



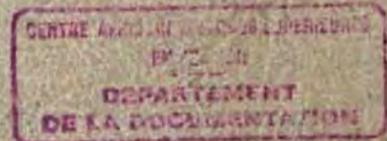
**CENTRE AFRICAIN
D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION**



INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE
II^{ème} promotion Diplome Supérieur d'Economie
de la Sante

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

THEME



**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA VIABILITE
DES MUTUELLES DE SANTE A ASSURER LE
FINANCEMENT DE LA DEMANDE AU
SENEGAL**



Présenté et soutenu par :

DOCTEUR Aboubacry FALL
Médecin de Santé Publique
stagiaire en DSES

Sous la direction de :

Docteur CHRIS ATIM PH.D
CONSEILLER REGIONAL
PHR/Abt.Associates Inc

M0008DSES01

Mai 2001



6 PLAN DE PRESENTATION DU MEMOIRE

PAGES

INTRODUCTION GENERALE

CADRE DE L'ETUDE

I / ASPECTS DEMOGRAPHIQUES	5
II / ASPECTS ECONOMIQUES	5
III / POLITIQUE DE SANTE	7
IV / ORGANISATION ET COUVERTURE SOCIO-SANITAIRE	8
V / FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE	10

CADRE CONCEPTUELLE

I / PROBLEMATIQUE	14
1 - EMERGENCE ET EVOLUTION DE LA MUTUALITE	14
2 - ENONCE DU PROBLEME	16
3 - IMPORTANCE DU SUJET	17
II / ETAT DES CONNAISSANCES	18
III / OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	21
IV / HYPOTHESES DE LA RECHERCHE	21

CADRE OPERATIONNEL

I / STRATEGIE DE LA RECHERCHE	23
II / METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	24
1. DEFINITION DES VARIABLES	24
2. METHODOLOGIE D'INVESTIGATION	30

PRESENTATION DES RESULTATS

I / ANALYSE DES RESULTATS	36
I-1 - CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	3.6
I-2 - DYNAMIQUE DES ADHESIONS	38
I-3 - CONTEXTE LEGAL DES MUTUELLES	41
I-4 - RELATION DES MUTUELLES AVEC LES PARTENAIRES	42
I-5 - GESTION ADMINISTRATIVE	47
I-6 - GESTION FINANCIERE	55
I-7 - RESULTATS ACP	62
II / COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	65

CONCLUSIONS / RECOMMANDATIONS

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

CE TRAVAIL EST DEDIE

A MES PARENTS

A MES BEAUX PARENTS

A MADAME FALL/FATIMATA SOW:

Merci pour cette compréhension et ce soutien constants

**A MES ENFANTS: RACKY, AISSATOU, MAME BANEL, et
MOUHAMADOU MOUSTAPHA : Je vous souhaite un grand
courage.**

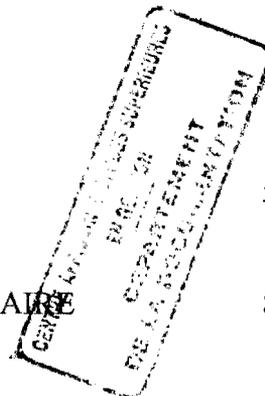
PLAN DE PRESENTATION DU MEMOIRE

PAGES

INTRODUCTION GENERALE

CADRE DE L'ETUDE

I / ASPECTS DEMOGRAPHIQUES	5
II / ASPECTS ECONOMIQUES	5
III / POLITIQUE DE SANTE	7
IV / ORGANISATION ET COUVERTURE SOCIO-SANITAIRE	8
V / FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE	10



CADRE CONCEPTUEL

I / PROBLEMATIQUE	14
1 - EMERGENCE ET EVOLUTION DE LA MUTUALITE	14
2 - ENONCE DU PROBLEME	16
3 - IMPORTANCE DU SUJET	17
II / ETAT DES CONNAISSANCES	18
III / OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	21
IV / HYPOTHESES DE LA RECHERCHE	21

CADRE OPERATIONNEL

I / STRATEGIE DE LA RECHERCHE	23
II / METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	24
1. DEFINITION DES VARIABLES	24
2. METHODOLOGIE D'INVESTIGATION	30

NOS REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE LE PROFESSEUR MO MENA, Directeur de l'Institut Supérieur de Santé, responsable du programme DSES : Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir participé effectivement à notre modelage dans cette nouvelle direction. Nous constituons le produit fini prêt à mériter par l'exemple, le capital de confiance que vous venez de nous créditer.

A NOTRE MAITRE LE PROFESSEUR LAURENCE CODJA, sous directrice de l'institut supérieur de santé et responsable du programme DSGS.

Merci et trouvez en nous des adeptes formés selon la rigueur méthodologique qui vous caractérise.

A NOTRE MAITRE LE PROFESSEUR CHRIS ATIM :

Nous avons trouvé en vous l'humilité, la disponibilité et la rigueur scientifique qui font de vous un homme scientifique d'approche très agréable et d'un niveau de productivité élevé.

A NOTRE MAITRE LE PROFESSEUR Hervé LAFARGE :

Nous avons toujours pris ce grand plaisir d'assister à vos cours qui ont ce cachet particulier d'être un forum d'échange que vous avez pu initier de par vos qualités pédagogiques. Vous avez été aussi un puits où nous avons essayé de nous abreuver le maximum possible malgré le caractère court du temps. Tous nos remerciements.

NOS REMERCIEMENTS :

Au Ministère de la Santé du Sénégal qui m'a permis de suivre cette précieuse formation.

Au Médecin colonel Babacar Dramé, Directeur des Etudes, de la Recherche et de la Formation du Ministère de la Santé, pour votre soutien.

A tout le corps professoral et à l'ensemble du personnel du CESAG

Aux responsables du GRAIM, des coordinations régionales de Thiès et de Dakar et de la mutuelle de Gouloumbou pour vos actions facilitatrices.

Aux responsables de l'ensemble des mutuelles visitées pour cette grande réceptivité dont vous avez fait preuve.

Au projet PHR/CMS: Un grand merci

A mes chers condisciples du DSES/DSGS

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU N° I : Ratio Personnel /Population du Sénégal par rapport aux normes de l'OMS

TABLEAU N° II : Ratio infrastructure /Population du Sénégal par rapport aux normes de l'OMS

TABLEAU N° III : Distribution des mutuelles en fonction des membres, des adhérents et du taux de pénétration en A1

TABLEAU N° IV : Distribution en classe de l'âge des mutuelles

TABLEAU N° V : Distribution des mutuelles en fonction des indicateurs de la dynamique des adhésions

TABLEAU N° VI : Distribution des mutuelles en fonction du taux de pénétration en A1 et en AE

TABLEAU N° VII : Distribution des mutuelles en fonction des taux de croissance des membres et des bénéficiaires

TABLEAU N° VIII : Distribution des outils de contrôle des bénéficiaires par les prestataires en VA et en VR

TABLEAU N° IX : Distribution des modes de tarification des prestataires adoptés par les mutuelles en VA et en VR

TABLEAU N° X : Distribution de la nature des appuis accordés aux mutuelles en VA et en VR

TABLEAU N° XI : Distribution des domaines de formation des administrateurs des mutuelles en VA et en VR

TABLEAU N° XII : Distribution des structures participatives et de gestion utilisées par les mutuelles en VA et en VR

TABLEAU N° XIII : Distribution des outils de collecte utilisés par les mutuelles en VA et en VR

TABLEAU N° XIV : Distribution des outils de gestion utilisés par les mutuelles en VA et en VR

TABLEAU N° XV : Distribution des mutuelles en fonction du montant de cotisation, de la période de collecte et de l'adaptation collecte / entrée de revenu

TABLEAU N° XVI : Distribution des méthodes de gestion des risques utilisées par les mutuelles en VA et en VR

TABLEAU N° XVII : Distribution des mutuelles en fonction de leur PO

TABLEAU N° XVIII : Distribution des mutuelles selon le taux de recouvrement

TABLEAU N° XIX : Distribution des mutuelles selon le résultat de l'exercice

TABLEAU N° XX : Distribution des mutuelles en fonction du ratio dépenses/recettes

TABLEAU N° XXI : Distribution des mutuelles en fonction du ratio frais de gestion

TABLEAU N° XXII : Distribution des mutuelles en fonction du ratio prestations / cotisations

TABLEAU N° XXIII : Distribution des mutuelles en fonction du ratio de couverture des dépenses

TABLEAU N° XXIV : Distribution des mutuelles excédentaires en fonction du ratio prestations / cotisation, du ratio de couverture des dépenses et des soins couverts.

TABLEAU N° XXV : Distribution des mutuelles en fonction du ratio de solvabilité

DIAGRAMMEN° I : Types de structures en convention avec les mutuelles de santé en VA.

DIAGRAMMEN° II : Diagramme résumant les corrélations entre variables.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N° I : Liste des documents comptables utilisés par les mutuelles de l'étude.

ANNEXE N° II : Méthode de calcul de la prime mensuelle sur la base des statistiques sanitaires des régions.

ANNEXE N° III : Questionnaire et Guide d'entretien

ANNEXE N° IV : Résultat ACP

ANNEXE N° V : Chronogramme d'exécution des activités

ANNEXE N° VI : Budgétisation

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ACRONYMES

- MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
- CAMICS : Cellule d'Appui aux Mutuelles de santé, aux IPM et aux Comités de Santé
- TBN : Taux Brut de Natalité
- TGFG : Taux Global de Fécondité Générale
- ISF : Indice Synthétique de Fécondité
- EDS : Enquête Démographique et De Santé
- PNDS : Programme National de Développement Sanitaire
- PDIS : Programme de Développement Intégré du secteur de la Santé
- FAR : Femme en Age de Reproduction
- PS : Poste de Santé
- CS : Centre de Santé
- HOP : HOPital
- INF : INFirmière
- SF : Sage Femme
- ESIS : Enquête Sur les Indicateurs de Santé
- TMM : Taux de Mortalité Maternelle
- IPM : Institution de Prévoyance Maladie
- IPRES : Institut de Prévoyance et de retraite Sénégal
- PAMS : Projet d'Appui aux Mutuelles de Santé
- GRAIM : Groupe de Réflexion et d'Appui aux Initiatives Mutualistes
- PO : Période d'Observation
- AG : Assemblée Générale
- VA : Valeur Absolue
- VR : Valeur Relative
- ME : Médicaments Essentiels
- A1: 1ere année de vie de la mutuelle
- AE: Année d'étude
- RP/C: Ratio prestation sur cotisations
- RCD: Ratio couverture des dépenses
- TRC: Taux de recouvrement des cotisations
- RFG: Ratio frais de gestion
- ND : Non Disponible
- NR : Non Réponse
- ANMC : Alliance des mutuelles chrétiennes de Belgique
- WSM : ONG solidarité mondiale
- ASCOPAM : programme d'appui associatif aux mutuelles
- RS : Ratio de solvabilité
- PC : Population cible
- OIT/BIT Organisation/Bureau International du Travail
- SJB Saint Jean Baptiste

I / INTRODUCTION GENERALE

Le secteur de la santé a évolué au rythme des perturbations des équilibres macro-économiques.

De l'indépendance à nos jours beaucoup d'évènements socio-économiques se sont succédés. Aussi variés qu'ils soient, ils ont un dénominateur commun : l'altération du contexte dans lequel évoluent les secteurs et la baisse du pouvoir économique dans les pays en voie de développement à tous les niveaux depuis les Etats jusqu'aux ménages.

Les origines de cet affaiblissement surtout en Afrique subsaharienne sont à rechercher au niveau de la crise économique des années 70 et 80 et sur un fond de mauvaise gestion. Il faudra ajouter à cela la pernicieuse et accablante spirale de l'endettement (chiffrée à 200 milliards de dollars aujourd'hui), dans cette partie du monde la plus soumise aux effets catastrophiques du SIDA du paludisme et au moment où l'aide publique au développement a atteint son niveau le plus bas (0.22% soit moins du tiers fixé par l'ONU) (31).

Cette crise de la dette a englouti des sommes importantes qui auraient dû être utilisées pour des services vitaux. Les services qui ont le plus soufferts sont les services sociaux de base. Ces services sont : la santé de base y compris les services de la santé de reproduction, l'éducation de base, les programmes de nutrition, l'approvisionnement en eau salubre et l'assainissement. Cette situation qui constitue un lit favorable à l'éclosion, à l'entretien et à l'extension des processus morbides.

Malgré les efforts déployés et soutenus des pouvoirs publics, force est de constater, dans cet environnement vicié, l'évolution particulière et critique des systèmes de santé et de protection sociale. Dans cette partie du monde (en Afrique) où les pays se trouvent confrontés au problème préoccupant de prise en charge des dépenses de santé. La Banque mondiale (1993) semble le confirmer pour l'année 90. Les dépenses de santé des pays en voie de développement ne dépassent pas 6 dollars Us par habitant en moyenne. Ce qui correspond à 1.5% du PNB ou 1.6% (en intégrant l'aide extérieure). Pour la même année au Sénégal, le budget du ministère de la santé représente 5.7% du PNB dont 68.82% sont affectés aux salaires (statistiques/MSAS/1996). Soit une dépense moyenne prévisionnelle d'environ 1600 francs / CFA par habitant dans un pays où un individu sur trois vit en dessous du seuil de

pauvreté (3324F/CFA/MOIS/habitant). La taille du ménage pauvre est de 10.7 individus selon les données de l'enquête sur les priorités de 1993.

C'est dans ce contexte de dégradation de l'environnement socio-économique et de l'échec des politiques d'ajustement structurel qu'en 1987 à l'instigation de l'organisation mondiale de santé (OMS), de l'UNICEF, le sommet des ministres africains de la santé a adopté la réforme des systèmes de santé dans le cadre de l'initiative de Bamako. Cette initiative nous fait vivre l'espoir d'atteindre un fonctionnement durable. Elle est axée sur l'extension des soins de santé primaires, la décentralisation des services de santé, la participation de la communauté à leur gestion et le recouvrement des coûts.

On assiste ainsi au passage de l'Etat à tout faire à l'Etat partenaire. C'est le partage des charges entre l'Etat, les populations, les collectivités locales et les partenaires au développement.

L'Etat sénégalais a adopté cette réforme mise en œuvre en 1991 sur l'ensemble des 45 districts qui constituent les zones opérationnelles du système de santé.

Aujourd'hui avec l'introduction du recouvrement des coûts les décideurs politiques semblent de plus en plus convaincus de son impact positif sur l'amélioration de la qualité des soins et de l'accès aux services de santé (1).

Dans le cadre de cette politique de recouvrement des coûts le mode de paiement le plus fréquent se trouve être le paiement direct. Ce que l'OMS semble confirmer dans son rapport 2000. Dans les pays les plus pauvres du monde la plupart des gens et notamment les plus pauvres doivent payer les soins de leur propre poche au moment où ils sont malades et en ont le plus besoin. Dans 60% des pays en voie de développement (dont le revenu est inférieur à 1000 \$ US/HAB) le paiement direct représente 40% ou plus du total des contributions (29).

Dans la plupart de ces pays africains la majorité des populations n'est pas couverte par une assurance de santé formelle. Selon la Banque mondiale (24) cette population non couverte est de 99.1% au Burkina Faso, 97% au Mali et 99.7% au Nigeria.

Au Sénégal ce mode de règlement est de loin le plus important. Un sénégalais seulement sur sept bénéficie d'une assurance de maladie selon Letourmy (18). Cette insuffisance de couverture est accentuée par un contexte de pauvreté et de détérioration des conditions de vie qui sont la conséquence du renchérissement des coûts qui ont émaillé ces périodes de traversée du désert de nos économies. Dans ces conditions le risque d'exclusion est certain

pour les ~~préférences~~ non solvables et particulièrement les plus pauvres ~~pour~~ les systèmes de santé basés sur ce mode de financement (25).

L'organisation mondiale de la santé dans ses rapports sur la santé du monde de 1999 & 2000 indique aux systèmes de santé que le pré-paiement est la meilleure forme de collecte des recettes dans le cadre d'un régime d'assurance maladie.

Le Sénégal vit cette expérience de l'assurance maladie par les mutuelles de santé depuis une dizaine d'années. Elle fait naître beaucoup d'espoir.

Ce que semble confirmer l'entretien de M. Saer Ndiaye journaliste du quotidien national le "SOLEIL" (dans sa livraison du 10/VII/99) avec le Directeur du CAMICS.

Ce dernier révèle à l'opinion publique que les mutuelles de santé constituent une alternative pour les 85% des sénégalais non couverts par les systèmes formelles d'assurance maladie. C'est dans cette dynamique que s'est développée la mutualité au Sénégal qui connaît un essor nous obligeant à approcher son contexte d'émergence, de développement et particulièrement leur viabilité.

CES

**CADRE
D'ETUDE**

THEQUE

II / CADRE DE L'ETUDE

I / ASPECTS DEMOGRAPHIQUES

Le Sénégal a adopté sa politique de population en 1989.

La stratégie principale adoptée est la maîtrise de la croissance démographique par la mise en œuvre du programme d'action d'investissement prioritaire (PAIP) en matière de population, par le renforcement de l'appui aux collectivités locales dans le contrôle démographique et les actions de réduction des taux de fécondité.

La population totale est estimée en 1999 à 9 278 618 habitants, selon les projections du dernier recensement général de la population et de l'habitat.

Caractéristiques de la population

- Population totale : 9 278 618 habitants
- Densité moyenne : 47 habitants au km². La répartition est cependant inégale.

La région de Dakar, occupant 0.3% de la superficie pour 24% de la population a une densité de 4040 habitants au KM²

- La population de la zone urbaine représente 43% de la population totale contre 57% pour la zone rurale
- La fécondité reste élevée avec :
 - ◆ TBN (taux brut de natalité) = 42‰
 - ◆ TGFG (taux global de fécondité générale) = 223 ‰
 - ◆ ISF (indice synthétique de fécondité) = 5.7% enfants par femme de 15 à 49 ans (EDS-III, 1997)
- La population est très jeune : plus de 57% de la population a moins de 20 ans

II / ASPECTS ECONOMIQUES

L'année 1999 a confirmé les résultats remarquables opérés par l'économie sénégalaise depuis la dévaluation du Franc CFA. Après le changement de parité du franc CFA intervenue en 1994, le gouvernement du Sénégal s'est imposé une approche de développement visant une croissance forte et durable et la réalisation d'une viabilité financière.

La stratégie de développement retenue reposait sur 06 axes

- ❖ La consolidation de l'assainissement des finances publiques

- ❖ La réduction de la taille du secteur public et parapublic et la modernisation de l'administration.
- ❖ Maintien de l'inflation en dessous du seuil de 3% pour préserver la stabilité des prix
- ❖ L'accélération et l'approfondissement des réformes des secteurs de l'énergie, des transports et de l'agriculture.
- ❖ Le renforcement de la compétitivité de l'économie par la poursuite des politiques budgétaires et monétaires pour contenir l'inflation.

OBJECTIFS MACROECONOMIQUES

- ◆ Assurer un taux de croissance économique de 6% sous réserve d'une bonne campagne agricole et la poursuite des réformes structurelles
- ◆ Maintenir l'inflation en dessous du seuil de 3% pour préserver la stabilité des prix
- ◆ Réduire le déficit de la balance de paiement à moins de 7.6%
- ◆ Réduire le déficit budgétaire à moins de 2% du PIB

OBJECTIFS INTERMEDIAIRES

- ◆ Relever progressivement le taux d'investissement à 19.9%
- ◆ Assurer une hausse de l'épargne intérieure à 15%
- ◆ Accroître le ratio des recettes budgétaires sur PIB à 15.8%

RESULTAT EN 1998

- ◆ Croissance en volume du PIB, estimé à :
 - 5,1% en 1996
 - 5,0% en 1997
 - 5,7% en 1998
 - En terme courant le PIB a connu une hausse de 8,0%
 - Taux d'inflation mesuré par le déflateur du PIB = 2,2%
 - Par secteur : le secondaire et le tertiaire ont été la locomotive de l'économie sénégalaise pour avoir contribué respectivement à la croissance du PIB de 1,67 et 4,3 points.

- Notons que le taux de croissance du PIB est supérieur au taux d'accroissement démographique (2,7%) ; ce qui laisse espérer une amélioration de l'épargne et de l'investissement.

III / POLITIQUE DE SANTE

Le Sénégal a saisi très tôt l'importance du secteur de la santé dans l'activité économique. Pour répondre à la préoccupation de la majorité, la politique de Santé au Sénégal s'est basée sur les soins de santé primaires, cheville ouvrière pour l'atteinte de l'objectif social noble de santé pour tous. Les nouvelles orientations de cette politique de santé et d'action sociale découlent de la déclaration de politique de santé et d'action sociale.

La mise en œuvre de ces nouvelles orientations s'appuie sur l'approche programme concrétisée par le plan national de développement sanitaire (PNDS) pour la période 1998/2007 avec la mise en œuvre de plusieurs réformes.

Le programme national de développement intégré de la santé (PDIS) couvre une période de 5 ans 1998/2002 du PNDS. Ses priorités sont au nombre de 7 :

- 1) La mortalité infanto-juvénile élevée
- 2) La mortalité maternelle élevée
- 3) L'indice synthétique de fécondité relativement élevée
- 4) La santé des adolescents précarisée par une sexualité précoce
- 5) La persistance des endémies locales y compris les MST/SIDA et leurs externalités négatives
- 6) La recrudescence des affections à longue durée
- 7) L'accentuation de la pauvreté et surtout au sein des groupes sociaux vulnérables

Les objectifs prioritaires sont :

- 1) Réduire la mortalité infanto-juvénile
- 2) Réduire la mortalité maternelle
- 3) La baisse de l'ISF
- 4) La réduction de l'invalidité et des problèmes sociaux

IV /. ORGANISATION ET COUVERTURE SOCIO-SANITAIRE

Le Sénégal comporte 10 régions administratives subdivisées en 30 départements. Ces 30 départements comptent 48 communes, 91 arrondissements et 320 communautés rurales.

Le système de santé sénégalais épouse une forme pyramidale à 3 niveaux :

- Le sommet est constitué par le niveau central. Il comprend : le cabinet du ministre, les directions et les services rattachés. C'est le niveau politique
- L'échelon intermédiaire, la région médicale est le niveau stratégique. Elle assure la coordination du niveau régional et constitue l'interface entre le niveau central et la zone opérationnelle. Il existe 10 régions médicales dirigées par un médecin de santé publique.
- L'échelon périphérique correspond au District qui constitue la zone opérationnelle du système de santé. Il comprend un centre de santé et des postes de santé installés dans les communes et les chefs lieux de communautés rurales et les villages peuplés. Ils existent actuellement 50 districts dirigés en majorité par des médecins de santé publique. En 1996 le Sénégal disposait de 17 Hôpitaux, 53 Centres de santé, 695 postes de santé publics, 73 PS privés pour 266 médecins, 16 pharmaciens, 9 chirurgiens dentistes, 199 techniciens supérieurs, 547 SFE, 1630 IE. Mais ces données ont évoluées avec le PDIS comme le montrent les tableaux I et II

1- COUVERTURE SOCIO-SANITAIRE

a) RATIO-PERSONNEL/POPULATION

TABLEAU N° I : Ratio Personnel/Population du Sénégal par rapport aux normes OMS

RATIO	SENEGAL	NORMES OMS
CATEGORIE		
MEDECIN	01 MED/17000Hab	01 MED/5000 à 10000Hab
INFIRMIER	01 INF/8700Hab	01 INF/300Hab
SAGE FEMME	01 SF/4600 FAR	01 SF/300 FAR

Malgré les efforts du PDIS le déficit reste à combler par rapport aux normes de l'OMS

b) RATIO INFRASTRUCTURE/POPULATION

TABLEAU N° II : Ratio Infrastructure/Population du Sénégal par rapport
aux normes OMS

RATIO INFRASTRUCT	SENEGAL	NORMES OMS
POSTE DE SANTE	01PS/11500Hab	01PS/10000Hab
CENTRE DE SANTE	01CS/175000Hab	01CS/5000Hab
HOPITAL	01HOP/545000Hab	01HOP/150000Hab

Les données faisant état de l'évolution des infrastructures de 1997 à 1999 montrent un déficit par rapport aux normes OMS. Dans le cadre du PDIS il est prévu la construction de 245 postes de santé, 2 centres de santé et 2 hôpitaux régionaux.

c) DISPONIBILITE DES FORMATIONS SANITAIRES

EN MILIEU URBAIN

- ❖ la majorité des femmes vivent à moins de 05 Km des formations sanitaires sauf les hôpitaux publics et privés
- ❖ La distance médiane par rapport aux dispensaires et médecin et hôpitaux privés varie de 0 à 27 Km (ESIS 99)
- ❖ Le temps moyen pour atteindre une structure sanitaire ne dépasse pas 30 minutes sauf pour les hôpitaux, cliniques et cabinet de médecins privés

EN MILIEU RURAL

La distance médiane à parcourir pour atteindre les dispensaires est de 4.2Km contre 30 Km pour les hôpitaux, cliniques et les cabinets de médecins privés.

