de santé sur la base d'une tarification à l'acte, alors qu'un prestataire se fait rembourser sur la base d'un paiement par épisode²².

La tarification à l'acte est une méthode moins efficiente (et expose potentiellement les mutuelles de santé à des coûts plus élevés) que d'autres qui sont potentiellement disponibles ; mais on peut douter que toute autre méthode puisse, si on est réaliste, être appliquée par les prestataires, pour les soins de santé primaire dans ces conditions.

Tableau 6.2 : Modes de paiement des prestataires – Postes et centres de santé

Mode paiement	Nombre de mutuelles
Par acte (tarification a l'acte)	26
Paiement par jour	0
Paiement par cas ou par période	1
Autres	0

6.3.3 Chiffre d'affaires des prestataires tirés des mutuelles

Le tableau 6.3 ci-dessous montre les recettes que les prestataires tirent des mutuelles en % par rapport revenu total du prestataire. Ce tableau ne concerne que les prestataires des soins de santé primaire (au niveau des postes et des centres de santé). La conclusion générale est que les recettes à partir des mutuelles, à part le cas particulier et remarquable de la case de santé de Ngaye Ngaye en 2003, constituent une faible partie des recettes des prestataires pendant cette période. Si les revenus tirés des mutuelles atteignaient une proportion significative des revenus des prestataires, cela aurait donné aux mutuelles un pouvoir important dans leurs rapports globaux avec les prestataires et cela, bien utilisé, pourrait influencer positivement sur leur stabilité financière.

²² Les données des hôpitaux n'étaient pas disponibles pendant l'enquête mais en ce qui concerne l'hôpital catholique, toutes les mutuelles liées par convention sont facturés par jour pour les frais d'admission à l'hôpital (non compris les frais d'opération). Ce genre de contrat a beaucoup facilité les choses aux mutuelles car il nécessite de moindres aptitudes administratives pour l'appliquer et vérifier la tarification.

Tableau 6.3 : Revenu tiré des mutuelles en pourcentage du revenu total du prestataire

Prestataire de service	Revenu tiré de la mutuelle en terme de % par rapport au revenu total du prestataire			
	2000	2001	2002	2003
Poste de santé Thiénaba Gare	0	1,4	7,5	6,8
Poste de santé St-Joseph de Baback	0	0,0	0,0	1,0
Centre de santé du Dixième			0,0	1,0
Poste de santé de Pout		0,0	0,0	0,0
Poste de santé Médina Fall	0	0,4	3,0	5,3
Poste de santé Mbour Thiès		1,9	0,5	0,2
Poste santé Sam Pathé		1,1	1,0	1,3
Poste de santé Mariama Fandène				
Poste de santé Al Afia	4,5	4,5	4,5	4,5
Poste de santé de Nguinthe	0		0,0	0,0
Poste de santé Petit Thiaily	1,2	0,7	4,1	4,5
Case de santé de Ngaye Ngaye				59,5
Case de santé de Méouane			8,3	5,6
Poste de santé de Mboro				0,7
Centre de santé de Tivaouane	0	0,0	0,1	0,1
Dispensaire catholique de Pandinou-Lehar	1,1	0,6	1,2	0,0
Poste de santé Fissel			0,0	0,0
Poste de santé de Saly	0	0,0	0,0	0,0
Poste de santé de Téfess			0,0	8,1
Poste de santé de Mbour		0,0	0,0	0,0
Poste de santé de Diamaguène			0,0	0,0
Centre de santé de Mbour	0	0,0		
Centre de santé de Khombole				0,0

7. Caractéristiques des Mutualistes et Comportement des Bénéficiaires

Cette section fournit un résumé des résultats obtenus de la composante enquête auprès des ménages de l'étude²³. Dans la boîte 4 se trouve un résumé des mécanismes par lesquels les caractéristiques des membres et le comportement des bénéficiaires peuvent affecter la stabilité financière des mutuelles. En se basant sur cette liste, la première sous-section met l'accent sur les principaux résultats obtenus sur l'adhésion des ménages et les sélection adverse tant au niveau du ménage qu'au niveau individuel.

La deuxième sous-section fournit un résumé des résultats obtenus concernant les caractéristiques des membres en rapport avec la régularité du paiement des cotisations.

La troisième sous-section résume les résultats de l'enquête sur l'utilisation des soins de santé sur la base d'une comparaison des comportements des bénéficiaires et des non bénéficiaires des mutuelles de santé. La dernière sous-section analyse la prévalence des prêts aux membres par les mutuelles sur la base des données de l'enquête auprès des ménages.

Boîte 4 : Caractéristiques des membres et comportements des bénéficiaires et leur influence sur la stabilité financière

- ▲ Participation des ménages
- ▲ Profil de risque :
 - △ Facteurs de risque comparés à la population générale (sélection adverse)
- ▲ Régularité / taux de paiement des cotisations
- ▲ Utilisation des soins de santé
 - △ Accès amélioré
 - △ Hasard moral
- ▲ Prêts / taux de remboursement des dettes

7.1 Adhésion des ménages et profil de risqué

Un des principaux mécanismes à travers lequel le comportement des ménages peut avoir une influence sur la stabilité financière des mutuelles de santé de la région de Thiès est la sélection adverse. Pour apprécier comment la sélection défavorable opère au niveau des mutuelles de la région de Thiès, l'étude actuelle a mené des analyses comparatives du profil démographique et socio-économique des ménages membres des mutuelles et des ménages qui ne sont pas membres, lesquelles

²³ Pour plus de détails sur le volet enquête auprès des ménages, les lecteurs peuvent se reporter à Diop (2005).

analyses sont basées sur les analyses descriptives et les résultats d'analyses de régression (Diop, 2005).

