

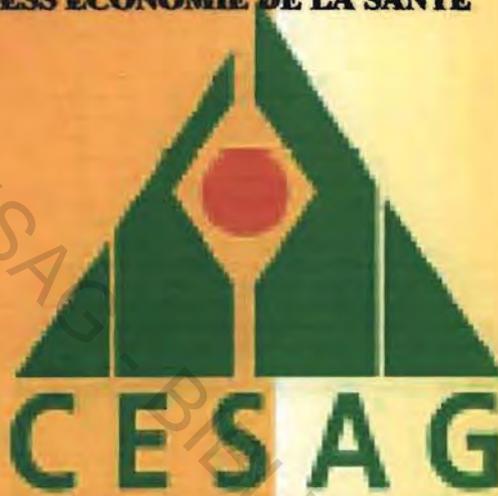
CENTRE
AFRICAIN
D'ETUDES
SUPERIEURES
EN GESTION



ANNEE ACADEMIQUE : 2005 -2006

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

DESS ECONOMIE DE LA SANTE



**Analyse des effets du changement du mode de tarification de prestations
offertes par l'hôpital Saint Jean de Dieu sur les mutuelles de santé de Thiès**

Présentée par

Dr Joséphine Thérèse RASOANOMENJANAHARY

Encadrement :

Dr Bocar M. DAFF

**L'Excellence
pour l'Afrique**



Bibliothèque du CESAG



108309

DSES06



Encadré par le CESAG

M0107DSES06

TABLE DE MATIERE

DEDICACES.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES ACRONYMES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE.....	4
CHAPITRE 1 : CADRE D'ETUDE.....	5
1.1 Le Sénégal.....	5
1.2 La région de Thiès.....	10
CHAPITRE 2: CADRE CONCEPTUEL.....	11
2.1 Problématique.....	11
2.2 Justification du problème.....	13
2.3 Revue de littérature.....	14
2.4 Objectifs et hypothèses.....	20
2.5 Définition opérationnelle des variables.....	21
2.6 Définitions des concepts.....	21
2.7 Calcul des indicateurs.....	24
CHAPITRE 3: METHODOLOGIE.....	25
3.1 Méthode et procédure de recherche.....	25
3.2 Le choix de la technique de collecte de l'information.....	25
3.3 Population de l'étude.....	25
3.4 Les outils utilisés.....	25
3.5 Le choix de la stratégie générale de vérification.....	26
3.6 Le choix de la technique d'analyse des données.....	26
3.7 Limite de l'étude.....	26
PARTIE 2 :RESILTATS – DISCUSSIONS- RECOMANDATIONS.....	27
CHAPITRE 1 : RESULTATS.....	28
1.1 L'Hôpital Saint Jean de Dieu.....	28
1.2 GRAIM et CRMST.....	29
1.3 Les mutuelles.....	31
1.4 Les mutualistes.....	37
1.5 Synthèse des résultats.....	40
CHAPITRE 2 : DISCUSSION.....	43
CHAPITRE 3 : RECOMMANDATIONS.....	47
3.1 A l'endroit des responsables des mutuelles.....	47
3.2 A l'endroit des prestataires.....	47
3.3. A l'endroit de l'Etat.....	47
3.4 A l'endroit des bénéficiaires.....	48
3.5 A l'endroit du GRAIM.....	48
CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE.....	50
ANNEXES.....	53

CE TRAVAIL EST DEDIE

A

DIEU TOUT PUISSANT QUI M'A PROTEGE
PENDANT MON SEJOUR AU SENEGAL

MA FAMILLE QUI M'A SOUTENUE CONSTAMENT ET
M'A ENCOURAGEE JUSQU'A LA FIN DE L'ETUDE

merci, je vous aime

NOS REMERCIEMENTS

A Monsieur le Ministre de la santé et du Planning familial de Madagascar qui nous a permis de suivre cette précieuse étude

A l'équipe du Ministère de la Santé et du Planning Familial qui nous a donné confiance

A L'Organisation Mondiale de la Santé qui a financé notre étude

A Docteur DAFF Bocar Mamadou qui nous a encadré dans ce travail

A tout le corps professoral et l'ensemble du personnel du CESAG surtout ceux de l'Institut Supérieur de la Santé