Ces données montrent un fait constant la difficulté en zone rurale d'accéder aux infrastructures.

2 - NIVEAU DE SANTE

Les données de l'enquête démographique de l'EDS 97 et de l'ESIS nous donnent les niveaux de santé que reflètent les indicateurs suivants :

- ⇒ TBN = 46% (l'EDS 97) contre 36% (l'ESIS 99)
- ⇒ TGFG = 185‰ (l'EDS 97) et 172‰ (l'ESIS 99)

⇒ ISF = 5.7 enfants par femme contre 6.0 en 1993 et 5.2 selon l'ESIS 99

Cette évolution montre une baisse régulière de la fécondité

⇒ Coefficient de mortalité infantile = 68‰ (EDS 97) contre 64‰ selon l'ESIS 99

⇒ Coefficient de mortalité infanto juvénile = 139‰ (EDS 97) contre 143‰ selon l'ESIS 99

La comparaison des données de l'ESIS de 1999 avec les enquêtes réalisées au cours des deux dernières décennies montre une baisse sensible et continue de la mortalité infanto juvénile et une hausse de la mortalité juvénile au cours des dix dernières années.

⇒ TMM : Un Taux de mortalité maternelle de 510 décès pour 100000 naissances vivantes.

V / FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE

1 - SOURCES DE FINANCEMENT

Le financement du secteur de la santé au Sénégal connaît plusieurs sources dont les principales sont : l'Etat, les collectivités locales, les organisations communautaires de santé (les populations) et les partenaires au développement.

La distribution du financement du PDIS 1999 en fonction de ces sources nous donne les proportions suivantes :

- ◆ Etat 53%
- ◆ Partenaires au développement 30%
- ◆ Populations (comités de santé) 11%
- ◆ Collectivités locales 6%

- a- L'Etat a alloué au ministère de la santé pour l'année 1999 un budget de fonctionnement de 23.2 milliards (contre 18.7 milliards en 1996). Par rapport au budget de fonctionnement de l'état celui du ministère de la santé est passé entre 1996 et 1999 de 7.25% à 7.85%.

Ceci est à rapprocher de l'engagement du Sénégal depuis 1993 d'augmenter de 0.50% la part du secteur de la santé dans le budget national. L'Etat vise ainsi à répondre à la recommandation de l'OMS d'accorder 9% de leur budget de fonctionnement à la santé

- b- Les populations organisées en comités de santé constituent le réceptacle de la participation des ménages.
- c- Les collectivités locales participent au financement des dépenses de santé (il leur est recommandé de consacrer 8 à 9 % de leur budget à la santé)
- d- Les partenaires au développement (bailleurs de fonds et ONG) assurent un apport de 30% dans le cadre de la coopération bilatérale ou multilatérale.

Il existe une autre source de financement que constitue l'assurance maladie. Elle mérite d'être individualisée compte tenu des espoirs qu'elle cristallise.

2 - L'ASSURANCE MALADIE AU SENEGAL

Elle constitue une source de financement habituellement domiciliée au niveau des comptes nationaux dans l'apport des ménages (des populations)

Cette protection maladie au Sénégal comporte :

- Une protection maladie obligatoire : les salariés et les retraités sont pris en charge par un système de protection sociale obligatoire conformément aux dispositions du statut général de la fonction publique pour les agents de l'état fonctionnaire et aux dispositions du code du travail et des institutions de prévoyance sociales pour les travailleurs du secteur privé et parapublic
- Les autres à savoir les indépendants, les chômeurs et les inactifs sont pris en charge dans le cadre de l'action sanitaire publique soit par eux-mêmes par le paiement direct ou dans les protections non obligatoires

Le régime des fonctionnaires est géré par le ministère de la fonction publique. Les agents de l'état non fonctionnaires relèvent de la sécurité sociale.

Les agents du secteur privé et parapublic sont à la différence des fonctionnaires les seuls bénéficiaires d'un vrai régime de sécurité sociale tel que reconnu par l'OIT. Le régime comprend :

- ◆ Les prestations de sécurité sociales comportent les accidents de la circulation, les maladies professionnelles. Les prestations de sécurité sociale sont gérées par la caisse de sécurité sociale.

- ◆ Les prestations de maladies non couvertes par la caisse de sécurité sociale sont prises en charge par les IPM
- ◆ Les prestations de retraite sont gérées par l'institution de prévoyance retraite (IPRES)

a- LA PROTECTION MALADIE OBLIGATOIRE

Le décret N° 72-215 du 07 mars 1972 relatif à la sécurité sociale stipule que les fonctionnaires et agents contractuels de la fonction publique ainsi que leurs familles bénéficient d'un financement des soins de santé par le budget national de l'état jusqu'à hauteur de 80%. Les médicaments étant à la charge du malade. Les salariés permanents des entreprises privées et publiques ainsi que leurs familles bénéficient d'une protection sociale dans le cadre de la loi du 30 avril 1975 relatives aux institutions de prévoyance sociale et le décret N°75-895 du 14 avril 1975 portant organisation des IPM d'entreprise ou d'interentreprises et rendant obligatoire la création de ces dernières. Les IPM assurent une prise en charge des soins médicaux et des médicaments dans une fourchette entre 40% et 80%.

Les retraités ayant occupé un emploi salarié et leur famille bénéficient (par décret de 1975) d'une couverture partielle des frais médicaux par l'institution de prévoyance et de retraite (IPRES)

b- LES SYSTEMES DE PROTECTION MALADIE NON OBLIGATOIRE

Dans ce lot on retrouve les assurances maladies privées à but commercial. Ces types d'assurance sont très sélectifs de par le montant élevé des primes qui limite l'accès à certaines catégories de personnes (LALISSE et ATLAN).

C'est dans ce lot qu'on trouve les mutuelles de santé qui constituent un système d'assurance maladie à adhésion volontaire.

Parmi les trois institutions spécialisées dans la gestion des prestations de sécurité sociale seule les IPM constituent le vrai régime de l'assurance maladie et qui ne couvre que 4.21% de la population générale du Sénégal selon ANDRÉ OKO (26).

Les travailleurs indépendants du secteur informel, les chômeurs et inactifs non-pensionnés ne sont affiliés à aucun système d'assurance maladie collective.

La mutuelle loin d'être une panacée contribuera à la prise en charge de ce segment de la population la plus importante 91% selon le BIT (6). D'où l'intérêt actuel de cette question centrée sur la mutualité.

CESA

CADRE

CONCEPTUEL

TEQUE

III / CADRE CONCEPTUEL

I / PROBLEMATIQUE

1- EMERGENCE ET DYNAMIQUE DE LA MUTUALITE AU

SENEGAL

Les mutuelles de santé sont des créations récentes et peu nombreuses en Afrique de l'Ouest et du Centre mais leur dynamique de développement est forte avec un potentiel élevé pour améliorer l'accès aux soins de santé.

Ceci suscite un intérêt croissant de la part des pouvoirs publics, des populations et des partenaires au développement surtout dans la levée des barrières financières de l'accessibilité aux soins. Cette mauvaise accessibilité aux soins de santé en Afrique Subsaharienne connaît une origine multifactorielle : la réduction des budgets sociaux et de la santé, l'inefficacité dans l'utilisation des ressources, l'insuffisance de la couverture en points de prestations de services de base.

La mise en commun des expériences africaines et d'ailleurs dans l'approche résolutive des problèmes de financement, aura permis d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les deux dimensions actuelles de la recherche du financement alternatif du secteur de la santé :

- La participation communautaire
- L'assurance maladie

Au Sénégal le principe de partage des charges dans la participation communautaire a connu plusieurs étapes

- ❖ En 1970 : Début de participation des populations à l'effort de santé par l'acceptation du paiement symbolique des soins et la participation aux activités de sensibilisation.
- ❖ En 1972 : Début de la décentralisation par la loi 72.02 portant réforme de l'administration territoriale et locale, avec la création des communautés rurales. Une invite a été faite :
 - ◆ Aux populations de s'impliquer dans la gestion et la résolution des problèmes de santé
 - ◆ Aux communautés rurales d'investir 8% de leur budget au profit la santé.

- ❖ En 1983 : Organisation des populations en comités de santé pour matérialiser leur engagement en faveur des soins de santé primaires auprès des techniciens par un arrêté ministérielle
- ❖ En 1991 : Mise en œuvre de la politique de recouvrement des coûts dans le cadre de l'initiative de Bamako et de la politique des médicaments essentiels
- ❖ En 1992 : promulgation du décret 92.118 constituant le cadre juridique régissant les comités de santé
- ❖ En 1996 : approfondissement de la décentralisation avec le transfert de compétence (comme la santé) et de ressources aux collectivités locales.

Quant à l'assurance maladie autofinancée, elle remonte à une dizaine d'années avec la première mutuelle Thiessoise de Fandene. La région de Thiès a joué un rôle de pionnier dans le développement de la mutualité au Sénégal. L'église a joué un rôle promoteur principal par la création de la coordination diocésaine pour les mutuelles d'obédience catholique.

Parallèlement il a existé d'autres structures d'appui local comme :

- le GRAIM (groupe de recherche et d'appui aux initiatives mutualistes) appui présentement 18 mutuelles dans la région de Thiès
- La coordination régionale des mutuelles de Thiès : accueille les mutuelles quelle que soit leur confession
- La caritas diocésaine de Thiès : appuie une dizaine de mutuelles

Ce mouvement s'étend aujourd'hui aux autres régions du Sénégal (Dakar, Kaolack, Diourbel, Saint-louis, Ziguinchor, Tambacounda) avec plusieurs mutuelles en projet ou en gestation.

L'engagement politique nécessaire s'est matérialisé du côté du ministère par la mise en place en 1997 du projet d'appui aux mutuelles de santé (PAMS). Ce projet est suivi de la création de la cellule d'appui aux mutuelles, aux institutions de prévoyance maladie.

(IPM) et aux comités de santé (CAMICS).

Le mouvement mutualiste sénégalais bénéficie d'un appui national et international. Parmi les structures d'appui on retiendra : l'USAID/PHR, le BIT/ASCOPAM, le BIT/STEP, l'ANMC, WSM, GTZ sans être exhaustif.

L'environnement institutionnel et juridique sénégalais est favorable au développement de la mutualité avec la décentralisation par le transfert de compétences aux collectivités locales, le recouvrement des coûts par la tarification, le projet d'autonomisation financière et de gestion des hôpitaux, la politique de promotion des médicaments essentiels, l'existence d'un cadre juridique régissant les comités de santé et du droit d'association surtout à but non lucratif. Par ailleurs un projet de loi sur les mutuelles de santé est initié par les autorités sénégalaises.

2 - ENONCE DU PROBLEME

La mutualité sous sa forme actuelle est apparue en Europe au 19^{ème} siècle dans un contexte de libéralisme économique avec comme corollaire des conditions de vie pénibles pour les ouvriers. Ces organisations ont dès leur naissance procuré à leurs membres des aides en cas de décès, de maladie, d'incapacité de travail et d'autres aléas de la vie. Quant à la sécurité sociale elle a vu le jour dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle (8).

C'est dans les mêmes conditions de vie précaires, imputables à la dégradation de l'environnement socioéconomique, la mauvaise gestion, aux politiques d'ajustement structurel et leurs échecs, la dévaluation du franc CFA dans la zone franc que les populations africaines se sont organisées suivant le même principe pour faire face à la crise dans le secteur de la santé.

Ainsi les mutuelles de santé se sont développées dans la sous région ces dernières années et ont suscité l'intérêt des pouvoirs publics et de leurs partenaires compte tenu des espoirs de réponses qu'elles pourraient apporter à la douloureuse question du financement de la santé et particulièrement du côté du consommateur.

De ce phénomène émergent et en développement naquit ce besoin de la construction d'une base de données fournissant des statistiques, des informations fiables sur les mutuelles de santé permettant une analyse des impacts et un échange d'expériences dans la sous région. C'est dans cet ordre d'idées que nous situons d'une part les travaux de recherche dans onze pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre de la Concertation et d'autre part l'étude sur la contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès des soins dans neuf pays de l'Afrique de l'ouest et du Centre (Chris Atim 2000).

Ces études ont montré un véritable développement dans le temps et dans l'espace de nos aires géographiques de ces organisations mais aussi un engouement des populations, des organisations professionnelles et communautaires dénotant de l'intérêt qu'elles portent à cette question. Il a été constaté dans l'évolution de ces organisations mutualistes que certaines ont

survécu à l'épreuve du temps mais d'autres vivent avec des difficultés voire sont en arrêt de prestations. Comme c'est le cas dans certains pays :

- ❖ Au Togo entre 1997 à 2000 ils sont passés de 07 mutuelles fonctionnelles en 1997 à 05 mutuelles fonctionnelles en 2000. Par ailleurs ils ont relevé 03 échecs parmi les mutuelles en projet ou en gestation à l'étape de sensibilisation. Ce qui correspond à un taux de mortalité des mutuelles de 28,57 % soit un peu plus du quart des mutuelles sont tombées en faillite.
- ❖ Au Niger, entre 1991 et 2000, l'évolution a montré que 4 mutuelles sur 12 sont en difficulté soit un taux de mortalité de 33,33%, ce qui est en faveur de l'échec du tiers des mutuelles. La principale cause serait le risque moral.
- ❖ Au Sénégal entre 1989, date de création de la première mutuelle à nos jours il existe 29 mutuelles fonctionnelles, 31 mutuelles en projet, 26 mutuelles en gestation et 03 mutuelles en difficulté. Au Sénégal le taux de mortalité est de 9,37% soit un dixième des mutuelles sont en difficulté.

Les raisons de ces difficultés n'ont pas été évoquées.

Pourquoi certaines mutuelles ont résisté dans le temps alors que d'autres sont en difficulté ?

Ce taux de mortalité faible traduit-il une viabilité réelle ? Cet indicateur ne serait adapté de nos jours compte tenu de l'âge jeune des mutuelles (1). Les mutuelles qui ont résisté dans le temps constituent-elles des exemples ? Autant de questions qui méritent d'être abordées dans l'espoir d'apporter des réponses.

D'où la nécessité de cette contribution en analysant l'évolution des mutuelles pour une meilleure connaissance de leur viabilité future et surtout les raisons de leur faillite dans le contexte sénégalais caractérisé par cette forte concentration en mutuelles par rapport à la sous région.

3 - IMPORTANCE DU SUJET

Nous situons l'importance du sujet par rapport :

- ✓ A l'étendue de la cible
- ✓ A l'environnement institutionnel et juridique
- ✓ Au recouvrement des coûts

PAR RAPPORT A LA CIBLE

La viabilité des mutuelles de santé pourrait contribuer à la prise en charge de 6 sénégalais sur 7 exclus par les assurances maladies formelles (18).

PAR RAPPORT A L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL ET JURIDIQUE

Le contexte sénégalais est propice au développement des mutuelles de santé et incite la recherche de la viabilité pour les raisons suivantes

- L'intérêt manifesté par le gouvernement sénégalais et les autres partenaires au développement compte tenu des réponses novatrices que ces organisations apportent à l'épineuse question du financement de la santé.
- L'autonomisation financière et de gestion des structures de soins
- L'expérience mutualiste de la région de Thiès qui a la plus forte concentration en mutuelles dans la sous région et le développement actuel dans les autres régions
- L'existence d'une politique de décentralisation avec transfert de compétences aux collectivités locales.
- L'existence d'une politique de promotion des médicaments essentiels
- L'existence du droit d'association

PAR RAPPORT AU RECOUVREMENT DES COUTS

Toute intervention visant à favoriser la viabilité permet :

- De pérenniser les acquis de la politique de recouvrement des coûts dans le cadre de l'initiative de Bamako par la tarification
- De remédier aux inconvénients du paiement direct
- D'ouvrir une brèche pour un rôle d'avenir dans la gouvernance démocratique du secteur de la santé

II / ETAT DES CONNAISSANCES

1) SUR LA PERENNITE

L'abord de la durabilité dans le contexte de recouvrement des coûts nécessite d'apporter une réponse aux deux questions suivantes :

- Les gens sont-ils disposés à payer pour leurs soins de santé ?

- Les gens ont-ils les moyens de payer pour leurs soins de santé ?

Pour la première interrogation, il existe d'abondantes preuves que les consommateurs de soins des pays d'Afrique subsaharienne dépensent des sommes substantielles pour l'acquisition des services de santé et des médicaments et qu'ils sont d'avantage disposés à payer s'il y a une amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires publiques (12, 19, 33, 38). Au Burkina Faso les ménages déclarent une forte volonté pour participer au financement de l'amélioration de la qualité des soins des formations sanitaires⁽¹⁾ 1 .

Au Sénégal l'étude de Daff.B. M (9) montre que 74% sont disposés à faire plus avec les mutuelles de santé tout en mettant en exergue l'insuffisance actuelle des primes. La prime requise exclurait 25% de la cible

Concernant la deuxième interrogation, bien qu'il n'existe pas un consensus sur les dimensions de la capacité à payer, certains éléments comme ce que les gens peuvent payer actuellement constitue un élément d'appréciation. Les ménages contribuent aux dépenses de santé entre 30 et 70% en Afrique subsaharienne et au Sénégal jusqu'à 41% selon la Banque mondiale. Les ménages africains dépensent entre 2 et 5 % de leur revenu pour les services de santé et les médicaments. Les pauvres peuvent aller jusqu'à dépasser les 5% avec recours parfois aux emprunts (17, 22, 37, 38). Au Sénégal une enquête a montré que les ménages dépensent jusqu'à 4% de leur revenu (6). Ces éléments d'ordre économique liés au pouvoir d'achat et à la volonté des ménages ont été abordés par Daff et Tine (34, 9).

La réforme du recouvrement des coûts doit viser des mécanismes de financement sauvegardant en même temps les systèmes de tarification tout en facilitant l'accès aux soins des pauvres. Pour cela trois fonctions interdépendantes du financement des systèmes de santé sont essentielles pour que chacun ait accès aux services (29) :

- La collecte des contributions
- La mise en commun des ressources
- L'achat des interventions

D'où l'existence d'autres éléments aussi importants de la pérennité axés sur les réformes du secteur de la santé au niveau institutionnel, politique, organisationnel et comportemental qui ne seront pas abordés dans cette étude. Ces différents éléments nous permettent de circonscrire cette étude aux aspects institutionnels et financiers de la viabilité de ces organisations.

2) TRAVAUX RELIES AU SUJET

L'apparition des mutuelles de santé comme financement alternatif du secteur de la santé en Afrique constitue un phénomène récent. Ce qui rend difficile l'approche de leur viabilité par cet excellent indicateur que constitue le taux d'échec.

Dans le cadre de l'étude de la contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et l'accès aux soins de santé, il a été principalement abordé les prestations offertes par ces organisations. Cette étude a mis en évidence des pratiques et des caractéristiques favorisant ou non la pérennité. Ces résultats selon Chris Atim doivent être considérés avec prudence mais ils constituent un réel point de départ pour les recherches axées sur ce sujet.

L'étude du contexte sénégalais de Nathalie Massiot a concerné 03 mutuelles choisies selon les critères suivants : répondre à la définition d'une mutuelle de santé, répondre à la typologie des mutuelles de santé, le caractère exploitable des données et l'aptitude à devenir un modèle. La collecte des données a été faite sur la base d'un questionnaire qui finalement n'a pas été utilisé à cause des informations recueillies lors de l'entretien avec les responsables. Les mutuelles en difficulté n'ont pas été intégrées.

Par ailleurs Tine.J.G.A (1999) a abordé la viabilité dans son étude sur la problématique du recouvrement des dépenses de santé en milieu rural Sénégalais. IL a mené une réflexion prospective sur la viabilité des systèmes mutualisés sur deux mutuelles de santé fonctionnelles, Lalane Diassap et Fandene, sur la base des indicateurs financiers et institutionnels. Cette étude serait en faveur de leur viabilité monnayant quelques redressements. Mais il serait difficile d'étendre ces résultats à l'ensemble des mutuelles à partir de 2 mutuelles. Les mutuelles en difficulté n'étaient pas ciblées par cette étude.

D'emblée nous nous placerons dans la dynamique d'un recrutement aussi large que possible des mutuelles fonctionnelles et en difficulté aux fins d'obtenir assez d'informations sur la viabilité de ces organisations.

¹ Enquete sur la volonté et la capacité des ménages à payer pour les soins de santé dans trois provincess du Burkina A Sow PH.D

III / OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

1 - OBJECTIF GENERAL

Cette recherche inscrite dans le domaine du financement alternatif du secteur de la santé, dans un contexte d'essoufflement des finances publiques, vise à identifier les facteurs pouvant rendre apte ces organisations à disposer de moyens et de manière durable pour financer les besoins en prestations de leurs membres.

2 - OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1) Identifier les facteurs ayant favorisé la survie des mutuelles qui ont résisté au temps.
- 2) Identifier les facteurs de mortalité au sein des mutuelles en difficulté.
- 3) Formuler des recommandations.

IV / HYPOTHESES DE LA RECHERCHE

Dans le contexte de développement des mutuelles de santé au Sénégal, de l'engouement et de l'enthousiasme qu'elles ont fait naître à cause des espoirs placés en elles, cette étude suppose qu'il existerait des facteurs de viabilité institutionnelle favorisant le financement de la demande ?

- ❖ La résistance des mutuelles à l'épreuve du temps associée à un faible taux de mortalité suppose l'existence de facteurs favorisant leur viabilité.
- ❖ Il existerait une raison fondamentale expliquant la faillite des mutuelles ?

CADRE

OPERATIONNEL

IV / CADRE OPERATIONNEL

I / STRATEGIE DE LA RECHERCHE

Cette étude, à un niveau institutionnel, de la viabilité des mutuelles de santé à assurer le financement de la demande en soins de santé des populations comporte une investigation sur un certain nombre de ces dites organisations avec 03 niveaux d'approche : un niveau financier, un niveau institutionnel et un niveau administratif et gestionnaire.

Envisagé sous cet angle il s'agit d'une recherche synthétique de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse.

L'abord de ce travail peut être fait suivant une étude longitudinale sur plusieurs années soit une étude transversale en instantanée en étudiant le comportement de ces organisations qui ont survécu et en difficulté.. Compte tenu de certaines contraintes de temps et de moyens nous avons opté l'étude transversale sur des mutuelles d'un certain age sans occulter les limites de ce choix.

II / METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1) DEFINITION DES VARIABLES

a- DEFINITION DES CONCEPTS

a-1 DEFINITION DE LA MUTUALITE

Elle peut être définie comme un " *système d'assurance volontaire et à but non lucratif, constitué sur la base d'une étique de solidarité et de mise en commun des risques de santé, dans lequel les membres participent à la gestion et au financement* "

Selon la typologie il existe quatre types de mutuelles :

- *Les mutuelles traditionnelles :*

Mutuelle traditionnelle basée sur l'appartenance ethnique ou clanique de ses membres

- *Les mutuelles non traditionnelles ou à base communautaire*

Elles peuvent être professionnelles ou sociales :

- *Les systèmes simples d'assurance à financement communautaire :*

Système généralement mis en place par une structure sanitaire comme système d'assurance maladie pour améliorer son niveau de recouvrement des coûts et étendre l'accès aux soins de santé au plus grand nombre dans le ressort territorial de l'institution.

- *Les systèmes complexes de financement communautaire* dans lesquels la collectivité se charge de gérer le premier niveau des soins médicaux (centre de santé) à travers des structures de participation.

a-2 DEFINITION DE LA VIABILITE

La viabilité ou durabilité réfère aux aptitudes d'un système de garantir suffisamment de ressources pour continuer les activités qui présentent des avantages dans le long terme. Dans notre étude c'est la capacité de la mutuelle de santé à rembourser les frais des prestations retenues pour le compte de ses bénéficiaires. La viabilité des mutuelles de santé peut être appréhendée dans ces trois dimensions:

- La viabilité financière
- La viabilité institutionnelle
- La viabilité administrative et gestionnaire

b- OPERATIONNALISATION ET METHODE D'ANALYSE

b-1) LA VIABILITE FINANCIERE

La pérennité financière des mutuelles de santé signifierait que ces organisations peuvent constituer une source de financement crédible et durable pour financer la demande en prestations des populations et ceci avec des ressources propres.

L'abord de ces indicateurs financiers nous permettra d'expliquer au niveau de ces organisations les problèmes relatifs à la trésorerie, au patrimoine, le recouvrement et la prime adéquate et le coût du fonctionnement.

INDICATEURS

- ❖ Ratio de liquidité
- ❖ Ratio de solvabilité
- ❖ Ratio cotisation / dépenses
- ❖ Ratio de couverture des dépenses
- ❖ Ratio frais administratif / revenu (Ratio frais de gestion)

b- 2) VIABILITE INSTITUTIONNELLE

Elle désigne la capacité du système, s'il est convenablement financé, à assembler et à gérer les ressources non financières nécessaires pour mener à bien ses activités normales.

L'abord de ces indicateurs nous permet d'apprécier les autres aspects non financiers qui peuvent compromettre la viabilité de l'organisation même sur un bon niveau des finances.

Elle réfère :

- A la facturation
- A la négociation avec les partenaires
- A la promotion de la responsabilité et de la participation
- A la relation avec les structures d'appui
- A l'évaluation et au contrôle

INDICATEURS

- ❖ Structure favorisant l'implication des membres dans la gestion et la vie de la mutuelle
- ❖ Taux de participation aux réunions
- ❖ Taux des mutuelles enregistrées auprès des autorités
- ❖ Nombre de mutuelles en relations avec des organisations similaires

- ❖ Nombre de mutuelle en relations avec les structures d'appui
- ❖ Pourcentage de mutuelles avec compte bancaire
- ❖ Taux des mutuelles avec règlement intérieur et statut
- ❖ Taux de mutuelles disposant de mécanismes de contrôles
- ❖ Taux de mutuelles disposant de mécanismes d'évaluation
- ❖ Relations avec les prestataires

b- 3) VIABILITE ADMINISTRATIVE ET GESTIONNAIRE

Elle refera :

- A la formation
- A la fixation des taux de cotisation
- A la détermination des paquets de prestations
- Au recouvrement des coûts
- A la communication, au marketing, et à la mobilisation communautaire
- A la tenue des documents comptables
- La gestion des fonds
- A la question du volontariat

INDICATEURS

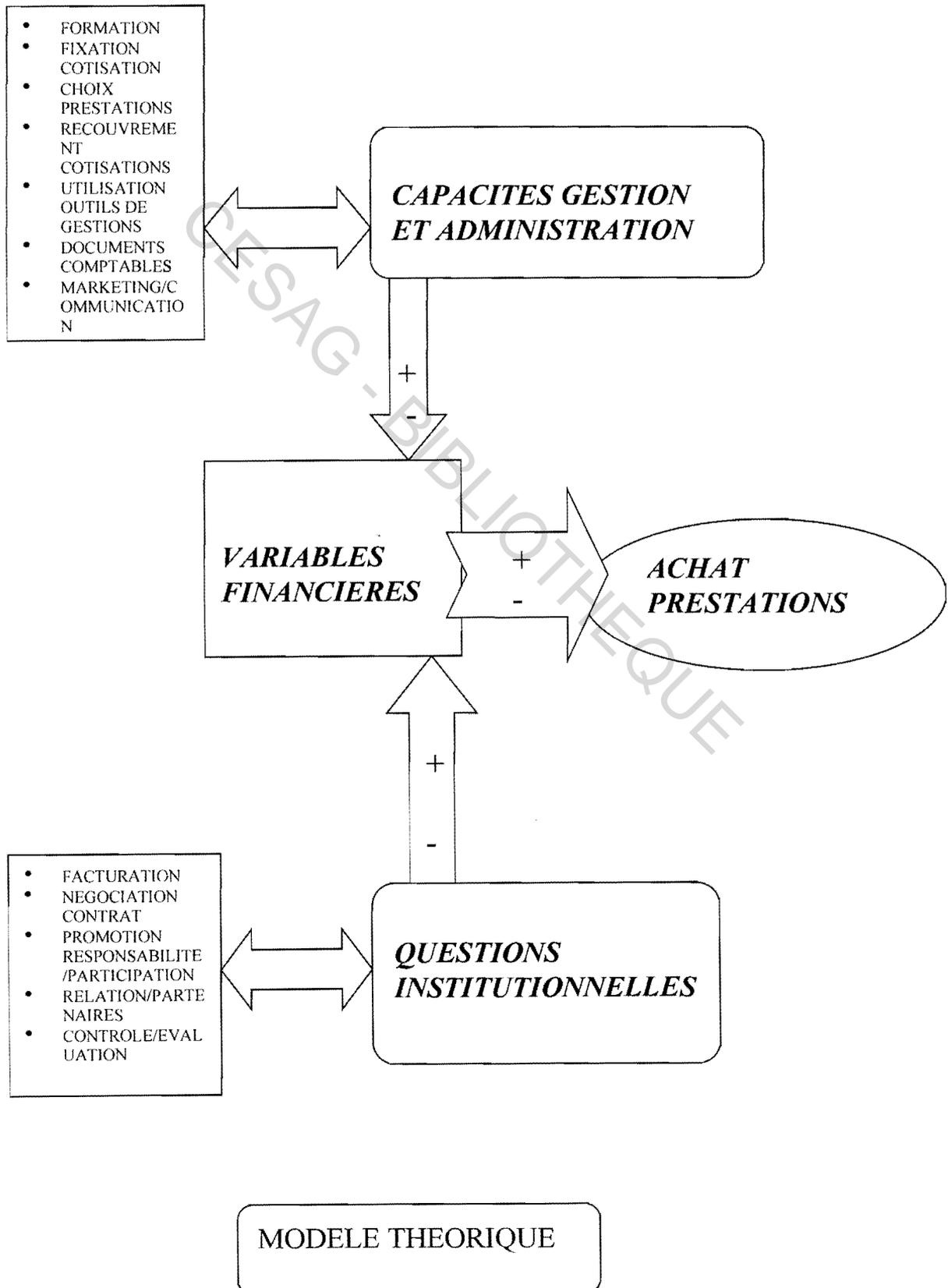
- ❖ Taux de pénétration du groupe cible
- ❖ Taux de croissance des adhésions
- ❖ Nombre de bénéficiaires par membre
- ❖ Ratio personnel volontaire / personnel salarié
- ❖ Nombres d'agents formés
- ❖ Nombre de mutuelles disposant d'un programme de formation
- ❖ Mode de gestion des risques

b- 4) variables et modèle

CONCEPTS	DIMENSIONS	VARIABLES	INDICATEURS
VIABILITE	1) VIABILITE FINANCIERE	<ul style="list-style-type: none"> ◆ VARIABLES DE RENDEMENT FINANCIER ◆ NOMBRE D'ADHERENTS ◆ AUGMENTATION ET TENDANCE DES ADHESIONS / ◆ PAIEMENT DES COTISATIONS / 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ RATION FRAIS GESTION ◆ RATIO LIQUIDITE ◆ RATIO SOLVABILITE ◆ RATIO COUVERTURE DEPENSES ◆ TAUX PENETRATION GROUPE CIBLE ◆ TAUX DE CROISSANCE DES ADHESIONS
	2) VIABILITE INSTITUTIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> ◆ PROPORTION PERSONNEL VOLONTAIRE ET SALARIE / ◆ DISPONIBILITE REASSURANCE ◆ ADEQUATION PRIME ET SERVICES / ◆ COUVERTURE DES GRANDS RISQUES / ◆ MODE DE FINANCEMENT DU PRESTATAIRE / ◆ INFORMATION DES ADHERENTS ◆ IDENTIFICATION/INFORMATION GROUPE CIBLE ◆ FORMATION ◆ FIXATION TAUX COTISATION ◆ RYTHME DE PAIEMENT / ◆ GESTION RISQUE ET COUTS ◆ CADRE INSTITUTIONNEL ET REGLEMENTAIRE ◆ RAPPORT AVEC SYSTEME MEDICAL ◆ FIXATION CORRECTE DES TAUX DE COTISATION / 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ NOMBRE DE BENEFICIAIRE/MEMBRE ◆ RATIO VOLONTAIRE/SALARIE ◆ TAUX RECOUVREMENT DES COTISATIONS ◆ STRUCTURES FAVORISANT IMPLICATION DES MEMBRES DANS LA VIE DE L'ASSOCIATION ◆ TAUX DE MUTUELLE RECONNUE /AUTORITE ◆ FORMALITE REQUISES POUR ENREGISTREMENT ◆ POURCENTAGE DE MUTUELLE AVEC COMPTE BANCAIRE ◆ TAUX DE MUTUELLE AVEC RI/STATUTS ◆ RELATION AVEC ORGANISATIONS SIMILAIRES ◆ RELATION AVEC STRUCTURES APPUI ◆ NOMBRE AGENTS FORMES ◆ EXISTENCE D'EVALUATION ◆ EXISTENCE DE CONTROLE ◆ METHODES DE GESTION RISQUE UTILISEES ◆ MODE REGLEMENT PRESTATAIRES ◆ EXISTENCE DE CONVENTION AVEC STRUCTURE SANITAIRE
	3) VIABILITE ADMINISTRATIVE ET GESTIONNAIRE		

L'abord de la viabilité de ces organisations pourrait se faire par le taux de mortalité des mutuelles de santé. A l'état actuel cet indicateur ne peut pas être utilisé à cause de l'âge jeune de ces organisations. Il reste à étudier les facteurs pouvant influencer la vie de ces

organisations. Parmi ces facteurs on peut citer : la formation, le leadership, la gestion administrative et comptable, les performances financières, la qualité des soins, la mobilisation des ressources.



Nous nous limiterons aux questions institutionnelles, aux capacités de gestion et d'administration et ratios d'évaluation financière. L'objectif principal de la mutuelle est de pouvoir financer et de manière continue les prestations qui sont des besoins réels exprimés par la population cible. Ceci exige une disponibilité financière continue, tributaire de l'évolution des différentes variables. En d'autres termes comment évoluent ces variables financières dépendantes entre elles, ces variables institutionnelles et gestionnaires (indépendantes) entre elles d'une part et d'autre part voir les éventuelles relations entre les variables dépendantes et indépendantes. Au terme, nous devons avoir une idée sur les interrelations entre variables (comme indiqué au modèle) qui seront les plus favorables à assurer aux mutuelles une bonne disponibilité financière et durable.

POUR L'ANALYSE DES DONNES.

Nous procéderons à une approche analytique de la viabilité sur la base des indicateurs financiers et des indicateurs du fonctionnement institutionnel.

L'approche des indicateurs financiers nous permet :

- ✓ Elle procédera à un recueil d'informations auprès des mutuelles ciblées.
- ✓ De voir si les cotisations permettent de couvrir les dépenses
- ✓ D'apprécier la stabilité financière des mutuelles de santé
- ✓ D'avoir une idée sur la part des cotisations dans les produits
- ✓ D'apprécier le poids des autres sources dans les produits
- ✓ De savoir la part des médicaments, des consultations, des hospitalisations, du personnel dans les charges de la mutuelle.
- ✓ D'apprécier les performances en matière de recouvrement des cotisations.

L'approche des indicateurs institutionnels nous permettra :

- ✓ D'approcher la participation active de la population à la vie de la mutuelle par leur participation aux réunions, le taux de couverture de la population par la mutuelle, l'élargissement de la base de la mutuelle par l'accroissement des adhérents.

D'analyser les modes de gestion par :

- ✓ Les modes de collecte retenus.
- ✓ L'existence d'éventuels investissements et leur poids dans les produits.
- ✓ L'existence ou non d'une période probatoire
- ✓ Les possibilités de la mutuelle à faire face aux éventuelles dépenses imposées par des situations d'urgence
- ✓ Les modes de gestion des risques adoptés par les mutuelles
- ✓ Quels documents utilisés actuellement par les mutuelles et leur tenue ?

- ✓ Le nombre de membres formés par mutuelle
- ✓ Interroger les mutuelles sur leurs compétences en matière de fixation des taux de cotisation et de détermination des prestations.
- ✓ Interroger les mutuelles sur leurs compétences dans le contrôle d'opportunité, du coût et de la qualité des soins.
- ✓ Quelles relations avec les prestataires ?

2 - METHODOLOGIE D'INVESTIGATION

Pour conduire cette recherche nous sommes entrés en contact avec le CAMICS, le BIT, le PHR pour avoir une situation actualisée des mutuelles au Sénégal et disposer d'une base de sondage pour le choix des mutuelles de l'étude. Ceci a été facilité en partie par l'actualisation conjointe BIT/PHR à la date du 30/ VII / 2000.

DEFINITION DE LA POPULATION CIBLE

2-1- CRITERES D'INCLUSION

Nous intégrerons par un choix raisonné dans cette étude les mutuelles qui répondent aux critères suivants.

a- SATISFAIRE LES 05 CRITERES DE DEFINITION DE LA MUTUELLE DE SANTE

- ✓ Association basée sur le volontariat
- ✓ Association à but non lucratif
- ✓ Met en œuvre la solidarité
- ✓ Association gérée par ses membres
- ✓ Activité de prévoyance et assurance maladie

b- ETRE IDENTIFIABLE SELON LA TYPOLOGIE SUIVANTE

b-1: mutuelle traditionnelle

b-2: mutuelle non traditionnelle ou à base communautaire.

b-3: les systèmes simples d'assurance à financement communautaire

b-4: les systèmes complexes de financement communautaire

c- MUTUELLE DOIT ETRE AGEE D'AU MOINS QUATRE ANS A PARTIR DE SA DATE DE CREATION ET FONCTIONNELLE OU MUTUELLE EN DIFFICULTE

d - LA MUTUELLE DOIT APPARTENIR A L'INVENTAIRE DU 03 AU 30 / VII / 2000

2-2- CRITERES D'EXCLUSION

Nous écarterons de cette étude les mutuelles à caractère professionnel et surtout d'adhésion obligatoire. Nous avons été guidés dans notre choix par le souci d'éviter des informations aberrantes d'une part et d'autre part d'avoir des informations d'un même niveau de préoccupation concernant le secteur informel. Par ailleurs nous dérogerons à cette règle en choisissant la mutuelle FAGGU pour des raisons de particularités liées à son caractère de mutuelle complémentaire et à une tranche d'âge typée économiquement dépendante (age > 60ans) et du groupe à risque que constitue cette cible par rapport à la maladie.

METHODES DE COLLECTE DES DONNEES

Nous procéderons :

- ✓ A un sondage par questionnaire administré par entretien qui nécessitera une formation des enquêteurs. Ce recueil de données concernera 14 mutuelles de santé dont 11 fonctionnelles et 03 en difficultés.
- ✓ Une revue documentaire

DEFINITION DES UNITES D'ANALYSE

Par rapport à la définition de la cible et aux différents objectifs les unités d'analyse seront le bureau exécutif ou le comité de gestion selon les mutuelles où seront ciblés le président, le trésorier, les commissaires au compte, le secrétaire administratif et le gestionnaire.

L'existence de structures de coordination régionale des mutuelles qui est une émanation de la volonté des mutualistes nous a incité à rechercher parfois valider certaines informations.

C'est sur la base de cette méthodologie d'investigation adaptée aux besoins de l'étude que nous sommes descendus sur le terrain pour la collecte des données nécessaires à la construction des agrégats.

2 - 3 CONDUITE DE L'ENQUETE

2 - 3 - 1 COUVERTURE GEOGRAPHIQUE

Le nombre de mutuelle de départ est resté le même conformément aux critères d'inclusions de l'étude soit un effectif de 14 mutuelles de santé.

Notre base de sondage tirée de la dernière réactualisation des mutuelles au Sénégal (8) est constituée de 32 mutuelles de santé dont 29 fonctionnelles et 03 en difficulté réparties comme suit :

MUTUELLES FONCTIONNELLES

- Thiès : 15
- Dakar :10
- Saint –Louis : 2
- Tamba :1
- Kaolack :1

MUTUELLES EN DIFFICULTE

- Thiès :2
- Dakar :1

Les mutuelles de cette étude ont concerné les régions suivantes :

- Thiès :12 mutuelles de santé
- Dakar :1 mutuelle de santé
- Tambacounda :1 mutuelle de santé

2 – 3 – 2 SELECTION ET MISE A NIVEAU DES ENQUETEURS

Nous avons opté un ciblage des enquêteurs sur la base des pré requis. Ces enquêteurs ont une certaine expérience de la mutualité. Le Ciblage a pour objectif de minimiser certaines difficultés liées à la compréhension et à la traduction du questionnaire d'une part et d'autre part faciliter l'approche des mutualistes. La mise à niveau a été assurée par le chercheur. Nous avons d'abord remis les questionnaires aux enquêteurs 48 heures avant pour prendre connaissance du contenu avant la rencontre.

2 – 3 – 3 EXECUTION DE L'ENQUETE

Du point de vue prévisionnel cette enquête devrait être exécutée par 14 enquêteurs pour une durée de 06 jours à raison d'un enquêteur par mutuelle. Des difficultés sont vite apparues. La première est l'absence de certains outils de gestions comme le compte de résultat et bilan lors de l'année de l'enquête. Cette difficulté nous a imposé la reconstitution de certaines données et une réadaptation. La collecte a débuté le 06 février 2001 et les dernières données ont été récupérées le 07 mars 2001.

Cette enquête a été exécutée par 08 enquêteurs. Elle s'est déroulée en 03 phases selon le chronogramme des activités et le budget en annexe V et VI:

Phase 1: l'enquête de Thiès

Phase 2: l'enquête de Tambacounda

Phase 3: l'enquête de Dakar

L'enquête de Tamba a été exécutée par le chercheur. Cette enquête a été exécutée en première phase à Thiès suivie de Tamba et de Dakar.

2 – 3 - 4 UNITES D'ANALYSE ET INSTRUMENTS DE COLLECTE

a) unités d'analyse

L'enquête au niveau institutionnel s'adressait aux personnes qui avaient en charge la gestion courante de la mutuelle. Il s'agit du président, du trésorier, les commissaires aux comptes, le secrétaire administratif et le gestionnaire.

L'enquête au niveau des coordinations régionales s'est limitée au président des coordinations. L'entretien en collège préparé a été choisi pour recueillir les informations administratives et gestionnaires suivi ensuite de plusieurs séances de travail avec le gestionnaire ou le comptable pour les informations financières.

b) INSTRUMENTS DE COLLECTE

Un questionnaire concernant l'institution mutualiste. Ces questions ont trait :

- A l'identification de la mutuelle
- Aux relations avec les structures d'appui
- Aux statuts et règlement intérieur
- Aux relations prestataires /mutualistes
- A l'identification des besoins et objectifs
- A la gestion de l'organisation
- A la gestion financière

Un guide d'entretien pour les responsables des coordinations régionales des mutuelles avec comme objectifs de préciser :

- ◆ L'apport des coordinations aux mutuelles
- ◆ Les relations entre les mutuelles et les autres institutions
- ◆ Leur vision de la gestion des risques
- ◆ L'identification des besoins et objectifs
- ◆ Leur vision de l'étude de faisabilité

- ◆ Leur point de vue sur les mutuelles en difficulté

2 – 3 – 5 LA GESTION DE L'ETUDE

Elle a été assurée par le chercheur principal, responsable de l'étude :

Dr Aboubacry Fall, CES de santé publique, stagiaire en économie de la santé en 2^e année.

ROLES :

- Elaboration du protocole
- Recherche de financement
- Préparation de l'enquête
- Mise à niveau des enquêteurs
- Contrôle des données collectées
- Contrôle de saisie des données
- Analyse et interprétation des données
- Rédaction du rapport final sous forme de mémoire

2 – 3 – 6 TRAITEMENT DES DONNEES

Le traitement des données a été fait sur le logiciel SPHINX. C'est un logiciel d'enquête et d'analyse des données élaboré par le laboratoire de recherche appliquée (LARCA) de L'université de SAVOIE. Ce logiciel nous permettra une analyse multidimensionnelle des données type analyse en composante principale pour avoir une idée sur les interrelations entre variables.

Au terme de l'exécution de la phase de collecte des données sur le terrain et de leur exploitation nous vous présentons les résultats dans cette seconde partie en abordant : la caractéristique de l'échantillon, la dynamique des adhésions, le contexte légal de ces organisations, les relations mutuelles / partenaires, la gestion administrative et financière, les commentaires / discussions et les conclusion/ recommandations.

PRESENTATION

DES RESULTATS

I / ANALYSE DES RESULTATS

I-1/ CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

1. TAILLE DE L'ECHANTILLON

Cette étude a concerné mutuelles de santé réparties dans trois régions du Sénégal. Les critères d'inclusion et d'exclusion appliqués à la base de sondage ont confirmé le rôle pionnier de la région de Thiès dans la mutualité au Sénégal. Cette dernière abrite 12/14, soit 86% des mutuelles de l'échantillon. Le reste est réparti en proportion égale entre les régions de Tambacounda et de Dakar. L'échantillon représente 43.75% de la base de sondage. Cette distribution a une taille inférieure à 30. Elle ne peut répondre à la loi des grands nombres. D'où la difficulté de lui appliquer une loi normale. La question sera abordée plus sous l'angle d'étude de cas.

2. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES MUTUELLES EN PREMIERE ANNEE

Nous examinerons ces caractéristiques par une distribution des mutuelles en fonction des adhérents, des bénéficiaires, et du taux de pénétration en première année, comme l'indique le tableau N° III.

En première année :

- La moyenne des adhérents de ces mutuelles est de 248
- La moyenne des bénéficiaires est de 1747.
- Les adhérents varient entre deux extrêmes de 35 à 446.
- Les bénéficiaires varient entre 245 et 7000.

Ceci met en exergue cette grande variabilité de ces deux paramètres entre les mutuelles. Toutes les mutuelles à fort taux de recrutement sont des mutuelles rurales et la plus petite en zone urbaine. Ce constat trouve son explication dans la persistance de certaines valeurs, comme la solidarité, de nos sociétés traditionnelles en zone rurale. Alors qu'en zone urbaine nous assistons à l'effritement de ces dernières.