Les analyses effectuées au niveau des ménages suggèrent les conclusions suivantes. D'abord, les familles de plus grande taille sont vraisemblablement plus inclinées à adhérer aux mutuelles que les ménages de taille plus réduite. En deuxième lieu, plus le ménage compte des femmes en âge de procréer, plus il est probable que le ménage adhère à une mutuelle. Ni le nombre d'enfants âgés de moins de cinq ans, ni le nombre de personnes âgées (plus de 50 ans) au sein de la famille ne constituent des facteurs favorisant l'adhésion des ménages aux mutuelles. En troisième lieu, on constate qu'il est plus probable que les ménages dirigés par une femme adhèrent aux mutuelles de santé que les ménages qui ont un homme à leur tête. Finalement, plus le revenu du ménage est élevé, plus les chances qu'il adhère à une mutuelle sont élevées : il faut garder à l'esprit, cependant, que la plupart des ménages qui ont adhéré aux mutuelles de santé dans l'aide de l'étude sont pauvres sous tous les critères, à l'exception des ménages du département de Mbour.

Au niveau individuel, les ménages qui ont adhéré à une mutuelle ont plus une propension plus élevée d'assurer la couverture sanitaire des enfants mâles qui ont moins de 15 ans et les hommes âgés de plus de 55 ans. En plus, les ménages adhérents ont une plus grande tendance à assurer la couverture sanitaire aux femmes âgées de 30 à 54 ans. Il faut ajouter que les personnes souffrant d'une maladie chronique (qui représente une faible proportion de la population) ont plus de chance de bénéficier d'une couverture sanitaire que les personnes qui ne souffrent pas d'une maladie chronique. Les personnes qui ont déclaré avoir un bon état de santé ont moins de chance de bénéficier d'une couverture sanitaire dans une mutuelle de santé, que les personnes qui déclarent un état de santé plus dégradé. Enfin, les ménages qui ont une possibilité de payer à l'avance (les personnes qui ont un emploi formel ou un revenu élevé) ont tendance à couvrir un nombre plus élevé de leurs membres.

En somme, les analyses suggèrent que des processus de sélection sont entrain d'opérer à deux niveaux dans le cadre de l'adhésion aux mutuelles de santé de la région de Thiès. Au niveau de l'adhésion des ménages, les ménages qui comptent un plus grand de femmes à risque, en âge de procréer ont plus tendance à adhérer que les autres ménages. Au niveau de la couverture des individus appartenant à des ménages adhérents, seuls 72 % des membres des ménages bénéficient d'une couverture auprès des mutuelles de santé. Les femmes à plus haut risque en âge de procréer, les enfants mâles et les hommes de plus de 55 ans ont plus de chances de bénéficier d'une couverture sanitaire au sein des mutualistes des ménages adhérents²⁴.

Il y a des signes également qui font penser que les personnes aux états de santé les plus pauvres ou souffrant de maladies chroniques sont plus susceptibles de bénéficier de couverture de santé que les personnes en meilleur état de santé. Enfin, comme le montre la figure 7.1, la prévalence des processus de sélection est moindre au niveau des mutuelles aux bonnes performances financières comparées aux mutuelles dont les performances financières sont médiocres alors que les mutuelles aux performances financières mitigées occupent une position intermédiaire.

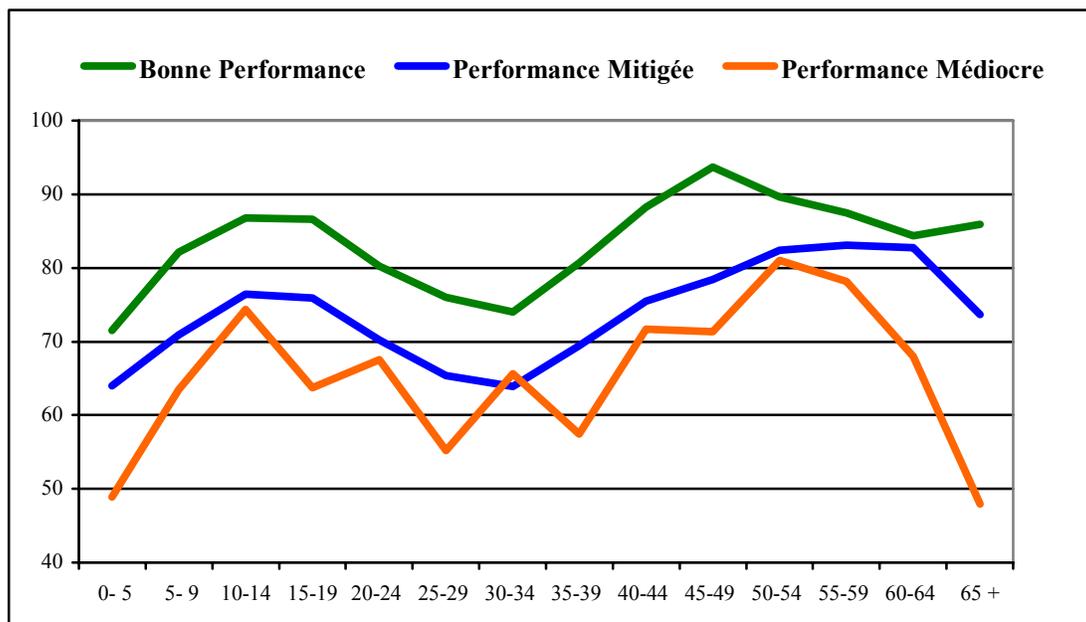
²⁴ La sélection dans l'adhésion et la couverture sanitaire des femmes en âge de procréer peut ne pas être liée uniquement à la notion de plus grand risque. Cela peut être renforcé par le rôle de soignantes joué par les femmes adultes au sein de la famille ; en d'autres termes, en leur qualité de principales soignantes au sein de la famille, les femmes adultes peuvent interioriser les coûts et les incertitudes liés aux soins de santé plus que les hommes. Cela peut aussi refléter la plus grande propension des femmes à s'impliquer que les hommes dans les associations à base communautaire.

7.2 Capacité de prépayer et régularité des cotisations

La section 5.1 suggère que la régularité des cotisations est fortement associée avec la stabilité financière des mutuelles. D'où la pertinence des questions qui suivent. Les niveaux actuels des cotisations sont-ils à la portée des membres ? Quelles sont les caractéristiques des membres des mutuelles de santé qui affectent la régularité des cotisations dans la région de Thiès ?