- La population cible moyenne est de 12836 personnes.
- La population cible varie entre 2000 et 36000.
- En début d'existence les mutuelles de notre étude ne couvraient que 13.60% de leur population cible.

Par ailleurs 12/14 mutuelles soit 83% étaient de taille moyenne (comprises entre 100 et 1000 adhérents en première année).

TABLEAU N° III : Distribution des mutuelles en fonction des membres, des adhérents et du taux de pénétration en 1^{ère} année

NOM DE LA MUTUELLE	POPULATION CIBLE	NOMBRE ADHERENT EN A1	NOMBRE DE BENEFICIAIRE EN A1	TAUX DE PENETRATION EN A1
DIMELI YOUFF	36000	35	245	0,01
FANDENE	3200	400	2026	0,63
GOULOUMBO U	10000	365	7000	0,70
NGAYE/NGAY E	15000	97	1231	0,08
LALANE DIASSAP	3000	134	904	0,30
MONT ROLLAND	15000	446	2080	0,14
GRAND THIALLY	2000	142	339	0,17
PANDHIENOU LEHAR	40000	336	2180	0,05
SAINT JEAN BAPTISTE	3000	151	1435	0,48
FISSEL	25000	229	2403	0,10
KOUDIADIENE	3500	381	1930	0,55
FAGGU	4000	397	816	0,20
SANGHE	5000	122	827	0,17
MBORO	15000	242	1040	0,07

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

3. ZONE D'ACTIVITE DE LA MUTUELLE

Cette zone peut être urbaine, rurale ou mixte. La majorité de nos mutuelles, 9/14 (soit 64%) sont d'implantation rurale. Ce qui est à rapprocher de cette facilité de réchauffer certaines de nos valeurs traditionnelles dans ces zones et surtout dans un contexte d'adhésion volontaire.

4. AGE DE LA MUTUELLE

Nous avons choisi l'âge comme critère d'inclusion pour les mutuelles fonctionnelles aux fins d'étudier chez elles les bonnes pratiques dans le sillage d'une longévité. A coté de ce critère age, il existe un autre lié à une mutuelle en difficulté L'étude sera faite en instantané compte tenu des contraintes. Ces raisons motivent le choix des mutuelles âgées d'au moins quatre ans révolus et fonctionnelles au 31/XII/2000 à compter de la date de naissance. Dans cette étude, nous parlerons souvent de la mutuelle de Fissel en terme de mutuelle avec antécédent de difficulté. L'année d'étude 1999 coïncidait avec l'arrêt des prestations mais aussi celle de

l'intervention du PHR qui a pu relever cette mutuelle qui vit ces belles heures de fonctionnalité.

TABLEAU N° IV : Distribution age mutuelle en classe d'age

AGE DE LA MUTUELLE	FREQ ABSOLUE	FREQ RELATIVE pourcentage
< 4ans	2	14.26
[4-5[	3	21.42
[5-7[	7	50
[7-10[	1	7.1
>10ans	1	7.14
TOTAL	14	100

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

MINIMUM = 2 MAXIMUM = 12 MOYENNE = 5.43

- L'AGE MOYEN des mutuelles de notre étude est de 5 ans.
- Par ailleurs 12/14 soit 86% de la population ont un age supérieur à 4 ans.
- Les 68% des mutuelles de l'étude de l'Afrique de l'Ouest et du centre avaient un age de moins de 3ans (1). Ceci nous permet d'accepter l'ancienneté de nos organisations pour les besoins de l'étude.

5. LE MODE D'ADHÉSION

L'abord du mode d'adhésion est important pour la survie des mutuelles où l'adhésion est volontaire. Les modes d'adhésion pratiqués par les mutuelles participent à la minimisation de certains risques comme la sélection adverse.

Pour toutes les mutuelles le mode d'adhésion est volontaire. Par rapport à ce mode volontaire 50% ont choisi un mode volontaire par famille et 50% pour un mode par famille ou individuel.

I-2 / DYNAMIQUE DES ADHESIONS

Nous avons appréhendé cette dynamique des adhésions par l'évolution de certains indicateurs comme indiqué aux tableaux N°V et VI

- Le taux de croissance des adhésions
- Le taux de croissance des bénéficiaires
- Le taux de pénétration

Pour une durée moyenne de 5 ans pour la période objet de l'étude le taux de croissance des membres (39%) est presque 2 fois plus rapide que celle des bénéficiaires (20%). Pour la même période le taux de pénétration est passé de 13.61% en première année à 16.30% en année d'étude. Soit un taux de pénétration annuel de 0.5%. La faiblesse du taux de pénétration est un problème global et concerne les 78% des mutuelles qui ont un taux de pénétration inférieur à 60%. Nous l'expliquons par la situation de certaines mutuelles avec un taux de croissance négatif des bénéficiaires : il s'agit des mutuelles de Gouloumbou, de Pandhienou Lehar et de Saint Jean de Baptiste (SJB).

□ La situation de Gouloumbou est à attribuer à un déplacement de l'épicentre de la mutuelle de Gouloumbou vers Sintian (qui se trouve à 32 Km de Gouloumbou) qui abrite un centre de santé communautaire géré par la mutuelle.

□ La situation de Lehar est à attribuer à une exclusion des traditionnels mauvais payeurs.

□ Le cas de SJB par de mauvaises performances qui ont émaillé la vie de cette mutuelle donc le désintéressement des membres avec une véritable implosion

□ A ces mutuelles il faut ajouter celle de Mont Rolland.

Cette mutuelle a connu une implosion. Selon les informations recueillies auprès du GRAIM sur 18 villages adhérents, les 14 ont démissionné. Ce qui équivaut à un taux d'accroissement de -78%. Cette situation trouve son origine dans la situation conflictuelle avec une organisation communautaire de base, le Comité de Développement de Mont Rolland qui a pris ces distances par rapport à la mutuelle. Il faut noter qu'à l'année d'étude, il n'y a que 2/14 mutuelles, soit 14% qui avaient une taille supérieure à 1000 adhérents.

TABLEAU N° V : Distribution des mutuelles en fonction des indicateurs de la dynamique des adhésions

NOM MUTUELLE	ADHERENTS EN A1	ADHERENTS EN AE	BENEFICIAIRES EN A1	BENEFICIAIRES EN AE	TX CROISSANCE MEMBRES	TX CROISSANCE BENEFICIAIRE	BENEFICIAIRE/MEMBRE EN A1	BENEFICIAIRE/MEMBRE EN AE	TX CROISSANCE BENEF/MEMBRE/AN
DIMELI YOFF	35	125	245	875	2,57	2,57	7,00	7,00	0,00
FANDENE	400	297	2026	2296	-0,26	0,13	5,07	7,73	0,27
GOULOU MBOU	365	440	7000	5000	0,21	-0,29	19,18	11,36	-1,95
NGAYE/NGAYE	97	1242	1231	3250	11,80	1,64	12,69	2,62	-1,68
LALANE DIASSAP	134	243	904	1176	0,81	0,30	6,75	4,84	-0,32
MONT ROLLAND	446	ND	2080	ND	ND	ND	4,66	ND	ND
GRAND THIALLY	142	142	339	342	0,00	0,01	2,39	2,41	0,00
PANDHIENOU LEHAR	336	207	2180	1280	-0,38	-0,41	6,49	6,18	-0,08
SAINT JEAN BAPTISTE	151	21	1435	328	-0,86	-0,77	9,50	15,62	2,04
FISSEL	229	-	2403	-	-	-	10,49	-	-
KOUDIADIENE	381	400	1930	2227	0,05	0,15	5,07	5,57	0,08
FAGGU	946	3000	816	10072	2,17	11,34	2,06	8,00	1,19
SANGHE	122	224	827	1357	0,84	0,64	6,78	6,06	-0,14
MBORO	242	242	1040	1116	0,00	0,07	4,30	4,61	0,10
TOTAL MOYEN	4026	6583	24456	29313	0,39	0,20	7,31	6,83	

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

TABLEAU N° VI : Distribution des mutuelles en fonction des taux de pénétration en A1 (1^{ère} année) et en AE (d'étude)

NOM DE LA MUTUELLE	TX PENETRAT° A1(%)	TX PENETRAT° AE(%)
DIMELI YOFF	1	2
FANDENE	63	72
GOULOUMBOU	70	50
NGAYE/NGAYE	8	22
LALANE DIASSAP	30	39
MONT ROLLAND	14	ND
GRAND THIALLY	17	17
PANDHIENOU LEHAR	5	3
SAINT JEAN BAPTISTE	48	11
FISSEL	10	-
KOUDIADIENE	55	64
FAGGU	24	75
SANGHE	17	27
MBORO	7	7
MOYENNE	26	32

□ Nous avons constaté que toutes les mutuelles qui avaient de longues périodes d'observation (Grand Thially 36, Koudiadiene 28, Mboro 26) ont accusé des contre performances dans la dynamique des adhésions avec des taux de croissance bas des membres qui sont respectivement de 0.00, 0.05 et 0.00 comme l'indique le tableau N° VII.

TABLEAU N° VII : Distribution des mutuelles de longue période d'observation selon les taux de croissance des membres et bénéficiaires

NOM DE MUTUELLE	PO (en mois)	TAUX CROISSANCE DES MEMBRES (en %)	TAUX CROISSANCE DES BENEFICIAIRES (en %)
GRAND THIALLY	36	0.00	0.01
GOULOUMBOU	20	0.21	-0.29
KOUDIADIENE	28	0.05	0.25
MBORO	26	0.00	0.07

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

□ Deux mutuelles en difficulté et une avec antécédent de difficulté avaient le nombre de bénéficiaires par membre le plus élevé. Il s'agit de :

- SJB : 15 membres /bénéficiaires
- Mont Rolland : 12 membres /bénéficiaires
- Fissel : 10 membres /bénéficiaires

Cette charge en bénéficiaire constituerait certainement un facteur d'instabilité car le membre se réfléchit toutes les contributions mensuelles de ses bénéficiaires. Ce qui pourrait constituer une véritable charge pour l'adhérent. Par ailleurs il serait souhaitable de cerner la nature des bénéficiaires d'autant plus qu'il s'agit presque de mutuelles d'obédience chrétienne préoccupées par le volet social.

I-3 / CONTEXTE LEGAL DES MUTUELLES DE SANTE

Elle est déterminante dans la vie des mutuelles. *Il n'existe pas un cadre juridique spécifique aux mutuelles de santé au Sénégal. Cependant il existe un projet très avancé du côté du Ministère de la Santé.*

Dans notre étude 13 mutuelles sur 14 soit 93% ne sont pas enregistrées auprès du Ministère de l'Intérieur. Seule la mutuelle de Gouloumbou est reconnue en utilisant la possibilité que leur offre la loi régissant le droit à l'association c'est à dire la loi N° 66-70 du 13 juillet 66 portant code des obligations civiles et commerciales, modifiée par la loi N°68-08 du 26 mars le décret 76-040 du 16 janvier 76. Les comités de santé sont aussi alignés au même code des

obligations civiles et commerciales. Toutes ces mutuelles non reconnues ont avancé comme argument l'inexistence d'un cadre juridique.

Elles disposent toutes d'un règlement intérieur et de statuts. L'absence de cadre juridique n'a pas pour autant été un obstacle à leur développement mais avec le cas Gouloumbou rappelle l'évolution des comités de santé.

I-4 / RELATIONS DES MUTUELLES DE SANTE AVEC LES PARTENAIRES

relations ont été appréhendées à deux niveaux :

- Les relations avec les prestataires
- Les relations avec les structures d'appui

1- LES RELATIONS AVEC LES PRESTATAIRES

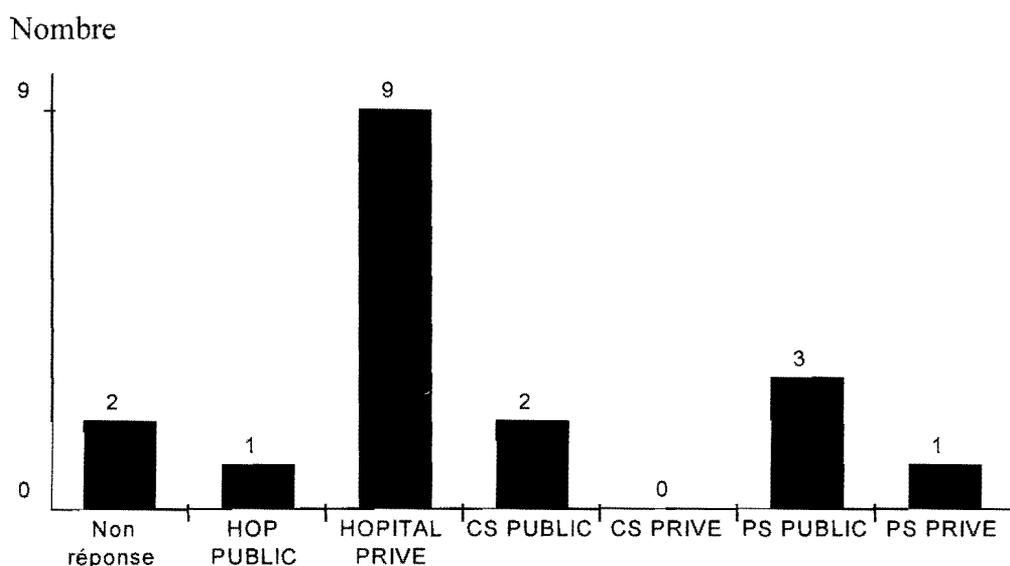
Les relations entre mutuelles et prestataires sont importantes pour la survie de ces organisations. Elles sont matérialisées sous formes de conventions. Ce sont des accords conclus entre prestataires de soins et mutualistes. Ces accords peuvent comprendre : la définition des services couverts, les tarifs à appliquer, les modes de paiement, les incitations accordées et la garantie des soins de qualité.

Nous avons abordé ces relations sous l'angle d'existence ou non de conventions, des structures conventionnées, de l'implication des prestataires dans le contrôle des bénéficiaires, du mode de règlement des prestataires et de leur mode de tarification

1-1 CONVENTIONS ET STRUCTURES CONVENTIONNEES

Nous nous sommes intéressés à l'existence ou non de structures conventionnées. Ainsi 12/14 soit 86% des mutuelles nous ont signifié que le mutualiste n'avait pas le libre choix du prestataire. Ces prestataires étaient indiqués dans le cadre des conventions.

Diagramme N° I : Types de structures en convention avec les mutuelles en VA



Type de structure

Nombre de réponses supérieures au nombre d'observations à cause des réponses multiples

Les critères de choix qui dominent semblent être l'acceptation dans le cadre de la prise en charge des gros risques d'une réduction du tarif et la qualité des soins. Ceci explique que 9/14 soit 64% des mutuelles ont contractualisé avec l'hôpital Saint Jean de Dieu qui accorde une réduction jusqu'à 50% des dépenses d'hospitalisation, comme l'indique le diagramme N° I. Il faut signaler que l'apport de ces mutuelles au budget de l'hôpital est estimé à 5% (1). Les autres types de conventions sont guidés par la proximité, l'appartenance à la zone de couverture de la structure. Le seul hôpital public conventionné est celui de Tamba avec la mutuelle de Gouloumbou et sans critères de choix. Notons le cas particulier de cette mutuelle de Gouloumbou qui gère un centre de santé communautaire avec une gestion commune.

1-2 CONTROLE DES BENEFICIAIRES PAR LES PRESTATAIRES

Nous nous sommes intéressés à ce contrôle des bénéficiaires à l'échelon des prestataires car ils peuvent participer à la limitation de l'escalade des coûts occasionnés par le resquille.

Les prestataires participent au renforcement du contrôle de la mutuelle en s'impliquant dans le contrôle des bénéficiaires.

Pour ce contrôle les mutuelles mettent à la disposition des prestataires un certain nombre d'outils répertoriés comme l'indique le tableau N°VIII.

Ces outils servent soit à l'identification, soit à valider que le membre a droit aux prestations, soit il adroit aux faveurs accordées à la mutuelle soit est à jour des cotisations. Ces outils sont le plus souvent utilisés en association.

TABLEAU N° VIII : Distribution des outils de contrôle des bénéficiaires par les prestataires en fréquence absolue et relative

OUTILS DE CONTROLE	VALEUR ABSOLUE	VALEUR RELATIVE
NR	3	21.42%
Carte de membre + photo	4	28.57%
Lettre de garantie	9	64.28%
Attestation	5	35.71%
Liste membres à jour	3	21.42%
Total observation	14	

Nombre de réponses supérieur au nombre d'observations à cause des réponses multiples

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

Il faut remarquer que les prestations en milieu hospitalier sont plus contrôlées qu'ailleurs.

1-3 MODE DE TARIFICATION DES PRESTATAIRES

Un autre aspect important des relations entre les prestataires et les mutualistes est matérialisé par le mode de tarification des prestataires.

Nous nous sommes intéressés aux modes de tarification en vertu de leur pouvoir d'augmenter les coûts.

Cette tarification est dominée par quatre modes, comme l'indique le tableau N°IX, dont la plus dominante se trouve être la tarification par journée d'hospitalisation adoptée par 10/14 soit 71% des mutuelles. Ce mode de tarification montre que les mutuelles à l'état actuel n'ont pas un pouvoir de négociation fort devant les prestataires.

Parmi les modes de tarification actuellement utilisés la meilleure semble être le montant par épisode (adopté par 2/14 mutuelles soit 14%). Les deux les plus mauvaises à cause des marges de manœuvres offertes aux prestataires sont la tarification par journée d'hospitalisation et la tarification à l'acte. S'il y a à choisir entre ces deux mauvaises, le choix est à porter sur la tarification par journée d'hospitalisation. Cette dernière permet à la mutuelle un contrôle du prix et de la quantité tout en sachant cette possibilité des prestataires d'agir sur la durée. La tarification à l'acte est la plus inflationniste. Le prestataire a la possibilité de multiplier les actes et offre peu de possibilité de contrôle à la mutuelle. Notons que la tarification par capitation, la meilleure, n'a pas été utilisée par les mutuelles.

TABLEAU N° IX : Distribution des modes de tarification des prestataires adoptées par les mutuelles en valeur absolue et relative

MODE TARIFICATION	VALEUR ABSOLUE	VALEUR RELATIVE
NR	1	7.14
Forfait annuel	0	0.00
Montant par épisode	2	14.28
Montant par consultation	2	14.28
Tarification par journée d'hospitalisation	10	71.42
Tarification à l'acte	2	14.28
Total Observation	14	

Nombre de réponses supérieur au nombre d'observations à cause des réponses multiples

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

1-4 MODE DE REGLEMENT DES PRESTATAIRES

Il constitue aussi une variante des relations mutuelles prestataires. Deux modes de paiement sont les seules appliquées : le tiers payant par 11/14 soit 78% des mutuelles et le remboursement des frais par 3 soit 21% des mutuelles. Cette dernière est malheureusement la plus inflationniste. Le malade règle selon les modalités adoptées par les prestataires. C'est aussi un inconvénient si le malade n'est pas une préférence solvable. Parmi les mutuelles qui l'ont adopté nous notons deux avec antécédent de difficulté (Fissel et Sanghe) et Nghayes Nghayes qui accuse une instabilité financière

2- RELATION AVEC LES PARTENAIRES

Les partenaires (promoteurs et partenaires au développement) jouent un rôle important dans le renforcement dans le renforcement des capacités des mutuelles dans des domaines variées. Il est important d'apprécier dans le cadre de cette étude d'apprécier les opportunités offertes par ces derniers au profit des mutuelles. C'est dans cette optique qu'il faudra appréhender les relations entre les mutuelles et les partenaires. Ces opportunités sont perceptibles à travers le développement en trois phases de la mutualité au Sénégal :

- ❖ 1989-1993 : Naissance et diffusion de la mutualité dans la région de Thiès avec le rôle promoteur de l'église.
- ❖ 1994-1998 : Diffusion de la mutualité par phénomène de cercles concentriques vers les autres régions du Sénégal avec l'effet dopant des structures d'appui.
- ❖ A partir de 1998 : implication, engagement des populations et de la communauté nationale et internationale pour le développement des initiatives mutualistes.

Quant à la nature des appuis nous en avons identifié trois comme l'indique le tableau suivant :

TABLEAU N° X : Distribution de la nature des appuis accordés aux mutuelles en VA et VR :

NATURE APPUI	VALEUR ABSOLUE	VALEUR RELATIVE (en pourcentage)
FORMATION	13	93
FINANCIER	2	14
LOGISTIQUE	1	7

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

La formation étant un facteur important d'amélioration de la performance des mutuelles, nous a incité à identifier le contenu comme indiqué dans le tableau N°XI. Ces formations ont visé surtout le renforcement de la compétence des cibles en gestion administrative, financière et en connaissance sur la mutualité.

TABLEAU XI : Distribution des domaines de formation des administrateurs des mutuelles en valeur absolue (VA) et valeur relative (VR)

THEMES FORMATION	FREQ. ABSOLUE	FREQ. RELATIVE
NON	1	7.14
GESTION ADMINISTRATIVE	11	78.57
GESTION FINANCIERE	11	78.57
CONNAISSANCE MUTUALITE	10	71.42
MISE EN PLACE	2	14.28
FONCTIONNEMENT	2	14.28
TOTAL OBSERVATION	14	

Nombre de réponses supérieur au nombre d'observations a cause des réponses multiples

- ◆ Les mutuelles de la région pionnière de Thiès ont toutes bénéficié de formation sauf celle de Fissel. .
- ◆ Les autres (Dimeli Yoff de Dakar et Gouloumbou de Tamba) ont uniquement bénéficié d'une formation sur la connaissance de la mutualité.
- ◆ Les opportunités type formation dont a bénéficié cette région expliquent sa position dans la mutualité au Sénégal. L'ONG la solidarité mondiale (WSM) en collaboration avec l'alliance des mutuelles chrétiennes de Belgique (ANMC), le programme d'appui associatif (ASCOPAM) (34) ont produit des documents de formation.

Par ailleurs au niveau de la région de Thiès, il existe un dispositif de formation continue par le biais de la coordination régionale / GRAIM. Ils ont ainsi initié pour toutes les mutuelles une formation axée sur la gestion administrative (3 jours), la gestion financière (3 jours), la connaissance de la mutualité (2 jours). Les mutuelles en difficulté ont bénéficié de la coordination un appui conseil pour mieux aider les responsables à analyser leur situation, leur proposer des solutions et les aider dans la mise en œuvre. Au niveau des mutuelles en projet ou en gestation l'action de la coordination consiste en un accompagnement dans la

sensibilisation, le suivi des plans d'action et leur évaluation, la préparation et la tenue des assemblées générales, le choix des services à offrir, les cotisations et la négociation. La coordination des mutuelles de Thiès déplore l'imperméabilité de la mutuelle de Mont Rolland par rapport aux dispositions qu'elle affiche. La commune de DAKAR avait alloué une aide de 1.000.000 francs CFA à la mutuelle de DIMELI YOFF dans le but d'alléger les charges de cotisation. Ce serait le début constaté des problèmes de recouvrement sur un fond de contradictions politiques. Nous notons par ailleurs que la coordination de Dakar ne semble pas être aux faits de cette mutuelle sauf ce que le président leur aurait raconté. Les coordinations souhaitent davantage d'effort pour éviter les emplois doubles dans les actions. Ils souhaitent que la Camics joue effectivement ce rôle de coordination et de supervision à travers le PAM.

Les coordinations regrettent le manque d'implication des collectivités locales imputables à un déficit de communication. Ceci laisse en rade beaucoup d'opportunités environnementales. Ils ressentent la nécessité de créer des mutuelles cadrant avec la géographie des collectivités.

Par rapport aux relations avec les comités de santé, les mutualistes soutiennent avoir jusqu'à un passé récent ignoré que leurs organisations sont des membres de droit des comités conformément aux dispositions du décret 92-118.

Les opportunités type formation semblent déterminants dans la région de Thiès.

I-5 - GESTION ADMINISTRATIVE

L'une des caractéristiques essentielles du mouvement mutualiste est la participation effective de ses membres à la vie de leur organisation par le biais des structures de gestion et de participation. Il leur revient ce pouvoir de décision à tous les niveaux : mise en place, fonctionnement jusqu'au contrôle. Ces raisons expliquent le choix d'identifier les structures de gestion et de participation, d'apprécier l'adhésion des membres à leur structure, les outils de collecte et de gestion, les documents comptables utilisés, la cotisation et les méthodes de gestion des risques utilisées qui conditionnent la survie de la mutuelle.

1- STRUCTURES DE GESTION ET DE PARTICIPATION

Nous retrouvons dans cette étude les structures de gestion et de participation suivantes comme l'indique le tableau N°XII

TABLEAU N° XII : Distribution des structures de gestion et de participation utilisées par les mutuelles en VA et VR

STRUCTURES DE GESTION ET DE PARTICIPATION	VA	VR (en pourcentage)
Conseil d'administration	13	93
Comité exécutif ou de gestion ou bureau	9	64
Assemblée Générale	14	100
Contrôleurs	13	93

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

La gestion courante est assurée par :

- ◆ Un conseil d'administration : 4/14 soit 28% des mutuelles avec une particularité pour la mutuelle de SJB, Mont Rolland, Mboro et Nghayes Nghayes.
- ◆ Un comité d'exécution ou de gestion ou le bureau pour le reste des mutuelles.
- ◆ L'organe délibérant pour toutes les mutuelles est l'assemblée générale.

Cette gestion est assurée à l'état actuel par des volontaires. Il n'existe pas de salariés malgré le besoin actuel en compétences.

En ce qui concerne la participation, le degré d'appropriation de l'organisation par ses adhérents nous l'avons mesuré par les taux de participation aux réunions et aux assemblées générales. *Les taux de moyen de participation aux réunions et AG sont faibles (respectivement 13% et 54%).*

Ceci préjuge d'un désintéressement des affiliés de leur organisation.

2 - OUTILS DE COLLECTES UTILISES

Concernant la collecte de l'information sur les adhésions, les cotisations et les prestations les mutuelles utilisent les documents suivants, comme indiqué au tableau N° XIII

TABLEAU N° XIII : Distribution des outils de collecte utilisés par les mutuelles en

OUTILS DE COLLECTE	VA	VR (en pourcentage)
RÉGISTRÉ DES MEMBRES	13	93
RÉGISTRÉ DES COTISATIONS	12	86
RÉGISTRÉ SUIVI DES PRESTATIONS	11	78
CARTES ADHÉRENT	13	93

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

Malgré leur disponibilité, nous n'avons pas pu avoir les différents postes de dépenses éclatés de la mutuelle, comme les dépenses de prestation éclatées en hospitalisation, médicaments, consultation. etc....

3- OUTILS DE GESTION

Les outils de gestion participent à la survie de ces organisations. Ils constituent des aides à la décision.

Les outils de gestion disponibles sont : le compte de résultat, le bilan annuel, et le budget, comme répertorié au tableau N° XIV

TABLEAU N° XIV : Distribution des outils de gestion utilisés par les mutuelles
en VA et en VR

OUTILS DE GESTION	VA	VR (en pourcentage)
COMPTE DE RESULTAT	4	28
BILAN ANNUEL	9	64
BUDGET	4	28

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR aboubacry Fall Année 2001

Il n'y a que 4 mutuelles qui disposaient à la fois d'un compte de résultat et d'un bilan et d'un budget. Il s'agit de FAGGU, KOUDIADIENE, LEHAR et LALANE DIASSAP qui jouissent d'une certaine stabilité financière.

4 - DOCUMENTS COMPTABLES

La chose la plus partagée par les mutuelles c'est l'utilisation en ordre dispersé des documents comptables. Nous en avons recensés 16 comme l'indique l'annexe N° I. Il se pose la nécessité d'encourager l'utilisation d'un même langage comptable, pour favoriser des échanges entre mutualiste évoluant dans le cadre du même système d'assurance maladie autofinancée, partageant les mêmes objectifs. Par ailleurs, le suivi et l'évaluation seront facilités.

5- MONTANT DES COTISATIONS

La moitié des mutuelles, comme l'indique le tableau N°XV ont proposé une contribution mensuelle de 100 F par membre et par bénéficiaire, deux soit 14% des mutuelles à 200 F, une à 150 F (soit 7%). Les cotisations les plus élevées sont proposées par les mutuelles de Yoff et de Faggu respectivement à 1.000 F par couple plus 3 enfants et 2.000 / 4.000 par membre. La mutuelle de Fissel se singularise par un montant assez bas de 25F/CFA/mois/membre. Par ailleurs elle propose à ses membres un remboursement des coûts

des prestations. C'est un cas de mutuelle victime d'un excès de générosité sur des insuffisances dans la conception

TABLEAU XV : Distribution des mutuelles en fonction du montant des cotisations, de la période de collecte et de l'adaptation collecte et l'adaptation collecte entrée de revenu

NOM DE LA MUTUELLE	MONTANT COTISATION	PERIODICITE COLLECTE	ADAPTATION COLLECTE/REVENU
DIMELI YOYF	1000	MENSUELLE	NON
FANDENE	200	MENSUELLE	NON
GOULOUMBOU	500	MENSUELLE ANNUELLE SAISONNIERE	OUI
NGAYE/NGAYE	100	MENSUELLE SAISONNIERE	OUI
LALANE DIASSAP	150	MENSUELLE	NON
MONT ROLLAND	100	MENSUELLE	NON
GRAND THIALLY	200	MENSUELLE	NON
PANDHIENOU LEHAR	100	MENSUELLE	NON
SAINT JEAN BAPTISTE	100	MENSUELLE	NON
FISSEL	25	MENSUELLE	NON
KOUDIADIENE	100	MENSUELLE	NON
FAGGU	2000 CATEGORIE/3 4000 CATEGORIE/2	TRIMESTRIELLE	OUI
SANGHE	100	MENSUELLE	NON
MBORO	100	MENSUELLE	NON

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

A travers ces contributions nous pouvons dégager que 13/14 soit 93% des mutuelles répondraient à une cotisation de 100 F par mois, 6/14 soit 43% à 150 F par mois, 5/14 soit 36% à 200 F par mois, 3/14 soit 21% à 500 F par mois et 2/14 soit 14% à 1.000 F par mois.

Dans notre étude il n'y a que 5/14, soit 36% des mutuelles qui répondaient à la prime adéquate d'environ 275 F trouvée par Dr DAFF (9).

Selon les unités interrogées 11/14 des mutuelles (soit 78 %) n'adaptent pas la collecte des cotisations aux périodes d'entrée des revenus.

Trois mutuelles ont concédé à leurs membres cette adaptation. Il s'agit de :

- ◆ Gouloumbou : paiement mensuel ou annuel pour les planteurs de banane affiliés à des GIE (selon leur préférence) et saisonnière pour les planteurs non affiliés.
- ◆ Faggu : la collecte est trimestrielle au moment de la perception des allocations de retraite.
- ◆ Nghayes Nghayes : la collecte est saisonnière pour les maraîchers et mensuelles pour les autres.

Cette absence de l'adaptation de la collecte à la période d'entrée des revenus n'est pas sans poser des problèmes pour des populations de la zone rurale caractérisées par la saisonnalité de l'entrée des revenus.

6- GESTION DES RISQUES

La stabilité financière de la mutuelle reste en partie tributaire de la capacité de ses responsables à estimer les risques auxquels ces organisations sont exposées et à les maîtriser. Ces risques sont au nombre de trois :

- ◆ *La sélection adverse (ou anti sélection)* : C'est cette tendance selon laquelle les personnes courant un risque maladie élevé s'affilient dans une proportion plus forte à la mutuelle. On assiste à la majoration des dépenses et l'exposition de la mutuelle à la faillite.
- ◆ *Le risque moral* : C'est le comportement des bénéficiaires de la mutuelle à consommer abusivement les prestations offertes pour valoriser le maximum que possible les somme versées sous forme de contribution en dépassant la consommation moyenne.
- ◆ *Le risque d'escalade des coûts* : C'est le comportement conjugué des membres et des prestataires aboutissant à la majoration des coûts. Ce risque intègre les abus et les fraudes.

Toutes ces situations peuvent compromettre la viabilité financière de l'organe par un niveau élevé des dépenses. Ce qui justifie notre intéressement aux méthodes préventives utilisées par ces mutuelles, comme répertoriées aux tableaux N° XVI et XVII pour faire face à ces risques.

- ◆ La méthode de gestion des risques la plus utilisée est la période d'observation par 12/14 mutuelles (soit 85%).

Son but principal est de limiter la sélection adverse.

- ***La période d'observation varie entre 0 et 36 mois.***
- ***La période d'observation moyenne est de 13 mois.***

- **La majorité des mutuelles dont la PO est inférieure à 6 mois était en difficulté soit 3/5.** Il s'agit de Yoff, de SJB et Fissel.
- **Les longues périodes d'observations ont un impact négatif sur la croissance des adhésions.** C'est le cas des mutuelles Grand Thially(PO=36), Kouadiene (PO=28), Mboro(PO+26). Ces 3 mutuelles ont des taux bas de croissance des membres (respectivement :0.00, 0.05 et 0.00). Les résultats de l'ACP semblent le confirmer par une corrélation négative entre la durée de la PO et le taux de croissance des membres.

Elle est importante pour nos mutuelles qui ont opté pour un mode d'adhésion volontaire. Elle bénéficierait du soutien que lui apporterait le mode d'adhésion familial exclusif et familial et individuel de nos mutuelles.

- ◆ La référence obligatoire et le plafonnement des prestations sont adoptés par 8 /14 mutuelles soit 57%, l'usage des ME et génériques par 3/14 soit 21%, le contrôle des bénéficiaires 9/14 soit 64% et le contrôle social 7/14 soit 14%. Toutes ces méthodes sont plus orientées vers le contrôle du risque moral et de l'escalade des coûts.

TABLEAU N° XVI :Distribution des méthodes de gestion des risques
utilisées par les mutuelles en VA et en VR

METHODES GESTION DES RISQUES	FREQUENCE ABSOLUE	FREQUENCE RELATIVE
NR	2	14.28
Copaiement	6	42.85
Franchises	0	0.00
Référence obligatoire	8	57.14
Plafond des prestations	8	57.14
Usage ME et génériques	3	21.42
Contrôle social	7	50
Adhésion en groupe	7	50
Période d'observation	12	85
Fond de garantie	0	0.00
Réassurance	0	000
Contrôle des bénéficiaires	9	64.28
Total Observation	14	

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR aboubacry Fall Année 2001

TABLEAU N° XVII : Distribution des mutuelles en fonction de leur PO

NOM DE LA MUTUELLE	PERIODE OBSERVATION (mois)
: DIMELI YOFF	5
FANDENE	3
GOULOUMBOU	20
NGAYE/NGAYE	0
LALANE DIASSAP	24
MONT ROLLAND	8
GRAND THIALLY	36
PANDHIENOU LEHAR	6
SAINT JEAN BAPTISTE	0
FISSEL	2
KOUDIADIENE	28
FAGGU	7
SANGHE	24
MBORO	26
MOYENNE	13

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

Nous avons constaté que :

- Deux mutuelles en difficulté (SJB et Dimeli Yoff) et une avec antécédent de difficulté (Fissel) n'ont pas utilisé le contrôle social comme méthode de gestion de risque pour des mutuelles basées sur des communautés rurales.
- Le contrôle des bénéficiaires est plus effectif du coté des mutuelles en convention avec les hôpitaux sauf celle de Gouloumbou
- Dimeli Yoff et Fissel n'effectuaient pas un contrôle de bénéficiaires.
- L'usage des ME et génériques comme méthode de gestion est très faible soit 3/14 mutuelles (21%).

Dans le cas de ces mutuelles il est souhaitable de renforcer certaines méthodes de gestions des risques comme le contrôle social pour des mutuelles communautaires et l'utilisation des ME et génériques. Cette dernière méthode faiblement utilisée doit attirer l'attention des promoteurs pour deux raisons : c'est une méthode de gestion des risques et aussi une dimension de la qualité des soins vision consommateur (16).

I-6 - GESTION FINANCIERE

La maîtrise de la gestion financière par une bonne utilisation par les administrateurs des outils de gestion constitue un élément important à la vie d'une organisation. Les décisions doivent être guidées par les résultats fournis par ces outils.

1- TAUX DE RECOUVREMENT

L'intérêt de ce taux est à situer soit au niveau de son aptitude d'attester d'une participation effective soit de présumer d'une bonne capacité de prise en charge des prestations par la mutuelle.

- ◆ **Le taux de recouvrement moyen des mutuelles est de 58%.** Ce taux est assez bas. Cependant dans notre étude 9/14 des mutuelles ont au moins un taux de recouvrement de 67%.
- ◆ Le taux de recouvrement le plus élevé (100%) est de Faggu qui est l'une des rares mutuelles à adapter la collecte à la période d'entrée de revenu.
- ◆ *Les taux de recouvrement les plus bas sont Dimeli Yoff, SJB et Fissel qui sont des mutuelles en difficulté ou avec antécédent de difficulté.*
- ◆ **Notons la coïncidence de ce taux de recouvrement bas avec un taux moyen de participation aux réunions et AG très bas (13% et 54%).** Ce qui laisse supposer un désintéressement des membres de leur organisation. .

TABLEAU N° XVIII : Distribution des mutuelles selon le taux de recouvrement

MUTUELLE	NOM DE LA	TAUX DE RECOUVREMENT (%)
DIMELI YOFF		11
FANDENE		87
GOULOUMBOU		ND
NGAYE/NGAYE		67
LALANE DIASSAP		75
MONT ROLLAND		ND
GRAND THIALLY		32
PANDHIENOU LEHAR		71
SAINT JEAN BAPTISTE		14
FISSEL		6.5
KOUDIADIENE		67
FAGGU		100
SANGHE		84
MBORO		77

2- LES RESULTATS D'EXERCICE

Nous constatons que :

- ◆ 8/14 soit 57% des mutuelles ont un résultat d'exercice excédentaire contre 6/14 soit 43% de déficitaire, comme indiqué au tableau N° XIX.
- ◆ Toutes les mutuelles en difficulté ou avec antécédents de difficulté ont un résultat d'exercice négatif sauf Mont Rolland. Cette dernière serait déficitaire à l'année d'étude si elle n'avait pas bénéficié d'un apport extérieur sous forme de don de 300.000 F CFA. La mutuelle de FANDENE serait dans la même situation n'eut été un don.

TABLEAU N°XIX : Distribution des mutuelles selon le résultat
d'exercice

NOM DE LA MUTUELLE	RESULTAT DE L'EXERCICE
DIMELI YOFF	-44334,00
FANDENE	88795,00
GOULOUMBOU	-2272755,00
NGAYE/NGAYE	-50000,00
LALANE DIASSAP	417128,00
MONT ROLLAND	245895,00
GRAND THIALLY	54350,00
PANDHIENOU LEHAR	1066920,00
SAINT JEAN BAPTISTE	-141000,00
FISSEL	-175930,00
KOUDIADIENE	1310815,00
FAGGU	1238500,00
SANGHE	-192350,00
MBORO	243000,00

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

Toutes ces mutuelles ont des charges que les cotisations ne peuvent pas couvrir, comme l'indique le tableau N° XX.

TABLEAU N° XX : Distribution des mutuelles en fonction du ratio
DEPENSES/RECETTES

NOM DE LA MUTUELLE	RATIO DEPENSE/RECETTE
DIMELI YOFF	1,27
FANDENE	0,99
GOULOUMBOU	ND
NGAYE/NGAYE	1,13
LALANE DIASSAP	0,88
MONT ROLLAND	1,08
GRAND THIALLY	0,47
PANDHIENOU LEHAR	0,33
SAINT JEAN BAPTISTE	1,41
FISSEL	53,88
KOUDIADIENE	0,67
FAGGU	0,61
SANGHE	1,49
MBORO	0,38

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

Le cas de Gouloumbou avec un déficit de 2.272.755 qui ferait suite à une malversation financière.

3- LE RATIO FRAIS DE GESTION = $Y/X+Z$

X = Montant des cotisations acquises de l'exercice

Z = Montant des contributions régulières versées par l'Etat, les collectivités, employeurs.

Y = Montant des frais de gestion = Ensemble des charges destinées à l'administration et la gestion des opérations courantes comme les salaires, les indemnités, les locations, les fournitures, les dotations aux amortissements.

Cet indicateur renseigne sur l'efficacité de la mutuelle en matière d'administration et de gestion des affaires courantes. Il est souhaitable qu'il ne dépasse pas les 5% (5) pour ne pas porter préjudice au financement des prestations.

Globalement le ratio des frais de gestion des mutuelles est faible. Le ratio est inférieur à 5% sauf pour quatre mutuelles que sont Dimeli Yoff (22%), Mont-Rolland (22%), Fissel (919%) et Faggu (10%), comme l'indique le tableau N° XXI.

TABLEAU N° XXI : Distribution des mutuelles

en fonction du ratio frais de gestion

NOM DE LA MUTUELLE	RATIO FRAIS DE GESTION (%)
DIMELI YOFF	22
FANDENE	4
GOULOUMBOU	ND
NGAYE/NGAYE	3
LALANE DIASSAP	1
MONT ROLLAND	22
GRAND THIALLY	2
PANDHIENOU LEHAR	3
SAINT JEAN BAPTISTE	ND
FISSEL	919
KOUDIADIENE	1
FAGGU	10
SANGHE	3
MBORO	1

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR
Aboubacry Fall Année 2001

Toutes les mutuelles avec plus de 10% de ratio de frais de gestion sont en faillite dans notre étude. Le cas de Fissel s'explique par une extrême faiblesse du taux de recouvrement des cotisations (6,5%) sans contribution régulière de l'extérieur.

4- LE RATIO PRESTATION /COTISATION = X/Y

X = le montant total des prestations de l'exercice

Y = le montant total des cotisations acquises de l'exercice

L'importance de ce ratio est de répondre à la question dans quelle mesure les cotisations sont utilisées pour le financement des prestations. Sa faiblesse peut signifier une surestimation des cotisations ou une surestimation du ratio frais de gestion.

Par rapport à cet indicateur financier nous sommes frappés par :

- La situation de cinq (5) mutuelles : Dimeli Yoff (10,5), Nghayes /Nghayes (1,13) , SJB (1,41), Fissel (44,68) Sanghe (1,46) , comme l'indique le tableau N°XXII. Les charges en prestation sont supérieures aux cotisations.
- Toutes ces mutuelles ont un résultat d'exercice déficitaire.
- Parmi ces 5 mutuelles, 4 sont en faillite ou ont des antécédents de faillite.

TABLEAU N°XXII : Distribution des mutuelles en fonction
Du ratio PRESTATIONS/COTISATIONS

NOM DE LA MUTUELLE	RATIO PRESTATION/COTISATION
DIMELI YOFF	1,05
FANDENE	0,95
GOULOUMBOU	ND
NGAYE/NGAYE	1,13
LALANE DIASSAP	0,79
MONT ROLLAND	0,86
GRAND THIALLY	0,44
PANDHIENOU LEHAR	0,30
SAINT JEAN BAPTISTE	1,41
FISSEL	44,68
KOUDIADIENE	0,66
FAGGU	0,51
SANGHE	1,46
MBORO	0,37

5- LE RATIO DE COUVERTURE DES DEPENSES

OU RATIO DE COUVERTURE DES PRESTATIONS MENSUELLES

PAR LES RESERVES = X/Y

X = La valeur des réserves en fin d'exercice après affectation du résultat

Y = Le montant des prestations par mois

C'est un indicateur de viabilité attestant que la mutuelle est à mesure de faire à certaines situations exceptionnelles, d'urgence comme une épidémie. Ce qui suppose une stabilité financière qui évitera que la mutuelle soit en difficulté en pareils cas.

Nous constatons avec le tableau N° XXIII :

- ❖ La grande variation entre les ratios de couverture des dépenses.
- ❖ Que les mutuelles les plus amovibles face aux calamités seront Nghayes Nghayes (2 mois), Dimeli Yoff (2 mois) peut être Sanghe (4 mois).
- ❖ Que ces mêmes mutuelles amovibles se retrouvent dans le lot de celles qui ont une charge en prestation supérieure aux cotisations.
- ❖ Que les mutuelles aux données non disponibles appartiennent au lot de celles qui ont une charge en prestations supérieure aux recettes.

TABLEAU N° XXIII : Distribution des mutuelles en fonction
Du ratio COUVERTURE DEPENSES

NOM DE LA MUTUELLE	RATIO COUVERTURE DEPENSES En mois
DIMELI YOUFF	3
FANDENE	ND
GOULOUMBOU	ND
NGAYE/NGAYE	2,27
LALANE DIASSAP	45,68
MONT ROLLAND	ND
GRAND THIALLY	281,37
PANDHIENOU LEHAR	62,22
SAINT JEAN BAPTISTE	ND
FISSEL	ND
KOUDIADIENE	13,30
FAGGU	12,93
SANGHE	4,05
MBORO	171,44

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

- ◆ Sur les mutuelles de cette étude 6/14, soit 43% sont à mesure de faire face aux événements imprévus pour une durée d'au moins 12 mois avec des maxima de 171 et 281 mois pour respectivement Mboro et Grand Thially. Par ailleurs ces 2 mutuelles ont les périodes d'observation les plus élevées (Grand Thially = 36 mois et Mboro = 26 mois). Toutes ces mutuelles aptes à gérer les événements imprévus ont un résultat d'exercice excédentaire. L'entretien avec les responsables de la coordination régionale nous a permis de disposer de l'information selon laquelle les créances à recouvrer sont incluses dans les réserves.
- ◆ Un autre élément doit attirer notre attention, à la lumière du résultat, du ratio de couverture des dépenses, du ratio prestations / cotisations et des prestations offertes comme explicité par le tableau N° XXIV.

De ce tableau nous tirons l'information suivante : que ces mutuelles disposent de l'argent dont 51% seulement ont été mobilisés pour le financement des frais d'hospitalisations. Il faut agiter la réflexion de l'extension des prestations aux SSP pour accrocher d'avantage la population ? . Les bénéficiaires de Lehar et de Nghayes/Nghayes ont plus recours aux soins à travers les mutuelles (respectivement 81% et 51%) parcequ'elles couvrent les SSP (9).

TABLEAU N° XXIV : Distribution des mutuelles excédentaires en fonction des ratios prestations / cotisations, du ratio de couverture des dépenses et des soins couverts

MUTUEMME	RESULTAT EXERCICE	RATIO PRESTATION / COTISATION	RATIO DE COUVERTURE DES DEPENSES	SOINS COUVERTS
MBORO	EXCEDENTAIRE	37%	171 MOIS	H (hospitalisation)
FAGGU	EXCEDENTAIRE	51%	12 MOIS	H
KOUDIADIENE	EXCEDENTAIRE	66%	13 MOIS	H
LEHAR	EXCEDENTAIRE	30%	62 MOIS	H + SSP
THIALLY	EXCEDENTAIRE	44%	281 MOIS	H
LALANE DAISSAP	EXCEDENTAIRE	80%	45 MOIS	H

6- LE RATIO DE SOLVABILITE = X/Y

X = montant des ressources dont dispose la mutuelle sans recourir à l'emprunt (Banque + Caisse)

Y = montant des dettes

En nous referant au tableau N° XXIV, de distribution des mutuelles selon le ratio de solvabilité nous constatons que 10/14, soit 71% ont un ratio supérieur à 1. Ces mutuelles dont le ratio est supérieur à 1 sont à mesure d'honorer leurs dettes sans recourir à l'emprunt à court ou moyen terme. Cette solvabilité associée à des réserves élevées dénotent que ces mutuelles sont confrontées à des problèmes d'accompagnement.