Les politiques courantes de cotisation dans les mutuelles de la région de Thiès et les informations obtenues sur les ménages et analysées dans le cadre de cette étude suggèrent que les niveaux actuels des cotisations sont abordables pour la plupart des ménages qui sont membres des mutuelles (Diop, 2005). Parmi les ménages membres des mutuelles de santé, l'incidence des cotisations aux mutuelles est d'environ 1,2 % des dépenses totales du ménage et près de 5 % des dépenses non-alimentaires (voir tableau 7.1).

Figure 7.1 : Proportion (%) d'individus qui sont actuellement bénéficiaires des mutuelles parmi les membres des ménages adhérents aux mutuelles de santé dans la région de Thiès selon l'âge de l'individu et la catégorie de performance financière des mutuelles



Source : Diop (2005), figure 4.2.

Tableau 7.1 : Capacité de payer Incidence des cotisations sur les ménages membres des mutuelles de santé de la région de Thiès : (Ménages qui sont membres)

Déciles des dépenses mensuelles par tête des ménages	Dépenses mensuelles des ménages (FCFA)			Cotisations mensuelles attendues si tous les membres du ménage sont bénéficiaires de la mutuelle	Ratio (%) des cotisations attendues par rapport aux dépenses réelles		
	Toutes	Non-alimentaires	Santé		(4)/(1)	(4)/(2)	(4)/(3)
	(1)	(2)	(3)	(4)			
1	82.705	20.635	2.663	3.111	3,8	15,1	116,8
2	95.467	22.509	2.288	2.222	2,3	9,9	97,8
3	120.103	33.044	4.263	2.196	1,8	6,6	51,5
4	139.751	38.026	5.957	2.149	1,5	5,7	36,1
5	141.427	35.396	5.612	1.847	1,3	5,2	32,9
6	156.846	40.413	5.624	1.759	1,1	4,4	31,3
7	187.688	49.809	8.305	1.755	0,9	3,5	21,1
8	197.279	41.016	5.007	1.526	0,8	3,7	30,5
9	212.821	56.500	10.275	1.383	0,6	2,4	13,5
10	210.135	60.297	9.344	942	0,4	1,6	10,1
Total	155.997	40.004	5.939	1.872	1,2	4,7	31,5

Source : Diop, 2005

L'incidence des cotisations aux mutuelles est au-dessous de 4 % des dépenses totales du ménage et tourne autour de 15 % dépenses non-alimentaires parmi les 10 % des ménages les plus pauvres qui sont membres des mutuelles. Parmi les 10 % des ménages les plus nantis, ces proportions descendent respectivement jusqu'à 0,4 % et 1,6 %. Autrement dit, les données de l'enquête auprès des ménages suggèrent les niveaux actuels de cotisations sont économiquement à la portée de la majorité des ménages. Néanmoins, la combinaison des politiques et des procédures de collecte des cotisations, les fluctuations mensuelles des revenus et les difficultés d'accès au crédit, peut affaiblir l'accessibilité financière des niveaux actuels des cotisations.

Tableau 7.2 : Résultats de l'analyse de régression : régularité des cotisations au niveau des noyaux familiaux qui sont membres des mutuelles dans la région de Thiès (Chefs des noyaux familiaux)

		B	Exp (B)	Sig .
Yi = 1, si le chef du noyau familial déclare payer régulièrement ses cotisations à la mutuelle de santé, sinon, Yi = 0 In [Prob (Yi = 1) / Prob (Yi = 0)] = a + βXi				
Taille des ménages		-0,0022	0,9978	0,9328
Ménage dirigé par une femme (base : non)	Oui	0,5642	1,7581	0,0315
Groupe ethnique du chef de familles (base : autres)	Wolof	0,9133	2,4925	0,0074
	Sérère	0,5614	1,7531	0,1066
	Poular	1,2563	3,5125	0,0053
Appartenance religieuse du chef de famille (base : autres)	Mouride	0,7345	2,0845	0,0573
	Tidiane	0,6503	1,9161	0,0705
	Chrétien	2,0273	7,5932	0,0000
Niveau d'instruction du chef de famille (base : pas d'instruction)	Primaire	0,0351	1,0357	0,8949
	Secondaire	0,1992	1,1204	0,5082
Occupation du chef de famille (base : inoccupé)	Agriculture	0,0330	1,0335	0,9191
	Commerce	0,3546	1,4257	0,2457
	Administration	0,4740	1,6064	0,2278
Type de lieu de résidence (base : rural)	Urbain	-0,3194	0,7266	0,1924
Existence d'une formation sanitaire au village ou dans le quartier urbain (base : non)	Oui	-0,2558	0,7743	0,3170
Statut économique du ménage (base : les 20% les plus pauvres)	Pauvre-moyen 20 %	0,2922	1,3394	0,3897
	Moyen 20 %	-0,2389	0,7875	0,5015
	Riche moyen 20 %	-0,1090	0,8967	0,7777
	Plus riches 20 %	0,6493	1,9142	0,1233
Constante		-1,0837	0,3383	0,0504

Source : Diop (2005), tableau 5.2b

La proportion de membres qui déclarent verser régulièrement leurs cotisations ne descend pas au-dessous de 60 %²⁵. La proportion des mutualistes qui déclarent payer régulièrement leurs cotisations est beaucoup plus faible dans le département de Mbour (28 %) qui se trouve être relativement plus riche, si on le compare aux départements plus pauvres que sont les départements de Thiès (65 %) et de Tivaouane (74 %). Seuls 50 % des mutualistes hommes déclarent payer régulièrement leurs contributions, comparés aux femmes mutualistes (70 %). En effet, les résultats de l'analyse de régression basée sur les données de l'enquête auprès des ménages suggèrent que la régularité du paiement des cotisations est surtout lié au genre, à l'appartenance religieuse ou ethnique plutôt qu'aux variables liées au niveau ou la stabilité des revenus du ménage comme l'occupation des mutualistes ou les dépenses du ménage (voir tableau 7.2, Diop 2005). Enfin, les membres utilisent une variété de sources pour payer leurs cotisations aux mutuelles, y compris les salaires, l'épargne, les produits de la vente des récoltes, la vente exceptionnelle de biens, et les transferts.