TABLEAU N° XXV : Distribution des mutuelles selon le ratio de solvabilité

NOM MUTUELLE	DISPONIBLE CAISSE+BANQUE	MONTANT DETTES	RATIO SOLVABILITE
DIMELI YOUFF	165000	48000	3.43
FANDENE	3262685	0	
GOULOUMBOU	ND	ND	ND
NGAYE/NGAYE	205000	0	solvable
LALANE DIASSAP	4083047	0	solvable
MONT ROLLAND	ND	ND	ND
GRAND THIALLY	550	0	Solvable?
PANDHIENOU/LEHAR	1534255	0	solvable
SAINT JEAN BAPTISTE	129800	1300000	0.09
FISSEL	0	175930	0
KOUDIADIENE	851930	0	solvable
FAGGU	3313365	0	solvable
SANGHE	725000	100500	7.2
MBORO	2460112	0	solvable

Source : enquête sur la viabilité des mutuelles de santé au senegal de DR Aboubacry Fall Année 2001

7- RESULTATS DE L'ACP

Nous avons procédé à une analyse multidimensionnelle type analyse en composantes principales pour appréhender les relations entre les différentes variables. Nous précisons les limites compte tenu de la taille de l'échantillon qui est inférieure à 30. Ces deux axes nous permettent d'expliquer 72% de la variance.

En exploitant la carte factorielle et la matrice de corrélation un certain nombre de corrélations méritent d'être relevées :

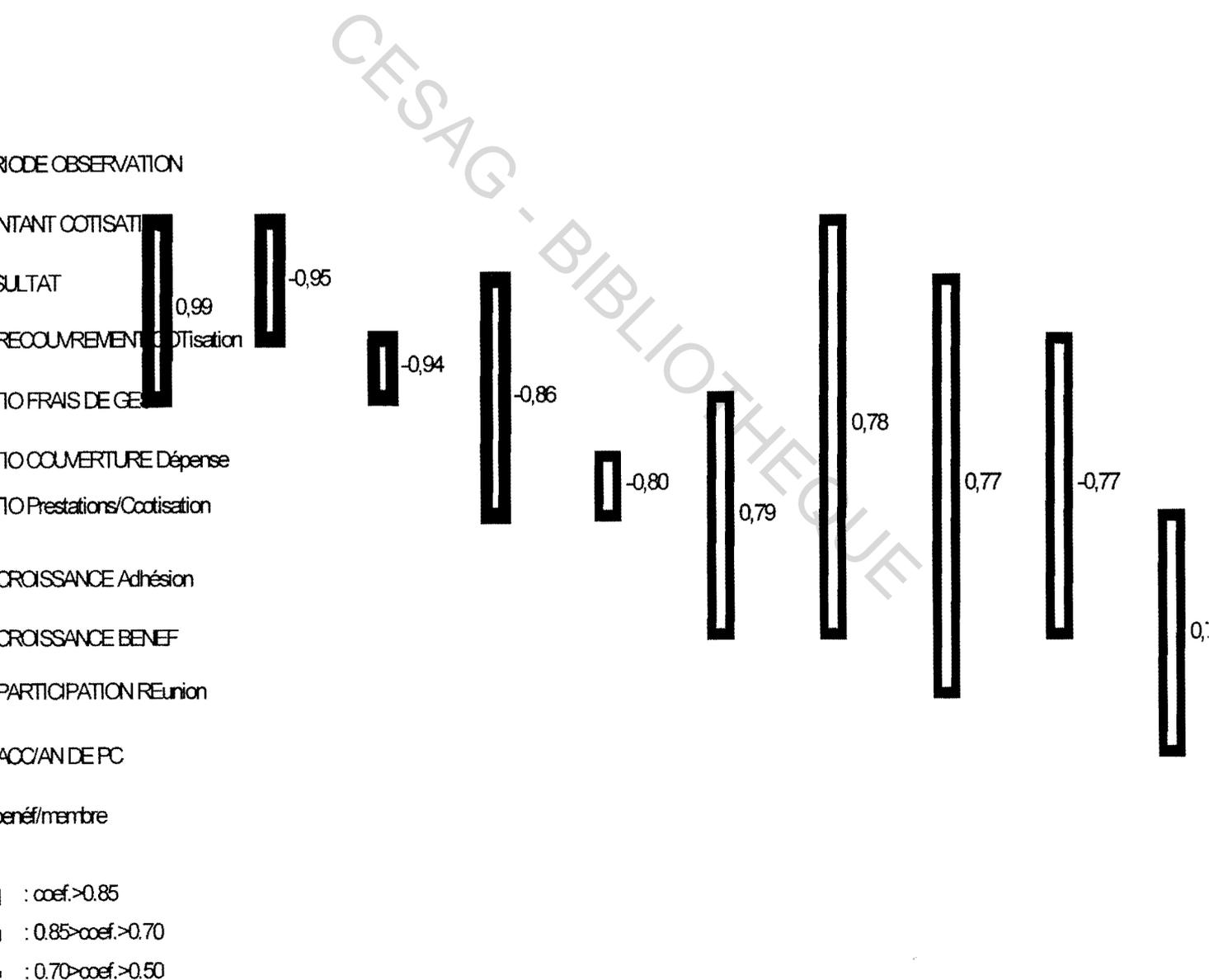
- ❖ Il existe une corrélation négative entre la PO et le taux de croissance des adhésions. Cette corrélation permet de constater que les extrêmes des PO (les PO trop longues ou trop courtes) ont un effet négatif sur les adhésions. C'est le cas des mutuelles de Mboro, Thially et SJB
- ❖ Il existe une corrélation négative entre le ratio de couverture des dépenses (RCD) et le ratio de prestations / cotisations (RP/C). C'est aussi un facteur important de démobilisation des membres. Le RCD explique 31% de la variance du RP/C.
- ❖ Il existe une corrélation négative entre le taux de recouvrement de la cotisation avec le montant de la cotisation et le ratio frais de gestion. Le montant de la cotisation 30% de la variance du taux de recouvrement de la cotisation. Tandisque

le RFG en explique 55%. La position de Dimeli Yoff au niveau de la carte factorielle est compatible avec cette corrélation.

- ❖ Il existe une corrélation négative entre le résultat, le taux de croissance des bénéficiaires et le ratio frais de gestion. Les 24% de la variance du taux d'accroissement des bénéficiaires sont expliqués par le résultat et le RPG.

Notons aussi l'opposition à l'axe N° I entre les bénéficiaires et le taux de participation aux réunions et le résultat.

DIAGRAMME N° II : Corrélation entre les différentes variables.



Analyse en composantes principales

Variables :PERIODE OBSERVATION, MONTANT COTISATION, RESULTAT, TX RECOUVREMENT COT, RATIO FRAIS DE GEST, RATIO COUVERTURE DE, RATIO PRESTAT°/COTI, TX CROISSANCE ADHES, TX CROISSANCE BENEF, TX PARTICIPATION RE, TX ACC/AN DE PC, va be/me.

L'épaisseur du trait joignant deux critères est proportionnelle à la corrélation de ces deux critères.

8 observations ne sont pas prises en compte (non-réponse à au moins un des critères).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

II/ COMMENTAIRES/ DISCUSSIONS

Suite à l'analyse des résultats et par rapport aux hypothèses de recherche nous vous proposons dans ce chapitre ces quelques pistes de réflexions.

1. PAR RAPPORT A LA MORTALITE DES MUTUELLES

- Nous retenons un élément fondamental, constituant un point critique que partage 11/14 soit **78% des mutuelles ont un taux de pénétration inférieur à 60%** : c'est **cette mauvaise couverture de la population cible**. Cette faiblesse de couverture peut être considérée comme le substratum de la mortalité des mutuelles. Il en existe d'autres dont les effets conjugués à ce facteur principal accélèrent le processus de mise en difficulté de la mutuelle. Le niveau de cet indicateur peut être considéré comme le résultat de la dynamique des adhésions. A travers cette dynamique des adhésions, il est recherché la transformation du risque de santé qui est un risque particulier, aléatoire, et coûteux d'un niveau individuel, dépassant les possibilités de l'individu à un niveau collectif dans le cadre du pooling des risques. Ce partage des risques nécessite " un pot commun" suffisamment grand. Cette étude pour une période moyenne de 5 ans et avec un âge moyen des mutuelles de 5 ans, nous révèle que 12/14 soit 71% des mutuelles sont de taille moyenne comprise entre 100 et 1000 membres. Des calculs actuaires montrent qu'un groupe d'une taille moyenne de 5000 membres peut être suffisamment stable pour que la loi des grands nombres puisse agir et que les pertes financières soient prévisibles (39). L'étude de cette dynamique des adhésions a été faite sur la base des taux de croissance des membres, des bénéficiaires et du taux de pénétration. Elle nous a permis de cerner ce qui a été fait et ce qui reste à faire. Le taux de croissance des membres (39%) est presque le double de celui des bénéficiaires (20%). Cette tendance de la mauvaise couverture de la population cible (PC) est perceptible au niveau du taux de pénétration. Pour une période moyenne de 5 ans elle est passée de 13.61% à 16.30%, soit un accroissement annuel de la PC de 0.54%/an. Cet élément constitue un instrument de mesure informant sur la charge de travail des promoteurs à tous les niveaux. La maîtrise réelle de cette population cible a un impact certain sur le taux de pénétration. Nous prenons comme exemple le partage d'une zone de couverture par plusieurs organisations. Cette faiblesse du taux de couverture de la PC est suicidaire pour une mutuelle si elle est associée à un taux de recouvrement bas des cotisations et une prime inadéquate. C'est le cas de Fissel (PC=10%, TR= 6.5% et montant de cotisation=25F)

- Par ailleurs à l'état actuel d'évolution des mutuelles, avec un pot commun des risques assez bas, il n'existe ***pas de dispositifs actuaires d'atténuation comme la réassurance et le stop loss assurance.***

A coté de cet important facteur de mortalité, nous en avons remarqué d'autres qui ne font que potentialiser, précipiter l'effet négatif de ce faible taux de pénétration sur la vie de la mutuelle.

Parmi ces autres facteurs négatifs nous individualiserons :

- ***Les longues périodes d'observation (PO)***. Les périodes d'observations les plus longues ont été observées chez trois mutuelles Thially (36 mois) et Mboro (26 mois), Kouidiadiene (28 mois). Ces PO longues ont une signification particulière. Il n'est pas aisé de convaincre quelqu'un de cotiser pendant 3 ans sans avoir droit aux prestations ? Ces longues PO ont un impact négatif sur la dynamique des adhésions, comme l'indiquent le tableau N°VII et L'ACP. Il existe une corrélation négative entre la PO et le taux de croissance des adhésions. Cette corrélation permet de constater que les extrêmes des PO (les PO trop longues ou trop courtes) ont un effet négatif sur les adhésions. C'est le cas des mutuelles de Mboro, Thially et SJB.
- ***Les longues périodes de couverture des dépenses par les réserves*** constituent un autre facteur qui peut contribuer à mettre en péril la vie de la mutuelle. Ces longues périodes de couverture doivent faire penser à une mauvaise estimation du dénominateur. En d'autres termes, elles font présumer une mauvaise estimation des frais de prestations et de la prime mensuelle. Notons que 43% des mutuelles ont des périodes de réserves étalées au moins sur 12 mois. On assiste ainsi à une sorte de thésaurisation contrastant avec une demande forte authentifiée par les données de morbidité. L'exemple de deux mutuelles mérite d'être cité : Thially et Mboro qui ont les ratios de couverture des dépenses les plus élevés (respectivement 281 et 171 mois). Ces deux mutuelles se singularisent par des ratios prestations cotisations bas (44 et 37%). Par ailleurs ces deux mutuelles évoluent dans la région de Thiès où le risque maladie est de 0.22 c'est-à-dire que sur 100 personnes 22 feront un épisode de maladie dans l'année avec un risque d'hospitalisation de 0.02 (sources données statistiques et sanitaires de 1996 du MSAS). Il existe une corrélation négative entre le ratio de couverture des dépenses (RCD) et le ratio de prestations / cotisations (RP/C). C'est aussi un facteur important de démobilisation des membres. Le RCD explique 31% de la variance du RP/C.
- ***Les charges en prestations supérieures aux cotisations versées*** constituent un autre facteur pouvant déstabiliser la mutuelle. Proposer des prestations que les

cotisations ne peuvent pas couvrir est une source de déception (de démobilisation) par rapport aux attentes des mutualistes. Dans cette étude 36% (presque le tiers) des mutuelles se trouvait dans cette situation. Elle semble compatible avec un taux de recouvrement moyen des cotisations qui est bas (58%). Nous situerons l'origine de ces contres performances à plusieurs niveaux

- ☞ Désintéressement de la population par cette faible participation des mutualistes aux instances de prises de décisions et de gestion (14% aux réunions et 54% aux assemblées générales).
- ☞ Mauvaise adaptation du couple prime / coûts des prestations car 5 mutuelles seulement sur 14, soit 36% répondaient au coût adéquat trouvé par Dr Daff. Il se pose la nécessité de faciliter l'approche de l'appréciation du couple prime / coûts des prestations aux promoteurs locaux. On évitera ainsi la répétition du cas de Fissel qui est un exemple édifiant
- ☞ L'insuffisance de l'adaptation de la collecte des cotisations à la période d'entrée des revenus pour une population caractérisée en majorité par la saisonnalité des revenus. Trois mutuelles sur 14 (soit 21%) ont adopté cette stratégie
- ☞ La majorité de nos mutuelles soit 86% connaisse uniquement un financement interne. Deux mutuelles Faggu et Gouloumbou bénéficient d'une contribution extérieure et régulière. Faggu reçoit un apport de l'état tandis que Gouloumbou reçoit des subventions des GIE de bananeraies.

Par ailleurs, il existe une corrélation négative entre le taux de recouvrement de la cotisation (TRC) avec le montant de la cotisation et le RFG. Le montant de la cotisation explique 30% de la variance du taux de recouvrement de la cotisation. Le RFG en explique 55%. L'exemple est donné par la mutuelle de Yoff qui est en difficulté et a aussi les RFG et le montant des cotisations les plus élevés.

- **L'exagération des frais de gestion** constitue une menace pour la mutuelle. Elle se fait toujours au détriment du financement des prestations. Nous retrouvons 4 soit 28% des mutuelles dans cette situation. Il s'agit de Dimeli Yoff (22%), Mont Rolland (22%), Fissel (919%), Faggu (10%). A l'exception de Faggu toutes ces mutuelles étaient en faillite à l'année d'étude. Ceci présume que les mutuelles à RFG>10% sont en faillite ou évoluent vers al faillite si aucune action n'est entreprise.
- **Le nombre de bénéficiaires par membre élevé** retrouvé chez deux mutuelles en difficulté en 1999 (SJB et Fissel) doit faire réfléchir. La taille moyenne des familles est de 10 à 11 membres. Ceci peut constituer une lourde charge car le titulaire pour

toutes ces mutuelles doit déboursier jusqu'à concurrence du nombre de bénéficiaires. Les mutuelles de Faggu et de Gouloumbou doivent pour se maintenir maîtriser leurs bénéficiaires et les frais de fonctionnement. Les frais de gestion de Faggu sont à la limite supérieure des 10% recommandés à ne pas dépasser après une étude faite sur les mutuelles sénégalaises (23).

➤ ***L'insuffisance dans la gestion des risques :***

Elle a été constatée d'une part pour deux mutuelles en faillite lors de l'année d'étude (Yoff et Fissel) et d'autre part une faible utilisation de certaines méthodes de gestion comme les médicaments essentiels (3%) et du contrôle social (50%) pour des mutuelles communautaires

➤ ***Le manque d'ouverture des mutuelles aux partenaires locaux***

Quant aux relations avec les collectivités locales et les comités de santé les coordinations ne semblent pas trop entreprenantes en direction de ces partenaires et ignorent les cordons relationnels devant les guider. La coordination de Thiès est effleurée par l'idée de les approcher et d'initier des mutuelles cadrant avec la géographie des collectivités.

➤ ***Le comportement de certaines directions*** favorise l'isolement de la structure : les cas de Mont Rolland, de Dimeli Yoff et Fissel constituent des exemples par ce manque de coopération et d'ouverture.

Les facteurs présumés responsables de la mise en difficulté des mutuelles peuvent ainsi être résumés par :

➤ ***La faiblesse des taux de pénétration***

➤ ***Les problèmes de leadership et de prises de décisions.***

➤ ***L'inadéquation des prestations aux réalités épidémiologiques.***

➤ ***L'inadéquation de la prime aux coûts des prestations retenues.***

➤ ***L'inexistence d'une stratégie d'adaptation de la collecte à la période d'entrée de revenu.***

➤ ***La mauvaise maîtrise des frais de gestion.***

2. PAR RAPPORT AUX FACTEURS FAVORISANTS,

Nous essayerons de les cerner par rapport aux mutuelles de Thiès. Cette région concentre les 83% des mutuelles fonctionnelles de l'étude. Qu'est ce qui fait cette particularité présumée facilitatrice et commune pour connaître un tel développement ?

Une telle approche n'a de valeur qu'avec un effort de lecture au fin d'une adaptation réfléchie. Ce serait fatale d'en faire une application à la camisole de force.

Parmi ces particularités nous retrouvons :

- ◆ Le rôle important joué par l'église comme promoteur dans un cadre confessionnel, sou tenu par une mission sociale.
- ◆ Beaucoup de similitudes socio – culturelles (9,34)
- ◆ La gestion est assurée à 100% par des volontaires
- ◆ Le soutien important des structures sanitaires confessionnelles et particulièrement l'hôpital Saint Jean de Dieu
- ◆ Nous soulignons la ruralité de la majorité des mutuelles soit 64%. Ce facteur pourrait trouver une explication dans l'aisance d'agiter certaines valeurs de nos sociétés traditionnelles en milieu rural.
- ◆ L'importance des appuis type formation provenant de la tutelle et des partenaires au développement (11/14 soit 78% des mutuelles).
- ◆ La prédominance du mode d'adhésion familial qui limite le risque de sélection adverse (50% d'adhésion familiale et 50% d'adhésion familiale et individuelle)
- ◆ L'existence de structures de coordinations bien fonctionnelles comme la coordination régionale et surtout une structure aussi fonctionnelle que le Groupement de Réflexion et d'Appui aux Initiatives mutualistes (GRAIM). Ces deux structures constituent un rempart de la pérennisation de la transmission par la formation continue de certaines compétences dont les mutuelles ont tant besoin.

CESAO

CONCLUSION & RECOMMENDATIONS

THEQUE

CONCLUSION / RECOMMANDATIONS

Les mutuelles de santé cristallisent les espoirs, comme financement alternatif pour faciliter l'accessibilité à des soins de qualité d'une frange importante de la population. Cependant elle reste conditionnée par le pouvoir de remboursement des coûts des prestations et de manière durable. Certaines mutuelles ont fonctionné en moyenne pendant 5 ans et d'autres sont en arrêt de prestations. Ces mutuelles fonctionnelles ont montré quelques failles mais évoluent présentement dans le sillage d'une pérennité future. Elle est cependant conditionnée par un accompagnement qui doit viser un renforcement des acquis, redresser certaines insuffisances notées et exploiter les autres opportunités contextuelles locales et extérieures.

C'est dans ce sens qu'il faudra comprendre cette possibilité de dégager le profil d'une mutuelle fonctionnelle au Sénégal. Nous le ferons à la lumière des informations de cette étude..

Ce profil correspond à celui d'une mutuelle fonctionnelle de Thiès caractérisé par des facteurs favorisant mais aussi par des dysfonctionnements. Ce profil reste dominé par :

- La prédominance de la ruralité des mutuelles.
- L'important rôle promoteur joué par l'église au niveau de Thiès. Il faut décrypter par delà cette réalité sociologique, avec laquelle il faut compter, le pouvoir de certaines forces (les religieux par exemple) à faire accepter et aimer certains comportements souhaités. Il est nécessaire de développer des actions dans cette direction pour renforcer l'implantation de la mutualité.
- Un financement interne prédominant car 12 /14 soit 86% vivent uniquement de leur cotisation. Elles ne connaissent pas une contribution extérieure régulière. C'est un important facteur dans le sillage de la viabilité.
- La majorité des mutuelles soit 10/14 soit 71% affichent une solvabilité financière, authentifiée par un ratio de solvabilité supérieur à 1.
- L'absence actuelle de l'impact des instruments juridiques sur le fonctionnement et la gestion de ces mutuelles.
- La gestion exclusive par des volontaires

- L'effet dopant de l'assistance des partenaires au développement qui a surtout visé le renforcement de la compétence des administrateurs de ces organisations par la formation. Au moins 10/14 soit 71% de ces mutuelles ont été formées dans les domaines suivants : gestion administrative, gestion financière et connaissance de la mutualité. Il faut signaler l'existence de répondants locaux pour continuer ce transfert de compétence.
- Il existe des dysfonctionnements imputables à des problèmes de leadership, d'accompagnement comme le choix de la PO optimale, la période de couverture des réserves, le montant des réserves et leur utilisation particulière, le choix des prestations et leur adaptation à la prime.

Fort de ce profil de la mutuelle fonctionnelle et des facteurs présumés responsables de la mortalité de ces organisations, un certain nombre de recommandations sont nécessaires et allant dans le sens du renforcement de la viabilité future de ces organisations.

1. Pour l'existence, l'utilisation voire l'investissement des réserves il s'avère nécessaire d'instituer des obligations légales dans ce domaine qui permet une harmonisation des pratiques autour de cette question. Il est vital pour cela de faire appel au pouvoir de décisions techniques de l'ensemble des acteurs évoluant dans ce secteur.
2. Choisir une période d'observation en indiquant une durée optimale (entre 3 et 6 mois sans dépasser les 6 mois) tout en les adaptant aux modes des adhésions. Nous recommandons d'appliquer une période d'observation de 3 mois en plus du mode d'adhésion familiale obligatoire.
3. Un besoin de normalisation et d'harmonisation des documents comptables est certain. Nous visons à travers cela l'utilisation du même langage comptable dans le souci de faciliter des échanges entre mutualistes et aussi le suivi évaluation des mutuelles. Pour l'utilisation rationnelle de ces outils il faudra les humaniser en les adaptant au niveau des administrateurs actuels de ces organisations. Il existe actuellement un travail en cours, mené par le PHR, dans ce sens et qui doit être une opportunité pour les décideurs.

4. La particularité de la mutuelle de Gouloumbou est de gérer un centre de santé communautaire en partenariat avec une ONG. Cette particularité ne peut pas expliquer le bien fondé d'une gestion commune. Les acteurs, les dépenses de fonctionnement, et les recettes sont différentes. Il est souhaitable pour une meilleure lisibilité de tenir une comptabilité séparée pour distinguer la gestion des deux structures.
5. Contrôler les frais de gestions dont l'augmentation doit être justifiée par une charge en bénéficiaires ou des investissements ; sinon ce sont des stigmates de dérives dans la gestion préjudiciable au financement des prestations et à la stabilité de la mutuelle. Les cas de Yoff et Mont Rolland constituent des exemples. Nous rejoignons la recommandation de Nathalie Massiot (23) de ne pas dépasser les 10% de ratio de frais de gestion. A partir de ce taux de considérer cette mutuelle « dans la zone orange ou rouge »
6. Adapter la prime aux prestations par une facilitation de l'approche de la détermination du couple prime / prestations. *Pour cela nous jugeons nécessaire de mettre à contribution les statistiques sanitaires par région en utilisant les données suivantes : la morbidité, la mortalité, le risque maladie, le risque d'hospitalisation, la probabilité de l'évènement accouchement, la durée moyenne de séjour, la prévalence des femmes en age de reproduction. Nous obtenons ainsi une prime de référence régionale à la quelle il ne faudra pas beaucoup s'écarter, comme l'indique l'annexe N° II. Si nous prenons la mutuelle de Kouidiadiene, en prenant les coûts des prestations de l'étude de Daff comme des tarifs négociés nous trouvons une prime d'environ 250. La prime adéquate trouvée par Dr Daff est de 275f/mois.*
7. Adapter le paquet de prestations aux réalités épidémiologiques. Cette nécessité est justifiée par les éléments suivants :
 - Parmi toutes les mutuelles à résultat excédentaire (Mboro, Faggu, Kouidiadiene, Lehar, Thially, Lalane Diassap) il n y a que Lalane Diassap et Kouidiadiene qui ont consacré respectivement 80% et 66% de leur cotisations pour le financement des coûts d'hospitalisation de leurs membres. Le reste ne dépasse pas la moyenne de 51%.
 - Toutes ces mutuelles excédentaires ont les ratios de couverture des dépenses les plus élevés.

- Excepté la mutuelle de Lehar, les autres n'ont proposé comme prestations que les hospitalisations ou prestations assimilés.
 - Le recours aux soins est plus élevé pour les membres des mutuelles de Nghaye/ Nghaye et de Lehar (9). Nous trouverons un justificatif dans l'élargissement du paquet de prestations aux SSP qui occupent le devant des besoins derrière les hospitalisations et les investigations.
 - Le risque d'hospitalisation est faible par rapport au risque maladie. Exemple le risque maladie pour la région de Thiès est de 0.22 contre 0.02 pour le risque d'hospitalisation.
8. Adapter la collecte des cotisations à la période d'entrée des revenus. Cette stratégie est vitale pour nos mutuelles qui sont pour la majorité en zone rurale.
 9. Renforcer l'utilisation de certaines méthodes de gestion des risques comme le contrôle social pour des mutuelles communautaires, l'usage des médicaments essentiels et des génériques et la référence obligatoire. Le médicament constitue une dimension de la qualité versus consommateur. Il faut renforcer d'avantage la référence obligatoire pour éviter le recours inflationniste des bénéficiaires aux structures du 2^{eme} et 3^{eme} niveau pour des soins vulnérables au premier échelon.
 10. Faire jouer à la CAMICS son rôle dans la coordination pour l'arbitrage dans le choix des besoins devant guider l'action des structures d'appui. Ceci évite des zones hyper ou hypo appuyées et adapter l'offre à la demande. Il faut noter que cette recommandation recoupe la doléance des mutualistes.
 11. Développer des actions à l'endroit des collectivités locales aux fins de les engager auprès des mutuelles de santé qui constituent des opportunités pour elles et cadrant bien avec leurs nouvelles attributions dans la décentralisation.
 12. Les mutuelles ne semblent pas saisir leur place au sein des comités de santé, en tant qu'organisation, selon les dispositions du décret 92.118. Ces deux organisations doivent vivre une synergie dans l'action dictée par un objectif commun de faciliter l'accès des populations aux soins. La tutelle a un rôle à jouer par l'action facilitatrice des structures déconcentrées comme les Districts sanitaires et les régions médicales.

13. Mettre à contribution ,suite à une capitalisation, l'expérience de la région de Thiès dans la mutualité, en s'appuyant sur certaines mutuelles comme celles de Faggu, de Lalane Diassap, Pandhienou Lehar, Kouadiadiene et Fandene. Ceci n'aura de valeur qu'en vue d'une dissémination des expériences et des bonnes habitudes acquises. Cette région capitalise 12 ans d'expérience en mutualité.
14. Mener des actions d'imprégnation à l'endroit des leaders d'opinion de la société et particulièrement des religieux. Cette recommandation est guidée par une lecture sociologique de l'intervention de l'église.
15. Le suivi de ces mutuelles doit mettre l'accent sur la surveillance de l'évolution de certaines variables comme:
- Le taux de pénétration de la population cible.
 - Le montant des cotisations: S'assurer qu'il n'est ni élevé, ni bas et apprécier son adaptation au x coûts des prestations et à l'environnement épidémiologique.
 - Le taux de recouvrement: La moyenne optimale souhaitée serait au moins 79% selon l'expérience tirées de certaines mutuelles stables.
 - Le ratio frais de gestion ne doit pas dépasser les 10%.
 - Le respect des réserves selon les indications.

CE

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Atim. Chris
Contribution des mutuelles de santé au financement et à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays de l'Afrique de l'Ouest et du centre.
Abt Associate Inc. Mars 2000
- 2) BM
« Le financement des services de santé dans les PVD », un programme de réformes »
Washington DC. USA, Juillet 92
- 3) BM : Problème au financement du secteur des soins de santé au Sénégal", Bureau Régional Afrique Département du Sahel, Dakar octobre 92
- 4) BIT ; Guide méthodologique pour la réalisation d'étude de cas de système assurance santé (micro assurance) Août 94
- 5) BIT : GUIDE PRATIQUE
A l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants
MUTUELLE DE SANTE EN AFRIQUE
- 6) BIT
La micro assurance santé en Afrique :
Guide d'introduction à la mutuelle de santé
BIT/STEP Afrique Dakar Sénégal
- 7) Camara Karim
Financement de la santé dans un contexte socioéconomique de pénurie : l'exemple de la mutuelle des armées au Sénégal
Mémoire DSGS juin 1995
- 8) Concertation
Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique.
Travaux de recherche dans onze pays de l'Afrique de l'ouest et du centre
BIT 2000
- 9) Daff bocar Mamadou
Etude de la capacité des mutuelles de santé du Sénégal à assurer une meilleure accessibilité financière aux soins.
Mémoire DSES.Dakar 2000

- 10) Diallo Issakha: Financement de la santé au Sénégal: problématique, solutions actuelles et perspectives.
- 11) Diop François:
"Etude des cas de mutuelles de santé au Bénin" Mai 1998
- 12) Diop. F, R. Bitran and M. Makinen. 1994. "Evaluation of the impact of Pilot test for cost recovery on Primary Health Care in Niger. "Technical Report No. 16. HFS Project. Abt Associates Inc. Bethesda, MD
- 13) Djibo Abdou
Etude de faisabilité technique et financière en vue de la création d'une mutuelle de santé à Ouakam.
Mémoire de DSGS Dakar: Avril 95
- 14) Guy. Carrin
Le financement des soins de santé par la collectivité
Forum Mondial de la Santé, 1988, Vol N°4 pp 645 OMS GENEVE
- 15) Institut National Sanitaire (INAS), Ministère de la Santé , Réseau Economie et Système de Santé Au Magreb (RESSMA), USAID.\PHR, OMS
COURS REGIONAL ; COURTS ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE.
Marrakech, 20-30 Avril 1999
- 16) James C Knowles Charlotte Leighton et Wayne Stinson (1997)
La mesure des résultats de la réforme du secteur de la santé pour évaluer la performance du système ; manuel des indicateurs
- 17) Leighton, G. 1994 " A proposed fee structure and prices for a national program of cost recovery for health services in the central African republic ". Technical Note N°. 39. HFS Project, Abt. Associates Inc. Bethesde. M.D
- 18) Letourmy Alain:
" L'assurance maladie obligatoire du Sénégal: Analyse et voies d'amélioration Juin 96
- 19) Marty . M and Leighton. 1993. "Workshop on Health Financing and Sustainability In Africa: CCCD Regional conference on progress In Child Survival, Dakar, Senegal. " Policy Paper N°8 HFS Project. Abt. Associates Inc. Bethesta. M
- 20) Ministère de la santé
Enquête sénégalaise sur les indicateurs de santé
Direction des études de la recherche et de la formation, SHERDA, Measure International Inc, 1999.
- 21) Ministère de la santé
Plan national de développement sanitaire 1998-2007
Ministère de la santé du Sénégal, Juillet 1997

- 22) Mwabu. G, W. Mwangi, 1986
" Health care financing in Kenya: A simulation of welfare, Effects of User fees. " Social Science and Medecine. 22(7)
- 23) Nathalie Massiot: Etude de cas du Sénégal, programme conjoint BIT ACOPAM/ WSM/ANMC/ Janvier 1991
- 24) Nolan B et Turba V , 1993. « Cost recovery in public health services in Subsaharian » Washington DC. Economic Development Institute, World Bank
- 25) Nyonator. F, Kutzin. J, Health for some? The effects of the user fees in the Volta Region of Ghana? Health Policy and Planing, 1999, 14(4): 329-341
- 26) Oko Andre
"Place et perspectives de l'assurance maladie dans le financement des soins de santé: Cas du Sénégal. mémoire DSGS, CESAG? DAKAR
- 27) OMS
Influence de la participation financière des populations sur la demande des soins de santé: une aide pour la réflexion pour les pays les plus démunis: Principes directeurs. Séries macroéconomiques, santé et développement N°6, octobre 1993
- 28) OMS
Rapport sur la santé dans monde 1999/
" Pour un réel changement"
OMS Genève
- 29) OMS
Rapport sur la santé dans le monde 2000
"Pour un système de santé plus performant"
OMS Genève
- 30) OMS
Impact de la dévaluation du franc. CFA sur la santé et l'éducation un an après: Bilan pour l'action. Rapport de synthèse. OMS GENEVE 21-24-II-95
- 31) Sakho Moustapha: Etude de la mobilisation des ressources pour le financement de la santé
Février 97
- 32) Salifou Abdourahmane
"Une expérience originale d'assurance maladie des paysans: La mutuelle de santé de FANDENE. Mémoire DSGS, CESAG, DAKAR
- 33) Show, R. Paul and C. Griffin 1995. Financing Health Care In Subsaharian Africa Through User fees and insurance. Direction in developpement, The World Bank Washington. DC

- 34) Tine Justin Guillabert Alpha
Problématique du recouvrement des dépenses de santé de Fandene et de Lalane Diassap et leur impact sur le recours aux structures de soins modernes.
Mémoire D.E.A, Département de géographie; UCAD 1998-1999
- 35) UNICEF
Le progrès des nations de 1999
Unicef, 3 UN Plaza, New York.
- 36) Wade Mamadou
Gérer une mutuelle de santé: Guide de formation
- 37) Wearer, M, R. Ndamobissi, R. Kornfield, C. Bblewane, A. Sathe, M. Chapko, L. Nguerita, 1993 " Willingness to pay for Child Survey Services in the central African Republic ".
HFS Project, Abt Associates. Inc, Bethesda, MD
- 38) World bank (The), 1994. Better Health in Africa: Experience and lessons learned.
Washington, DC
- 39) WILLIAMS HSIAO, Harvard University, School of Public Health
« Le financement des soins de santé dans les pays du Sud »
(Health Care Financing in Developing countring)
Cours sur le Financement du secteur de la Santé
CESAG Dakar, 29mai au 3 juin 2000

CESAO

ANNEXES

LIOTHEQUE

ANNEXE N° I

LISTE DES DIVERS DOCUMENTS COMPTABLES UTILISES PAR LES MUTUELLES DE L'ETUDE

1. Cahier de compte ✓
2. Registre de recette
3. registre des dépenses
4. Journal recettes/dépenses
5. Grand livre des comptes
6. Livre de caisse
7. Registre entrées
8. Registre sorties
9. Fiche cotisation /famille
10. Registre de compte
11. Livret bancaire
12. Fiche de recette
13. fiche de dépense
14. Cahier de caisse
15. cahier de remboursement
16. Livre journal
17. *Compte de de résultats*

ANNEXE N° II

METHODE DE CALCUL DE LA PRIME MENSUELLE SUR LA BASE DES STATISTIQUES SANITAIRES DES REGIONS

REGION	RM	RH	PA	DMS
DIOURBEL	0.15	0.01	7%	15J
KAOLACK	0.12	0.013	7.5%	3J
SAINT LOUIS	0.13	0.02	6%	6J
TAMBA	0.32	0.013	7%	3J
THIES	0.22	0.02	7%	7J
ZIGUINCHOR	0.25	0.013	10%	11j

Calculé sur la base des statistiques sanitaires de 1996 MSAS

- ☞ RM : risque maladie
- ☞ RH : risque hospitalisation
- ☞ PA : probabilité de l'évènement d'accouchement
- ☞ DMS : durée moyenne de séjour
- ☞ 0.23 : proportion des femmes en age de reproduction
- ☞ TN : tarif négocié des prestations proposées aux mutualistes

1. *Calcul prime annuelle de l'hospitalisation sur la base du risque annuel*

$$= RH * DMS * TN_{\text{hospitalisation}} = A$$

2. *Calcul prime annuelle d'un traitement ambulatoire sur la base du risque maladie*

$$= RM * TN_{\text{traitement en ambulatoire}} = B$$

3. *Calcul prime annuelle de l'accouchement sur la base de la probabilité de l'évènement accouchement et de la proportion des femmes en age de reproduction.*

$$= 0.23 * PA * TN_{\text{accouchement}} = C$$

4. *Calcul prime mensuelle sur la base d'un RFG de 5%*

$$= (A + B + C) (1 + 0.05) / 12$$

Sur la base des données statistiques sanitaires d'une région, il sera possible pour les mutualistes de disposer d'une prime référence à la quelle il ne faudra pas beaucoup s'écarter car les disparités au sein d'une même région sont faibles. Cette méthode suppose une adaptation à l'évolution des statistiques sanitaires par exemple sur la périodicité des EDS.

ANNEXE N° III

CENTRE AFRICAÏN D'ETUDES SUPERIEURES
EN ADMINISTRATION GESTION

INSTITUT SUPERIEUR DE LA SANTE

DIPLOME SUPERIEUR D'ECONOMIE DE LA SANTE
QUESTIONNAIRE

ENQUETE SUR LA VIABILITE DES MUTUELLES DE SANTE

DATE DES OPREATIONS -----

AGENT	NOM AGENT	DATE	REMARQUE
ENQUETEUR			
OPERATEUR DE SAISI			

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

SUPERVISEUR COLLECTE	SUPERVISEUR SAISI

IDENTIFICATION DE LA MUTUELLE

QUESTIONS	MODES DE REPONSES & SAUT DE PAGE
1. Quel est le nom de votre mutuelle	Nom de la mutuelle.....:.....
2. Quelle est l'adresse du siège sociale de votre mutuelle	Adresse :.....
3. Quelle est la date de création de votre mutuelle	Date de création.....
4. Quelle est la date de démarrage de votre mutuelle	Date de démarrage :.....
5. Quelle est la nature de la structure qui est à l'origine de votre mutuelle	<input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Syndicat <input type="checkbox"/> Village <input type="checkbox"/> Organisation mutualiste <input type="checkbox"/> Coopérative <input type="checkbox"/> Prestataires de soins <input type="checkbox"/> Autres:.....
6. Quelle est le mode d'adhésion	<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Groupe <input type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Obligatoire <input type="checkbox"/> volontaire
7. Quel est le nombre d'adhérent en fin 1 ^{er} année	Nombre d'adhérent:.....
8. Quel est le nombre d'adhérent en fin 1999 ou à la dernière année de fonctionnalité pour les mutuelles en difficulté	Nombre d'adhérent :.....
9. Quel est l'effectif de la population cible (PC)	Effectif PC :.....
10. Quel est le nombre de bénéficiaires en 1 ^{er} année	Nombre de bénéficiaire:.....
11. Quel est le nombre de bénéficiaires en fin 1999 ou à la dernière année de fonctionnalité pour les mutuelles en difficultés	Nombre de bénéficiaire:.....
12. Quels sont les liaisons existantes entre les adhérents de la mutuelle	<input type="checkbox"/> Pas de liens particuliers <input type="checkbox"/> Sont du même village ou du même quartier ou même communauté géographique <input type="checkbox"/> Sont de la même coopérative <input type="checkbox"/> Sont du même groupe ethnique <input type="checkbox"/> Sont d'une même entreprise <input type="checkbox"/> Sont d'une même association <input type="checkbox"/> Sont de la même mutuelle <input type="checkbox"/> Appartiennent à la même profession
13. Quelle est la zone d'activité de la mutuelle	<input type="checkbox"/> Zone rurale <input type="checkbox"/> Zone urbaine <input type="checkbox"/> Zone mixte

14. Quels sont les services couverts par votre mutuelle (Plusieurs réponses sont possibles)	<input type="checkbox"/> Soins hospitaliers <input type="checkbox"/> Soins ambulatoires <input type="checkbox"/> Soins spécialisés <input type="checkbox"/> Soins gynécologiques et obstétricaux <input type="checkbox"/> Soins buccaux dentaires <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Examens de laboratoires <input type="checkbox"/> Radiologie <input type="checkbox"/> Soins préventifs et promotionnels
15. Quelle est la source de financement de votre mutuelle (c'est-à dire d'où proviennent les fonds de la mutuelle) (Plusieurs réponses sont possibles)	<input type="checkbox"/> Cotisation des membres <input type="checkbox"/> Cotisation des autres <input type="checkbox"/> Contribution Etat <input type="checkbox"/> Contribution collectivité <input type="checkbox"/> Rétribution activité de la mutuelle <input type="checkbox"/> Réserves financières <input type="checkbox"/> Autres:.....
16. Votre mutuelle dispose-t-elle d'un compte bancaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ➡ 18
17. Quelles sont les formalités à remplir pour cette ouverture	Formalités:.....

RELATIONS AVEC STRUCTURES D'APPUI

18. Votre mutuelle a-t-elle bénéficié d'une assistance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ➡ 22
19. Quelle est la nature des appuis (à lister)	Appuis :.....
20. Quelle est la structure d'appui	Nom de la structure d'appui.....
21. Quelle est la périodicité de l'appui	<input type="checkbox"/> Continu <input type="checkbox"/> Ponctuel <input type="checkbox"/> Périodique
22. Votre mutuelle participe-t-elle à un mécanisme de gestion de risque inter mutuelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Non ➡ 24
23. Quel est le type de gestion de risque entre mutuelles	<input type="checkbox"/> Réassurance <input type="checkbox"/> Fond de garanti
24. Votre mutuelle est-elle membre d'une structure fédérative	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ➡ 26
25. Quel est le nom de cette structure	Nom de la fédération.....
26. Enumérer les services apportés par cette structure à votre mutuelle (à lister)	Services apportés par la fédération :

STATUTS ET REGLEMENT INTERIEUR

27. Votre mutuelle est-t-elle reconnue par l'autorité compétente	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ➔ 29
28. Quelles sont les conditions que vous avez eues à remplir pour être reconnu	Conditions à remplir :
29. Pourquoi votre mutuelle n'est pas reconnue	Raisons de non reconnaissance :
30. Votre mutuelle est-t-elle dotée de statuts	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
31. Votre mutuelle est-elle dotée de règlement intérieur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RELATIONS PRESTATAIRES & MUTUELLES

32. Les bénéficiaires sont-ils libres de s'adresser à n'importe quel prestataire	<input type="checkbox"/> Oui ➔ 36 <input type="checkbox"/> Non
33. Quelles sont les structures que vous avez agréées (à citer)	Citer les structures agréées.....
34. Avez- vous des critères pour le choix de ces structures agréées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
35. Avez vous un médecin ou un pharmacien conseiller pour vous assister dans vos choix?	Médecin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Pharmacien <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NON
36. Comment apprécier vous la disponibilité des médicaments :sont-ils suffisant, y a t il des ruptures fréquentes, le coût est-il cher ou acceptable ,la pharmacie est-elle éloignée. (Plusieurs réponses sont possibles)	<input type="checkbox"/> Stock suffisant <input type="checkbox"/> Ruptures fréquentes <input type="checkbox"/> Pharmacie éloignée <input type="checkbox"/> Coûts élevés <input type="checkbox"/> Coûts acceptables
37. Comment S'effectue le contrôle de qualité des soins	Méthodes de contrôle de qualité.....
38. Qui assure le contrôle de qualité	Contrôle qualité assuré par:.....
39. Existe-t-il des conventions matérialisées entre les prestataires et votre mutuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

40. Qui négocie les accords avec les prestataires	..........
41. Quel est le mode de facturation des prestations (Plusieurs réponses sont possibles)	<input type="checkbox"/> Forfait annuel <input type="checkbox"/> Montant par épisode <input type="checkbox"/> Montant par consultation <input type="checkbox"/> Tarif par journée d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Autres à citer
42. Qui contrôle cette tarification des prestataires	..........
43. Les prestataires sont-ils impliqués dans le contrôle de l'assuré ayant droit aux prestations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
44. Comment les prestataires contrôlent-ils les ayants droit aux prestations (faire citer les méthodes de contrôle )	..... ..... ..... .....

IDENTIFICATION DES BESOINS ET OBJECTIFS

45. Les besoins et objectifs ont-ils été identifiés	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Non ➔ Q49
46. Cette identification a-t-elle été faite avant ou après le démarrage	<input type="checkbox"/> Avant démarrage <input type="checkbox"/> Après démarrage
47. La cible a-t-elle été consultée lors de cette identification des besoins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ➔ 49
48. Comment cette cible a été consultée	..........
49. Depuis la création de votre mutuelle avez vous identifié d'autres besoins nécessaires à votre mission?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ➔
50. Citer les nouveaux besoins	....................