²⁵ A comparer avec la moyenne de 64 % basée sur les données des mutuelles. Voir section 5.1, tableau 5.2.

Ainsi, le faible niveau relatif de la régularité du paiement des cotisations peut être expliqué par des fossés dans la sensibilisation des membres et / ou des faiblesses au niveau du processus d'administration de la collecte des cotisations.

7.3 Utilisation des services de santé

La section 7.1 a conclu que des processus de sélection adverse opèrent dans le cadre de l'adhésion aux mutuelles de santé dans la région de Thiès. Cependant, pour que les effets de tels processus de sélection puissent se refléter dans les niveaux et la stabilité des dépenses des mutuelles de santé, ils doivent être perceptibles par l'intermédiaire des schémas d'utilisation des soins de santé par les bénéficiaires des mutuelles. En plus, même en l'absence de sélection adverse, en conséquence de la réduction des contraintes financières d'accès aux soins médicaux grâce à la couverture des mutuelles, les niveaux et la stabilité des dépenses de la mutuelle peuvent subir les effets d'une utilisation abusive des soins médicaux par les bénéficiaires, ou des schémas imprévus de choix de prestataire, et / ou de prescription abusive de la part du prestataire de service.

Cette section présente un résumé des résultats d'analyses comparatives des schémas d'utilisation des services de santé entre les bénéficiaires et les non-bénéficiaires des mutuelles, présentés avec plus de détails dans Diop (2005).

Premièrement, les données issues de l'enquête auprès des ménages suggèrent qu'il n'existe pas de différences significatives dans l'utilisation générale des services de santé modernes à des fins curatives entre les bénéficiaires des mutuelles et les non-bénéficiaires. Des différences significatives dans les schémas de choix de prestataire sont toutefois notées entre bénéficiaires non-bénéficiaires. Les bénéficiaires ont plus tendance à s'adresser à l'hôpital pour se soigner que les non-bénéficiaires qui comptent essentiellement sur les postes de santé. En fait, comme cela a été discuté dans la section 2, accéder aux soins hospitaliers était le motif de base ayant conduit à la création des premières générations de mutuelles de santé dans la région de Thiès : de telles conditions originales se reflètent toujours dans les schémas d'utilisation des soins curatifs parmi les bénéficiaires des mutuelles. Ces schémas sont conformes à la croyance actuelle des promoteurs et des gestionnaires de mutuelles dans la région de Thiès qui suggère que les membres des mutuelles contournent les postes de santé et les centres de santé pour se rendre à l'hôpital lorsqu'ils ont besoin de soins médicaux. Aujourd'hui que les mutuelles étendent les paquets de bénéfices en y incluant les consultations et les médicaments, la prévalence continue de tels schémas d'utilisation des soins peut influencer défavorablement sur l'équilibre des dépenses des mutuelles.

Deuxièmement, des services de santé de la reproduction ont été récemment introduits dans les paquets de bénéfices des mutuelles de santé de la région de Thiès. Toutefois, de telles pratiques ne sont pas aussi courantes que l'inclusion dans les paquets de bénéfices de l'hospitalisation, des consultations pour soins curatifs et des médicaments essentiels. En conséquence, on ne constate pas de différences notables dans l'utilisation du planning familial et des consultations prénatales entre bénéficiaires et non-bénéficiaires des mutuelles.

Néanmoins, les bénéficiaires des mutuelles ont une plus grande propension à se rendre dans les services de consultations prénatales de l'hôpital comparés aux non-bénéficiaires. En plus, les données de l'enquête suggèrent que la couverture par les mutuelles a augmenté la proportion des accouchements qui se passent dans les structures sanitaires modernes : en vérité, alors que 33 % des accouchements continuent de se faire à domicile parmi les non-bénéficiaires, cette proportion est tombée à 14 % parmi les bénéficiaires des mutuelles de santé. Enfin, le nombre de femmes ayant

effectué des visites post-natales est relativement faible ; il est, cependant, plus élevé pour les femmes non-bénéficiaires comparées aux bénéficiaires des mutuelles.

Troisièmement, par rapport aux non-bénéficiaires des mutuelles, les niveaux d'hospitalisation sont deux fois plus élevés chez les bénéficiaires. Les taux d'hospitalisation sont plus élevés chez les femmes en âge de procréer avec un maximum entre 30 et 44 ans : ces taux sont beaucoup plus élevés chez les femmes bénéficiaires comparées aux non-bénéficiaires.

Chez les hommes, les taux d'hospitalisation sont relativement bas s'ils sont âgés de 15 à 29 ans, pour s'accroître régulièrement après, en culminant à 45 ans. A cet âge avancé, les hommes qui sont bénéficiaires des mutuelles ont quatre fois plus de chance d'être hospitalisés que les hommes non-bénéficiaires. Près de 50 % des bénéficiaires des mutuelles bénéficient d'une couverture pour les dépenses d'hospitalisation alors que les non-bénéficiaires ne bénéficient d'aucune forme explicite de mécanisme de solidarité. En conséquence, le paiement direct des frais d'hospitalisation totalise jusqu'à 123.000 FCFA (247 dollars US) chez les non-bénéficiaires ; 128.000 FCFA (256 dollars US) chez les bénéficiaires des mutuelles qui n'ont pas de couverture sanitaire pour leur hospitalisation ; à niveau aussi bas que 32.000 FCFA (64 dollars US) chez les bénéficiaires des mutuelles ayant une couverture sanitaire pour leur hospitalisation.