GESTION DE L'ORGANISATION

51. Quelle est la structure qui assure la gestion courante de votre mutuelle	Nom de la structure.....
52. Quels sont les différents organes de gestion, de direction et de participation dont dispose votre mutuelle	<input type="checkbox"/> Assemblée générale <input type="checkbox"/> Conseil d'administration <input type="checkbox"/> Comité de gestion ou d'exécution <input type="checkbox"/> Comité de surveillance, commissaires aux comptes ou contrôleurs <input type="checkbox"/> Autres.....
53. Quels outils disposez-vous pour vous informer sur les adhésions, les cotisations, les	<input type="checkbox"/> Registre de membre <input type="checkbox"/> Registre des cotisations

prestations? (Demander les registres pour constater)	<input type="checkbox"/> Registre de suivi des prestataires <input type="checkbox"/> Cartes d'adhérents <input type="checkbox"/> Autres à citer
54. Quels sont les outils de gestion utilisés par votre mutuelle?	<input type="checkbox"/> Compte de résultat <input type="checkbox"/> Bilan annuel <input type="checkbox"/> Budget <input type="checkbox"/> Autres à citer
55. Quels sont les documents d'enregistrement comptable utilisés par votre mutuelle	Réponses.....
56. Les responsables de votre mutuelle ont-ils bénéficiés de formations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
57. Quels sont les domaines de formation	...............
58. Quel est le montant actuel des cotisations	Montant de cotisation :.....FCFA
59. Quelle est la périodicité de cotisation	Périodicité de cotisation :.....
60. Comment votre mutuelle organise-t-elle la collecte des cotisation	...............
61. La période de collecte coïncide-t-elle avec une période d'entrée de revenus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
62. Quelles périodes d'entrées de revenus avez vous choisies (lister )	..... ..... .....
63. Le personnel assurant la gestion de votre mutuelle est-il constitué de salariés ou de volontaires (donnez le nombre d'agents salariés et d'agents volontaires)	<input type="checkbox"/> Nombre d'agents salariés :..... <input type="checkbox"/> Nombre d'agents volontaires :.....
64. Quelle est la somme annuelle pour payer ces agents salariés	Montant annuel des agents salariés.....FCFA
65. Quelles sont les dispositions prises parmi les suivantes par votre mutuelle pour éviter les gens qui ne s'affilient que lorsqu'ils sont malades. (lutte contre la sélection adverse) (Plusieurs réponses sont possibles)	<input type="checkbox"/> Exiger que le malade n'aille à l'hôpital que sur décision du médecin généraliste (référence obligatoire) <input type="checkbox"/> Une part de la facture des soins est payée par l'assuré (généralement moins de 50%) et l'autre partie par la mutuelle (copaiement) <input type="checkbox"/> Une partie fixe de la facture est payée par l'assuré et le reste par la mutuelle (franchises) <input type="checkbox"/> Rémunération des prestataires sur la base d'un forfait <input type="checkbox"/> par personne ou par maladie <input type="checkbox"/> La mutuelle couvre un nombre de jours limités en cas d'hospitalisation et le reste

<ul style="list-style-type: none"> ❑ Rémunération des prestataires sur la base d'un forfait par personne ou par maladie ❑ La mutuelle couvre un nombre de jours limités en cas d'hospitalisation et le reste est à la charge de l'assuré (plafond des prestations garanties) ❑ Obligation pour les prestataires de prescrire les médicaments essentiels génériques (promotion utilisation des médicaments essentiels) ❑ Exiger une photo de l'adhérent et des personnes en charge sur la carte d'adhérent ❑ Les responsables contrôlent les personnes facturées par les prestataires ou rendent visite aux personnes hospitalisées. ❑ Exiger l'adhésion simultanée de tous les membres d'un groupe par exemple toute la famille (adhésion obligatoire) ❑ Période d'observation 	<ul style="list-style-type: none"> est à la charge de l'assuré (plafond des prestations garanties) ❑ Obligation pour les prestataires de prescrire les médicaments essentiels génériques (promotion utilisation des médicaments essentiels) ❑ Exiger une photo de l'adhérent et des personnes en charge sur la carte d'adhérent ❑ Les responsables contrôlent les personnes facturées par les prestataires ou rendent visite aux personnes hospitalisées. ❑ Exiger l'adhésion simultanée de tous les membres d'un groupe par exemple toute la famille (adhésion obligatoire) ❑ Période d'observation
<p>66 . Quelles sont parmi les mesures suivantes celles prises par votre mutuelle pour éviter l'utilisation abusive des prestations une fois que la personne est assurée. (<i>lutte contre le risque moral</i>) (Plusieurs réponses sont possibles)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Exiger que le malade n'aille à l'hôpital que sur décision du médecin généraliste (référence obligatoire) ❑ Une part de la facture des soins est payée par l'assuré (généralement moins de 50%) et l'autre partie par la mutuelle (copaiement) ❑ Une partie fixe de la facture est payée par l'assuré et le reste par la mutuelle (franchises) ❑ Rémunération des prestataires sur la base d'un forfait par personne ou par maladie ❑ La mutuelle couvre un nombre de jours limités en cas d'hospitalisation et le reste est à la charge de l'assuré (plafond des prestations garanties) ❑ Obligation pour les prestataires de prescrire les médicaments essentiels génériques (promotion utilisation des médicaments essentiels) ❑ Exiger une photo de l'adhérent et des personnes en charge sur la carte d'adhérent 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Exiger que le malade n'aille à l'hôpital que sur décision du médecin généraliste (référence obligatoire) ❑ Une part de la facture des soins est payée par l'assuré (généralement moins de 50%) et l'autre partie par la mutuelle (copaiement) ❑ Une partie fixe de la facture est payée par l'assuré et le reste par la mutuelle (franchises) ❑ Rémunération des prestataires sur la base d'un forfait par personne ou par maladie ❑ La mutuelle couvre un nombre de jours limités en cas d'hospitalisation et le reste est à la charge de l'assuré (plafond des prestations garanties) ❑ Obligation pour les prestataires de prescrire les médicaments essentiels génériques (promotion utilisation des médicaments essentiels) ❑ Exiger une photo de l'adhérent et des personnes en charge sur la carte d'adhérent

<p>prescrire les médicaments essentiels génériques (promotion utilisation des médicaments essentiels)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Exiger une photo de l'adhérent et des personnes en charge sur la carte d'adhérent ❑ Les responsables contrôlent les personnes facturées par les prestataires ou rendent visite aux personnes hospitalisées. ❑ Exiger l'adhésion simultanée de tous les membres d'un groupe par exemple toute la famille (adhésion obligatoire) ❑ Période d'observation 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Les responsables contrôlent les personnes facturées par les prestataires ou rendent visite aux personnes hospitalisées. ❑ Exiger l'adhésion simultanée de tous les membres d'un groupe par exemple toute la famille (adhésion obligatoire) ❑ Période d'observation
<p>67. Quelles sont parmi les dispositions suivantes celles prises par votre mutuelle pour contrôler les coûts. (<i>lutte contre les escalades de coûts</i>) (<i>Plusieurs réponses sont possibles</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Exiger que le malade n'aille à l'hôpital que sur décision du médecin généraliste (référence obligatoire) ❑ Une part de la facture des soins est payée par l'assuré (généralement moins de 50%) et l'autre partie par la mutuelle (copaiement) ❑ Une partie fixe de la facture est payée par l'assuré et le reste par la mutuelle (franchises) ❑ Rémunération des prestataires sur la base d'un forfait par personne ou par maladie ❑ La mutuelle couvre un nombre de jours limités en cas d'hospitalisation et le reste est à la charge de l'assuré (plafond des prestations garanties) ❑ Obligation pour les prestataires de prescrire les médicaments essentiels génériques (promotion utilisation des médicaments essentiels) ❑ Exiger une photo de l'adhérent et des personnes en charge sur la carte d'adhérent ❑ Les responsables contrôlent les personnes facturées par les prestataires ou rendent visite aux personnes hospitalisées. ❑ Exiger l'adhésion simultanée de tous les 	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Exiger que le malade n'aille à l'hôpital que sur décision du médecin généraliste (référence obligatoire) ❑ Une part de la facture des soins est payée par l'assuré (généralement moins de 50%) et l'autre partie par la mutuelle (copaiement) ❑ Une partie fixe de la facture est payée par l'assuré et le reste par la mutuelle (franchises) ❑ Rémunération des prestataires sur la base d'un forfait par personne ou par maladie ❑ La mutuelle couvre un nombre de jours limités en cas d'hospitalisation et le reste est à la charge de l'assuré (plafond des prestations garanties) ❑ Obligation pour les prestataires de prescrire les médicaments essentiels génériques (promotion utilisation des médicaments essentiels) ❑ Exiger une photo de l'adhérent et des personnes en charge sur la carte d'adhérent ❑ Les responsables contrôlent les personnes facturées par les prestataires ou rendent visite aux personnes hospitalisées. ❑ Exiger l'adhésion simultanée de tous les membres d'un groupe par exemple toute la famille (adhésion obligatoire) ❑ Période d'observation

membres d'un groupe par exemple toute la famille (adhésion obligatoire) <input type="checkbox"/> Période d'observation	
68. Votre mutuelle bénéficie-t-elle d'un contrôle externe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ➔ 67
69. Ce contrôle externe contrôle quoi	<input type="checkbox"/> Contrôle de caisse <input type="checkbox"/> Contrôle comptable et financier <input type="checkbox"/> Contrôle médical <input type="checkbox"/> Contrôle versement des cotisations <input type="checkbox"/> Contrôle du droit aux prestations <input type="checkbox"/> Contrôle facturation des prestataires <input type="checkbox"/> Contrôle des bénéficiaires
70. Votre mutuelle bénéficie-t-elle d'un contrôle interne c'est à dire d'un contrôle effectué par les contrôleurs de la mutuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ➔
71. Ce contrôle interne contrôle quoi	<input type="checkbox"/> Contrôle de caisse <input type="checkbox"/> Contrôle comptable et financier <input type="checkbox"/> Contrôle médical <input type="checkbox"/> Contrôle versement des cotisations <input type="checkbox"/> Contrôle du droit aux prestations <input type="checkbox"/> Contrôle facturation des prestataires <input type="checkbox"/> Contrôle des bénéficiaires
72. Lors de votre dernière réunion vous avez convoqué combien de membres	Nombre de membres convoqués :.....
73. Combien de membres ont répondu à cette réunion	Nombre de membres ayant participé à cette réunion :.....
74. Lors de votre dernière assemblée générale combien de membres étaient convoqués	Nombre de membres convoqués à l'AG.....
75. Combien de membres ont participé à cette AG	Nombre de membres ayant participé à l'AG :.....

GESTION FINANCIERE

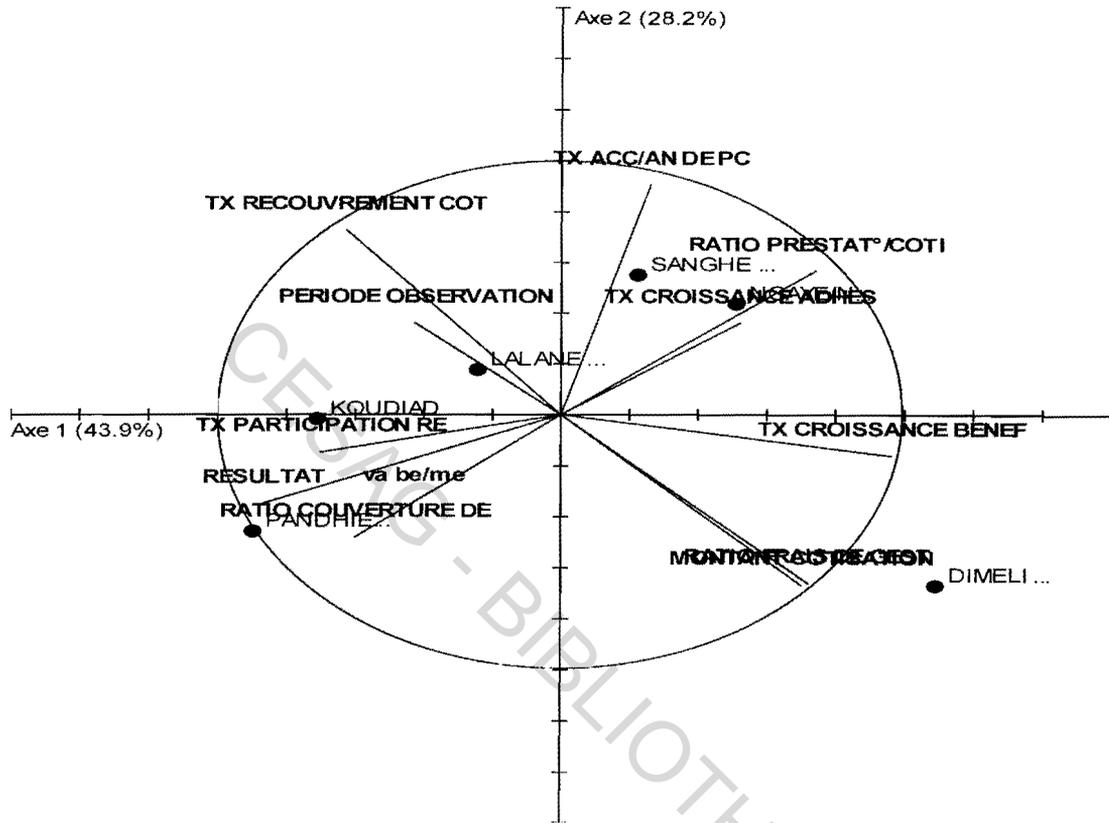
76. Votre mutuelle dispose-t-elle d'un compte de résultat (si oui annexe un exemplaire)	<input type="checkbox"/> Oui (Annexer un exemplaire) <input type="checkbox"/> Non
77. Votre mutuelle dispose-t-elle d'un bilan annuel (si oui annexe un exemplaire p)	<input type="checkbox"/> Oui (si oui annexe un exemplaire) <input type="checkbox"/> Non
78. Quel est le montant des cotisations versées en 1999	Montant :FCFA
79. Quel est le montant des cotisations impayées au 31/XII/99	Montant :FCFA
80. Quel est le montant des frais de fonctionnement pour l'année 99	Montant : FCFA
81. Quel est le montant des frais médicaux de l'année 1999	Montant : FCFA
82. Quel est le montant des frais de médicament pour l'année 1999	Montant : FCFA
83. Quel est le montant généré par les droits d'adhésion pour l'année 1999	Montant : FCFA
84. Quel est le montant des dons	Montant : FCFA
85. Avez vous financé des formations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
86. Quel est le montant annuel de ces formations	Montant : FCFA
87. Quel est le montant de vos réserves au 31/XII/99	Montant : FCFA
88. Quel est votre avoir en caisse au 31/XII/99	Montant : FCFA
89. Quel est votre avoir à la banque au 31/XII/99	Montant : FCFA
90. Si vous disposez d'un placement à terme quel est le montant	Montant : FCFA
91. Quel est le montant des impayés au 31/XII/99	Montant : FCFA
92. Si vous avez d'autres biens (appartenant à la mutuelle) quelle serait leur valeur monétaire au 31XII/99	Montant : FCFA
93. Au bout de combien de temps payez-vous vos factures (vous pouvez donner la réponse en mois, semaines ou jours)	Délai de paiement des factures : <input type="checkbox"/> Nombre de jours : <input type="checkbox"/> Nombre de semaines : <input type="checkbox"/> Nombre de mois :
94. Comment vous payez vos prestataires	<input type="checkbox"/> Paiement forfaitaire (par capitation)

(plusieurs réponses sont possibles)	<input type="checkbox"/> Paiement à l'acte <input type="checkbox"/> Remboursement des frais <input type="checkbox"/> Indemnité ou allocation forfaitaire <input type="checkbox"/> Prêts aux membres <input type="checkbox"/> Tiers payant
95. Quel est le montant des recettes de l'année 1999	Montant des recettes:.....
96. Quel est le montant des dépenses de l'année 1999	Montant des dépenses".....

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES COORDINATIONS REGIONALES

1. En tant que structure de coordination des mutuelles, pouvez vous me résumer les actions que vous développez à l'endroit de celles-ci ?
2. Quelles sont les mutuelles de santé qui ont fait l'objet d'une étude de faisabilité avant le démarrage ?
3. Selon vous comment appréhendez--vous les raisons de mises en difficulté de certaines mutuelles (comme Mont Rolland, Dimeli Yoff et Saint Jean Baptiste)
4. Etes vous appuyé et par qui ?
5. Quelles sont vos relations avec la tutelle (le ministère de la santé et ses structures déconcentrées) ? Que souhaitez vous jouer comme rôle en articulation avec la tutelle et les structures d'appui?
6. Comment pensez vous aborder la gestion des risques entre les mutuelles ?
7. Quelles sont vos relations avec les organisations communautaires de santé et les collectivités locales ?
8. Les mutuelles sont-elles représentées aux assemblées générales des comités de santé ?

ANNEXES IV RESULTATS DE L'ACP



Analyse en composantes principales

Variables :PERIODE OBSERVATION, MONTANT COTISATION, RESULTAT, TX RECOUVREMENT COT, RATIO FRAIS DE GEST, RATIO COUVERTURE DE, RATIO PRESTAT°/COTI, TX CROISSANCE ADHES, TX CROISSANCE BENEF, TX PARTICIPATION RE, TX ACC/AN DE PC, va be/me.

La carte montre les positions des 12 critères et les coordonnées des 6 observations.

8 observations ne sont pas prises en compte (non-réponse à au moins un des critères).

72.1% de la variance est expliquée par les deux axes représentés.

Chaque observation est représentée par un point.

PERIODE OBSERVATION

MONTANT COTISATION

RESULTAT

TX RECOUVREMENT COTisation

RATIO FRAIS DE GEST

RATIO COUVERTURE Dépense

RATIO Prestations/Ccotisation

TX CROISSANCE Adhésion

TX CROISSANCE BENEF

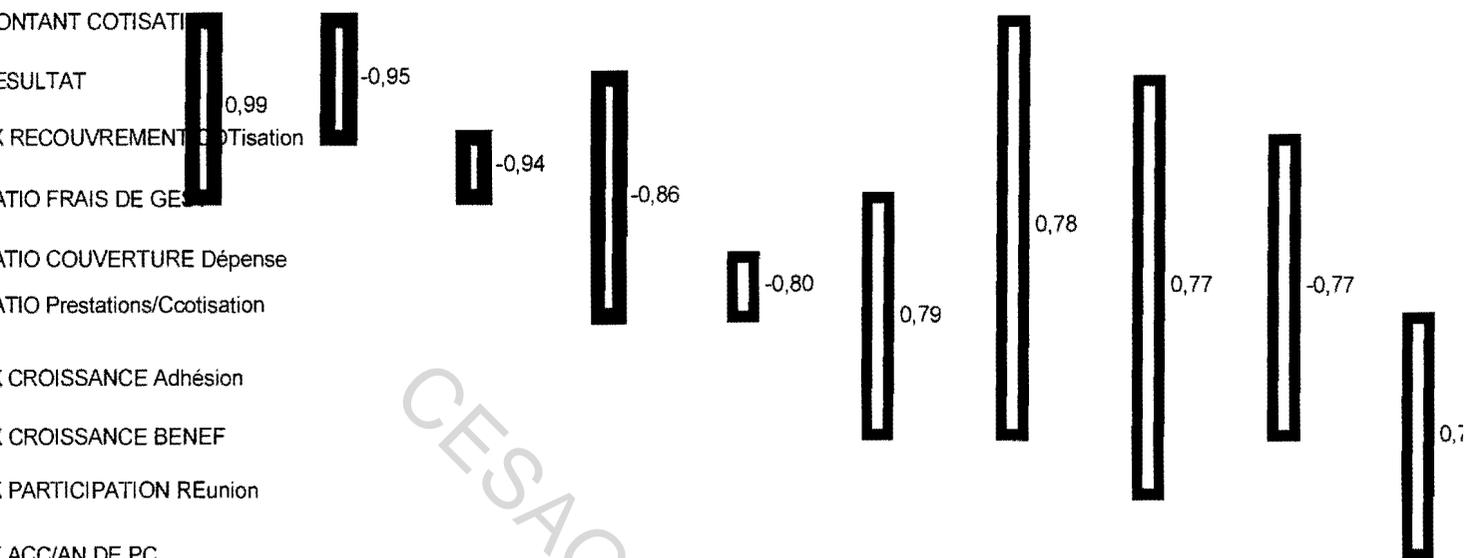
TX PARTICIPATION REunion

TX ACC/AN DE PC

va be/membre

- : coef.>0.85
- : 0.85>coef.>0.70
- : 0.70>coef.>0.50

CESAG - BIBLIOTHEQUE



Analyse en composantes principales

Variables : PERIODE OBSERVATION, MONTANT COTISATION, RESULTAT, TX RECOUVREMENT COT, RATIO FRAIS DE GEST, RATIO COUVERTURE DE, RATIO PRESTAT%/COTI, TX CROISSANCE ADHES, TX CROISSANCE BENEF, TX PARTICIPATION RE, TX ACC/AN DE PC, va be/me.

L'épaisseur du trait joignant deux critères est proportionnelle à la corrélation de ces deux critères.

8 observations ne sont pas prises en compte (non-réponse à au moins un des critères).

	Axe 1 (+43.9%)	Axe 2 (+28.2%)
CONTRIBUTIONS POSITIVES	TX CROISSANCE BENEI +17.00%	TX ACC/AN DE PC +24.00%
	RATIO PRESTAT°/COTI +10.00%	TX RECOUVREMENT C(+15.00%
	MONTANT COTISATION +9.00%	RATIO PRESTAT°/COTI +9.00%
	RATIO FRAIS DE GEST +9.00%	TX CROISSANCE ADHE! +4.00%
	TX CROISSANCE ADHE! +5.00%	PERIODE OBSERVATIOI +3.00%
	TX ACC/AN DE PC +1.00%	
CONTRIBUTIONS NEGATIVES	RESULTAT -14.00%	MONTANT COTISATION -13.00%
	TX PARTICIPATION RE -9.00%	RATIO FRAIS DE GEST -13.00%
	TX RECOUVREMENT C(-7.00%	RATIO COUVERTURE D -6.00%
	RATIO COUVERTURE D -7.00%	RESULTAT -3.00%
	PERIODE OBSERVATIOI -3.00%	va be/me -3.00%
	va be/me -3.00%	

Analyse en composantes principales

Variables :PERIODE OBSERVATION, MONTANT COTISATION, RESULTAT, TX RECOUVREMENT COT, RATIO FRAIS DE GEST, RATIO COUVERTURE DE, RATIO PRESTAT°/COTI, TX CROISSANCE ADHES, TX CROISSANCE BENEF, TX PARTICIPATION RE, TX ACC/AN DE PC, va be/me.

Le tableau donne, pour les 2 premières composantes, les contributions relatives (positives et négatives) des critères.

8 observations ne sont pas prises en compte (non-réponse à au moins un des critères).

ANNEXE N° V

CHRONOGRAMME D'EXECUTION DES ACTIVITES

PERIODE ACTIVITES	SEPTEMBRE & novembre 2000	DECEMBRE 2000	JANVIER 2001	FEVRIER 2001	MARS 2001	AVRIL 2001
<i>Rédaction protocole recherche d'appui</i>	<u>xxxxxxxx</u>					
<i>Recrutement et Formation enquêteurs</i>		<u>xxxxxxxx</u>	<u>xxx</u>			
<i>Collecte des données sur le terrain</i>			<u>xxxxxx</u>			
<i>Traitement et analyse des données</i>				<u>xxxxxxxx</u>		
<i>Rédaction du mémoire</i>					<u>xxxxxxxx</u>	<u>xxx</u>
<i>Soutenance et diffusion des résultats</i>						<u>xxxxx</u>

ANNEXE N°VI

BUDGETISATION

DESIGNATION& BASE DE CALCUL	CALCUL	TOTAL
1) Ressources humaines :		
❖ <i>Responsable : 01</i>	00	00F/cfa
❖ Superviseurs :		
03 superviseurs pou 06 jours :	03 superviseurs* 06 jours*15 000F FCFA = 270 000F/cfa	
01 superviseur pour Tamba pour 06 jours:	01 superviseur * 06 jours * 30 000F/cfa = 180 000F/cfa	
❖ Enquêteurs :		
13 enquêteurs pour 06 jours :	13 enquêteurs * 06 jours * 10 000F/cfa = 780 000F/cfa	
01 enquêteur pour Tamba pour:	01 enquêteur * 06 jours * 22 500F/cfa = 135 000F/cfa	
❖ Agent de saisie :		
01 agent de saisie pour 15 jours :	01 agent de saisie * 15 jours * 5000F/cfa = 75 000F/cfa	
2) Déplacement régional et inter régional :		
18 personnes pour 06 jours :	18 pers * 06 jours * 2500F/cfa =	270 000F/cfa
3) Reprographie document :		
Reprographie document final à 10 000F/ l'unité :	20 exemplaires * 10 000F/unité =	200 000F/cfa
4) Multiplication du questionnaire et fourniture :		
➤ Pour la mise à niveau des 14 enquêteurs et 4 superviseurs :	18*12 pages =216 pages	
➤ Pour la supervision et un éventuel remplacement 4 doc/super :	4*4*12pages=192 pages	
➤ Pour les enquêteurs :	12pages *14=168pages	
Total de pages=	216+192+168= 576 pages	
Multiplication de 576 pages à 50F la page :	576 pages * 50F/page =	28 800F/cfa
5) Equipement :	un ordinateur : disponible	000F
6) TOTAL GENERAL		1 938 800F/cfa