Enfin, sur la base des données sur l'utilisation de soins curatifs au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête sur les ménages, les bénéficiaires des mutuelles aux bonnes performances financières ont un nombre moyen annualisé de visites aux services de santé de 0.848 par tête, comparé à 0.660 visites par tête et par an pour les bénéficiaires des mutuelles aux performances financières mitigées, et 0.524 visites par tête et par an pour les bénéficiaires des mutuelles aux performances financières médiocres. Par contraste, sur la base des informations obtenues lors de l'enquête auprès des ménages, la proportion des individus hospitalisés descend jusqu'à 3,1 pour 1000 chez les bénéficiaires des mutuelles aux bonnes performances financières, comparé au 10,7 pour 1000 chez les bénéficiaires des mutuelles aux performances financières mitigées, et 4,5 pour 1000 chez les bénéficiaires des mutuelles aux performances financières médiocres.

7.4 Prêts et remboursement des dettes

Un dernier mécanisme par lequel le comportement des ménages peut affecter la stabilité financière des mutuelles de santé peut être à travers d'autres relations financières entre mutuelles et membres, en plus de l'assurance. Dans la région de Thiès, ces relations peuvent comprendre les prêts pour les soins médicaux, pour financer des activités génératrices de revenus, et / ou pour financer l'achat de moustiquaires, entre autres raisons.

L'analyse des données de l'enquête auprès des ménages suggère, cependant, que la proportion de mutualistes endettés auprès de leur mutuelle est relativement faible. Au moment de l'enquête, seuls 6,4 % des membres ont déclaré avoir une dette contractée auprès de leur mutuelle respective. En plus, l'octroi des prêts aux membres semble être un phénomène local ; seules 12 des 27 mutuelles de l'échantillon ont des membres endettés auprès de leurs mutuelles pour une proportion supérieure à 10 % ; trois des 27 mutuelles de santé ont une proportion de leurs membres endettés auprès de la mutuelle supérieure à 17 %.

La raison principale de l'endettement des membres auprès de leurs mutuelles est liée aux soins médicaux, en particulier des prêts destinés à couvrir les frais de co-paiement. Toutefois, c'est uniquement dans les départements de Thiès et de Tivaouane que des mutuelles font des prêts à leurs membres pour couvrir des dépenses de soins médicaux. Etant donné que les mutuelles restructurent

leur paquet de bénéfices vers la couverture de soins de santé primaire et les services de prévention, alors que des co-paiements plus importants doivent être payés par les bénéficiaires au moment du besoin, l'endettement des mutualistes pourrait menacer la stabilité financière des mutuelles de santé. C'est surtout le cas lorsque les mutuelles de la région de Thiès prennent en charge le paiement de soins, pour ensuite se faire rembourser par les membres.

8. Conclusions sur la Stabilité Financière

Cette étude sur les déterminants de la stabilité financière des mutuelles de santé dans la région de Thiès au Sénégal a été limitée par deux facteurs principaux. D'abord, alors que le cas de Thiès est peu commun en ce qui concerne la concentration des mutuelles sur son territoire - il y a peu d'autres régions du monde où existe une si grande concentration de mutuelles - notre étude n'a concerné que 27 mutuelles. Le faible nombre de mutuelles qui ont fait l'objet de cette étude entrave notre possibilité d'en tirer des conclusions solides. En plus, la qualité des données de routine obtenues auprès de beaucoup de mutuelles a été faible. Souvent les mutuelles disposaient de dossiers incomplets sur le nombre des bénéficiaires couverts, le nombre de services remboursés et leurs schémas de dépenses entre autres choses. Ces problèmes relatifs à la qualité des informations rendent difficile certain que l'étude a capturé tous les facteurs clés qui affectent la stabilité financière. Cela dit, l'étude conduit à des conclusions assez solides.

Dans l'ensemble, la situation financière de beaucoup de mutuelles de la région de Thiès est incertaine. Pendant qu'il existe un nombre restreint de mutuelles dont la performance financière semble être constamment bon et qui sont relativement bien gérées, il existe également un groupe assez large dont l'équilibre financier est régulièrement négatif et qui font face à des à de multiples problèmes de gestion. Un nombre encore plus grand de mutuelles ont réalisé des performances financières mitigées. Les données financières laissent penser que plusieurs des mutuelles de santé analysés dans le cadre de cette étude ne pourront pas survivre pendant longtemps sauf s'ils prennent des mesures de redressement leur permettant de résoudre leurs problèmes financiers.

Le cadre conceptuel qui a été à la base de cette étude a identifié quatre types de facteurs essentiels qui affectent la stabilité financière dont : paramètres fondamentaux de la conception des mutuelles, gestion des mutuelles, caractéristiques des membres et comportement des ménages, ainsi que l'environnement des prestataires de services de santé. Il est évident que certains éléments de ces facteurs ont des liens entre eux : par exemple, une sélection adverse peut être aggravée par une mauvaise gestion des mutuelles qui n'arrive pas à appliquer de façon cohérente les mécanismes de protection des risques (tel que s'assurer que tous les membres de la famille sont inscrits). Quels sont les facteurs principaux qui semblent affecter la performance financière des mutuelles de santé dans la région de Thiès ?

8.1 Sélection adverse

Plusieurs des analyses suggèrent que pour certaines mutuelles, la sélection adverse constitue un problème aigu. On parle de sélection adverse lorsque les individus qui ont des besoins plus élevés de soins médicaux ont tendance à adhérer à un schéma d'assurance maladie, car adhérer à un schéma d'assurance procure à ces individus des bénéfices plus importants qu'aux individus aux besoins en soins médicaux plus faibles. Si cela se produit, il est alors possible que les primes soient insuffisantes pour couvrir la demande plus élevée et imprévue, et que des équilibres financiers déficitaires se produisent.

Dans la région de Thiès, nous constatons que :

- ▲ Les ménages aux besoins en soins médicaux vraisemblablement plus grands (par exemple ceux qui ont plus de femmes en âge de procréer) sont plus susceptibles d'adhérer aux mutuelles de santé.
- ▲ A l'intérieur des ménages adhérents, les individus qui ont un plus grand besoin de soins médicaux sont plus susceptibles d'être inscrits parmi les bénéficiaires de la mutuelle que ceux dont les besoins en soins médicaux sont moindres.
- ▲ Le problème de l'adhésion de quelques membres particuliers de la famille (c'est-à-dire ceux dont les besoins sont plus élevés) est concentré parmi les mutuelles aux performances médiocres.
- ▲ Ces schémas d'adhésion se traduisent par des schémas différents d'utilisation des services d'une mutuelle à une autre, avec des mutuelles aux performances financières médiocres qui ont une utilisation plus grande des services d'hospitalisation, et un taux d'utilisation des soins de santé primaire plus bas, comparées aux mutuelles qui ont de bonnes performances financières.
- ▲ Enfin, ces schémas peuvent être aggravés par le personnel de santé qui semble plus vraisemblablement encourager les malades et les personnes vulnérables à adhérer aux mutuelles de santé.

8.2 Faiblesses dans la gestion financière des mutuelles

Les faiblesses dans la gestion financière apparaît comme la raison principale des mauvaises performances financières des mutuelles. Ceci est manifeste à bien des égards.

8.2.1 Faible taux de recouvrement des cotisations

- ▲ Dans l'ensemble, les taux de recouvrement des cotisations sont faibles : les mutuelles ont en moyenne recouvré seulement 63 % des cotisations à la fin de l'année, de même 60 % seulement des ménages ont déclaré avoir payé leurs cotisations de façon régulière.
- ▲ Le faible recouvrement des exigibles cotisations ne semble pas provenir de l'incapacité à payer les primes. Le niveau des primes est relativement bas comparé aux autres dépenses des ménages, et la régularité avec laquelle les paiements ont été effectués était plus grande dans les départements les plus pauvres. Le paiement régulier des contributions est par contre corrélé au genre, à l'appartenance religieuse et ethnique.
- ▲ Le recouvrement des cotisations est significativement plus important (73 %) au niveau des mutuelles qui enregistrent régulièrement de bons performances financières, comparé à 53 % enregistré au niveau des mutuelles aux équilibres financiers médiocres, ce qui laisse penser que c'est véritablement un facteur important quand il s'agit de la détermination des résultats financiers.

8.2.2 Prêts pour les services hospitaliers et autres genres de prêts

L'hôpital confessionnel St-Jean de Dieu, qui est la principale structure de soins hospitaliers pour toutes les mutuelles couvertes par cette étude, tient à ce que les mutuelles s'acquittent de la totalité des frais des services dispensés à leurs membres, charge aux mutuelles, ensuite, de prendre les dispositions nécessaires à leur niveau pour recouvrer tout apport personnel exigé du mutualiste et payé par la mutuelle. Ce qui, en fait, devient un prêt aux membres pour soins hospitaliers. Un nombre plus petit de mutuelles ont également fait des prêts aux membres pour l'achat de moustiquaires et pour des activités génératrices de revenus.

- ▲ D'une manière générale, le taux de recouvrement des dettes pour toutes ces catégories de prêts est relativement bas : autour de 50 % pour les prêts destinés à des soins hospitaliers, 53 % pour ceux destinés aux activités génératrices de revenus, et 67% pour ceux destinés à l'achat de moustiquaires.
- ▲ Alors qu'on constate très peu de différences dans les taux de recouvrement au niveau des divers types de mutuelles, les mutuelles aux performances plus faibles semblent beaucoup plus inclinées à donner des prêts pour des soins hospitaliers et pour des activités génératrices de revenus que les mutuelles les mieux performantes.
- ▲ Pendant que pour un grand nombre de mutuelle les créances irrécouvrables associées aux prêts non remboursés représentent une proportion relativement faible de leurs dépenses annuelles, pour un petit nombre de mutuelles, ces dettes sont importantes.
- ▲ Seuls deux parmi les mutuelles qui ont fait l'objet de cette étude avaient un calendrier fixe de remboursement des prêts.

8.2.3 Changements des paquets de bénéfices offerts

Depuis 1998 environ, il y a eu 60 modifications des paquets de bénéfices. Ces changements consistaient presque partout d'élargissements du paquet de bénéfices, avec de plus en plus de mutuelles qui assurent une couverture sanitaire pour divers soins de santé primaire. Par contre, depuis l'année 2000, il n'y a eu que 12 changements des niveaux des primes. Si on élargit les paquets de bénéfices, il devient alors impératif que de nouveaux niveaux des cotisations soient aussi calculés et appliqués.

8.3 Instruments de gestion financière et formation

Les gestionnaires des mutuelles ont reçu une formation relativement limitée dans les aptitudes de base nécessaires pour gérer et faire fonctionner des mutuelles. Alors que 70 % des gestionnaires ont bénéficié d'une formation en gestion administrative et financière, moins de 50 % ont été formés en comptabilité, et moins de 40 % en sensibilisation communautaire. Bien que l'évidence n'est pas très solide, les données suggèrent que l'utilisation d'outils financiers (comme les registres de caisse, ou les dossiers d'utilisation des services) a pu contribuer à améliorer la performance financière. Beaucoup de mutuelles manquaient de données de base nécessaires à une gestion efficace d'une mutuelle. Les mutuelles qui ont effectué une étude formelle de faisabilité se sont révélés avoir eu une performance financière plus solide. Alors qu'il est possible que les études de faisabilité aient aidé à s'assurer d'une conception adéquate des mutuelles, il est sans doute également probable que

l'interaction extensive avec les promoteurs des mutuelles durant la phase de l'étude de faisabilité a, par la suite, aidé à développer les aptitudes des gestionnaires des mutuelles.

Beaucoup de facteurs ayant un impact négatif sur la stabilité financière des mutuelles ont trait aux faiblesses dans la gestion médiocre des mutuelles. Par exemple, les insuffisances dans le recouvrement des cotisations ne sont pas liées à la capacité de payer, mais plus vraisemblablement aux insuffisances dans la sensibilisation de la part des gestionnaires des mutuelles.

8.4 Facteurs n'ayant pas eu d'incidence sur la performance financière

La littérature sur les mutuelles de santé es suggèrent un certain nombre de facteurs supplémentaires qui auraient pu influencer négativement sur la stabilité financière des mutuelles. Dans cette étude, certains de ces facteurs n'ont pas été jugés significatifs. Parmi ces facteurs, on peut citer les :

- ▲ Instabilité ou augmentation des tarifs des prestataires. Durant la période de référence de cette étude, les tarifs des prestataires de soins dans la région de Thiès étaient restés remarquablement stable.
- ▲ Les fraudes et abus ont été considérés comme n'étant que des problèmes relativement mineurs. Alors qu'un certain nombre de cas d'abus de mutuelles de santé ont été signalés, ils étaient principalement le fait de mutualistes (plutôt que de gestionnaires de mutuelles et ne représentaient qu'une proportion tout à fait minime des pertes financières.
- ▲ Petite taille des pools de risques. Les tailles de pools de risques observés au niveau des mutuelles de santé de la région de Thiès se sont révélées être plus grandes qu'on ne le pensait être au Sénégal. En plus, alors qu'un grand nombre des mutuelles aux performances très faibles avaient de petites tailles de pools de risques, on retrouvait une situation semblable dans le cas des mutuelles les mieux performantes. Une sélection adverse (suggérée dans les données des mutuelles par un faible ratio de bénéficiaires par rapport aux membres) est apparue plus problématique que la taille des pools de risques en tant que tel. Il faudrait noter, cependant, que pour les risques de faible fréquence mais qui coûtent chers (en particulier les hospitalisations et les opérations chirurgicales) beaucoup de mutuelles projets demandent un co-paiement assez important. Ces niveaux élevés de co-paiement réduisent les risques de la mutuelle, mais ils peuvent aussi accroître les difficultés financières des membres.

9. Recommandations

La réassurance est un mécanisme approprié pour protéger la stabilité financière des mutuelles de santé en face de risques aléatoires. Dans la région de Thiès, les premiers problèmes concernant la stabilité financière, ne proviennent pas pour l'instant de risques dus au hasard, mais plutôt de risques non-aléatoires comme des insuffisances dans la gestion financière ou la sélection adverse. Les mutuelles de santé devraient résoudre ces sources de risques systématiques avant qu'il ne soit opportun de développer un système de réassurance. Une fois qu'on aura résolu ces sources de risques qui ne sont pas dus au hasard, il peut y avoir des raisons de mettre en place une fonction de réassurance, surtout si les niveaux de co-paiement pour les soins hospitaliers sont réduits.

Les mutuelles de santé évoluent sans cesse pour répondre aux préférences de leurs adhérents et aux changements des conditions extérieures. Les gestionnaires des mutuelles ont besoin d'une formation plus solide dans les éléments de base de la gestion d'une mutuelle en vue de leur permettre de diriger leur mutuelle avec efficacité dans le temps. Bon nombre des recommandations faites ci-dessous identifient des éléments spécifiques de la gestion d'une mutuelle dont les gestionnaires des mutuelles doivent être familiers.

Avec l'augmentation des paquets de bénéfices, il faut payer une plus grande attention à (i) une augmentation appropriée des primes pour se conformer au coût des nouveaux services offerts, et (ii) un ajustement du montant des réserves nécessaires à un nouveau niveau de sécurité en fonction des dépenses élevées de fonctionnement qu'il faudra engager. Un fonds de réserves qui était suffisant pour 9 mois de dépenses, ne le sera plus si on augmente le paquet de bénéfices.

Le recouvrement des cotisations est pour toute mutuelle de santé la source essentielle de revenus. Afin de maintenir (ou d'améliorer) leur stabilité financière, les mutuelles doivent accroître le taux de recouvrement des cotisations de leurs membres. Pour ce faire, il faut qu'il y ait plus de sensibilisation et les mutuelles peuvent aussi faire des investigations pour trouver les voies et moyens pour faciliter, le plus possible, le paiement des cotisations aux membres.

Une réglementation qui exige que tous les membres d'une famille soient couverts par la mutuelle aide à prévenir la sélection adverse. Les mutuelles doivent tendre vers l'application d'une telle exigence. S'il n'est pas possible d'exiger et d'appliquer l'adhésion de tous les membres de la famille, les mutuelles devraient, au moins, demander qu'une certaine proportion (ou nombre) des membres de la famille s'inscrivent dans la mutuelle. Cet objectif sera soutenu par une sensibilisation et une éducation des membres.

Pour certains mutuelles, les prêts de santé consentis aux membres pour couvrir les dépenses de soins hospitaliers qui leur sont dispensés, est devenu un problème financier important du fait que les membres ne remboursent pas le prêt. Il devient nécessaire de jeter un regard critique sur les justifications des co-paiements appliqués presque partout par les mutuelles. Si, comme semble le montrer l'étude, de tels paiements grèvent les finances des mutuelles, alors il ne faut pas appliquer de telles mesures. Les co-paiements sont instaurés en partie pour éviter les consommations frivoles (qui ne peuvent vraisemblablement pas se passer au niveau de l'hôpital, de toutes les façons), mais aussi pour maintenir les primes à un niveau relativement bas. Il peut être plus raisonnable d'augmenter les

primes et de réduire les co-paiements. Des estimations actuarielles ultérieures des implications possibles d'un tel changement sont nécessaires.

Annexe A: Ruptures de Stock des Médicaments

Durée moyenne des ruptures de stocks pendant le dernier semestre de l'année 2003 pour des médicaments sélectionnés : fer, paracétamol, chloroquine, amoxiciline

Durée moyenne (en jour)							
Médicament	Mois	0 jours	0-25	25-50	50-75	75-100	>100
Fer	Juillet	26	1	1			
	Août	25	1	1			
	Septembre	21	3	3			
	Octobre	20	5	4			
	Novembre	24	4				1
	Décembre	26	2				1
Paracétamol	Juillet	28					1
	Août	27					2
	Septembre	28	1				1
	Octobre	26	2				
	Novembre	26	2	1			
	Décembre	27	1				
chloroquine	Juillet	28					
	Août	27	1	1			
	Septembre	28					
	Octobre	28	1				
	Novembre	27	1				
	Décembre	28	1				
Amoxiciline	Juillet	28				1	
	Août	27		1			
	Septembre	28					
	Octobre	28					
	Novembre	28					
	Décembre	28					

Annexe B: Evolution des Tarifs des Prestataires

Tarifs appliqués par les prestataires de service pendant la période allant de 2000 à 2003

Services	Unité	2000		2001		2002		2003	
		Mutualiste	Non mutualiste						
Consultation (enfant)		345	675	345	2.550	345	2.452	302	633
Consultation (adulte)		408	733	393	733	393	712	360	689
Hospitalisation		2.300	4.400	2.300	4.400	2.300	4.400	3.083	3.833
Accouchement		7.500	7.958	6.813	7.464	6.519	7.167	6.083	6.966
Césarienne		107.500	120.000	107.500	120.000	107.500	120.000	107.500	120.000
Médicaments									
Fer		93	85	90	86	86	86	81	84
Paracétamol		100	92	95	92	91	92	85	88
Chloroquine		137	132	140	146	132	146	143	154
Amoxicilline		445	426	425	446	423	446	425	441
Analyses labo		1.680	3.580	1680	3.580	1.680	3.580	1680	3.580
Radiographie		3.500	8.750	3.500	8.750	3.500	8.750	3.500	8.750
Opération		1.250	6.500	1.250	6.500	1.250	6.500	1.250	6.500
Soin prénatal		479	724	463	728	463	728	456	705
Soin post natal		455	746	456	829	456	829	441	788
Vaccination		189	181	181	181	181	181	174	168
Evacuation		6.500	6.500	6.500	6.500	4.833	4.833	4.833	4833
17,00 Planning familial : piqure		590	625	540	615	540	615	538	589
18,00 Planning familial : pilules		307	340	269	321	269	321	255	304
19,00 Stérilet		708,33	808,33	708,33	808,33	708,33	808,33	714,29	800
20,00 Norplan		1.375	1.375	1.375	1.375	1.375	14.375	1.500	1.500
21,00 Préservatif		43,75	35	35	35	35	445,83	445,83	33,33

Annexe C: Références

- Akin J, Birdsall N, and Ferranti D. 1987. *Financing health services in developing countries : an agenda for reform*. Washington D.C, Banque Mondiale, 1997.
- Atim C, 1998. Contribution of Mutual Health Organization to the Financing, Delivery and Access to Health Care in West and Central Africa: A Synthesis of Research in Nine Countries. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.
- Bennett, S., Gamble Kelley A., and Silvers, B. 2004. 21 Questions of CBHF: An Overview of Community-Based Health Financing. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.
- Bennett, S., Creese A. L., and Monasch R. 1998. Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment. Geneva: World Health Organization.
- Concertation, Septembre 2000. Base de données sur les mutuelles de santé et leurs structures d'appui, travaux de recherche dans 11 pays d'Afrique : le Sénégal.
- Concertation, Plusieurs Années : 1997, 2000, 2003. Inventaires Concertation Mutuelles de Santé en Afrique.
- Creese A, Kutzin J, 1995. *Lessons from cost recovery in health*. SHS/NHP. Forum on Health Sector Reform (Discussion Paper No 2). Geneva: World Health Organization.
- Criel, B., 1998. District-Based Health Insurance in Sub-Saharan Africa: Part I, From Theory to Practice. ITG Press, Antwerp. Available from <http://www.itg.be/itg/GeneralSite/generalpage.asp?wpid=49&miid=43&RND=167251#shsop> downloaded 9 November 2005.
- Diop, F., 2005. Determinants of the financial stability of m.utuelles : Household survey component. Technical Report. Bethesda., MD: Partners for Health Reform*plus*, Abt Associates Inc.
- Dror, D. and Preker A., eds. 2002. Social Reinsurance: A New Approach to Sustainable Community Health Financing. Geneva: International Labour Office and Washington D.C.: The World Bank.
- Ekman, B., 2004. Community-Based Health Insurance in Low-Income Countries: A Systematic Review of the Evidence. *Health Policy and Planning* 19 5 (2004): 249-270.
- Evans, R.G., Barer ML, and Stoddart GL, 1993. *User-fees for health care: why a bad idea keeps coming back*. Working Paper 26. Toronto: CIAR Program in Population Health
- Fairbank, A. 2003. Sources of Financial Instability of Community-Based Health Insurance Schemes: How Could Social Insurance Help? Technical Report. Bethesda., MD: Partners for Health Reform*plus*, Abt Associates Inc.

- Franco, L. Miller, Mbengue C. and Atim C, 2005. Social Participation in the Development of Mutual Health Organizations in Senegal. Technical Report. Bethesda., MD: Partners for Health Reformplus, Abt Associates Inc.
- Griffin C and Shaw RP, 1995. *Health Insurance in Africa: Aims, Findings, Policy Implications*. Washington D.C.: The World Bank.
- Jutting Johannes P., 2001. The Impact of Health Insurance on Access to Health Care and Financial Protection in Rural Developing Countries: The Example of Senegal. HNP Discussion Paper. Washington D.C.: The World Bank.
- Lafond A. K. 1995. *Sustaining Primary Health Care*. London: Earthscan Publications Ltd.
- Ndiaye Pascal, 2004. Presentation to the Concertation. Paris.
- Preker A. et al 2002. Health Care Financing for Rural and Low-Income Populations: The Roles of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing. Washington D.C.: The World Bank.
- République du Sénégal, Ministère de la Santé, CAS/PNDS/Partenariat, Juillet 2004. Plan stratégique de développement des mutuelles de santé au Sénégal.
- Shaw RP and Griffin C. 1995. *Financing health care in Sub-Saharan Africa through user-fees and insurance* . Washington D.C.: The World Bank.
- World Health Organization. 2000. Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva.
- World Health Organization. 2005. The World Health Report. Geneva.