Aux responsables du GRAIM, de la CRMST, de l'Hôpital Saint Jean de Dieu, des 4 mutuelles de l'étude et à la gérante de la mutuelle Saint Benoît de Thiès

A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail

A toute la huitième promotion de l'Economie de la Santé

ACRONYMES

ACOPAM: Appui associatif et Coopératif aux Initiatives de Développement à la Base

ANMC: Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes

BIT: Bureau International de travail

CAMICS: Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé et aux Comité de santé

CRMST: Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès

CS: Centre de Santé

DSRP: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

DTC: Diphtérie Tétanos Coqueluche

EDS: Enquête Démographique Sanitaire

FCFA: Franc de la Communauté Financière Africaine

GRAIM: Groupement de Réflexion et d'Appui aux Initiatives Mutualistes

HR: Hôpital Régional

HSJDD: Hôpital Saint Jean de Dieu

IB: Initiative de Bamako

IDH: Indice de Développement Humain

IPM: Institut de Prévoyance Maladie

IPRES: Institut de Prévoyance Retraite au Sénégal

IPS: Institut de Prévoyance Sociale

MS: Mutuelle de Santé

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisme Non Gouvernemental

PAS: Programme d'Ajustement Structurel

PDIS: Programme de développement Intégré de la Santé

PED: Pays En Développement

PEV: Programme Elargi de Vaccination

PHR: Partnerships for Health Reform

PIB: Produit Intérieur Brut

PNDS: Plan National de Développement Sanitaire

PPA: Parité du Pouvoir d'Achat

SSP: Soins de Santé Primaire

STEP: Stratégie et Technique de lutte contre l'Exclusion et la Pauvreté

UNICEF: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

WSM: ONG Solidarité Mondiale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Variation du nombre des adhérents à jour de leurs cotisations

Tableau II : Taux de recouvrement des cotisations

Tableau III : Résultat relatif à l'escalade du coût

Tableau IV : Les solutions préconisées par les mutuelles pour assurer la viabilité de leur mutuelle face au changement de tarification

Tableau V : La variation du ratio de liquidité

Tableau VI : La variation du taux de réserve

Tableau VII : Variation du ratio cotisation sur dépense totale

Tableau VIII : Opinions des mutualistes hospitalisés avant et après le changement de tarification relatives au remboursement des frais des examens complémentaires aux mutuelles

Tableau IX : Satisfaction des adhérents relative aux services rendus par les mutuelles

Tableau X : Les raisons de satisfactions relatives aux services rendus par les mutuelles

Tableau XI : Satisfaction des mutualistes par rapport aux prestations offertes par l'HSJDD

Tableau XII : Les solutions préconisées pour la viabilité de la mutuelle par les mutualistes

Tableau XIII : Préférence des mutualistes entre l'HSJDD et l'HR

INTRODUCTION

Au début des indépendances, la plupart des pays africains offraient des soins gratuits à tout le monde, c'était l'Etat providence. Vers la fin des années 70, les limites de cette stratégie ont été atteintes. En effet, compte tenu de la baisse du prix des matières premières sur le marché international, les Etats ont dû réduire considérablement les budgets alloués au secteur de la santé. La baisse de la contribution étatique a eu diverses conséquences dont la « stagnation » de l'offre publique de soins du fait de l'incapacité de l'Etat à construire de nouveaux établissements en dépit de la croissance démographique, l'accroissement de l'offre privée et l'inaccessibilité financière des soins pour les populations les plus pauvres. Cette inaccessibilité financière des soins se traduit par une « insuffisante » expression de la demande malgré des indicateurs de santé (taux de mortalité infantile, taux de mortalité maternelle...) alarmants. On assiste alors à une dégradation de l'état de santé des populations surtout celui des couches les plus pauvres. Deux questions fondamentales à savoir comment maîtriser l'évolution des dépenses de santé et quelles sont les sources alternatives de financement des soins, se sont donc posées.

En 1978, la Conférence d'Alma Ata a préconisé une nouvelle stratégie de prise en charge des patients à savoir les soins de santé primaires (SSP). Dans le cadre des programmes d'ajustement structurel (PAS) des années 80, il s'est agi pour les Etats de se retirer des secteurs de production et de laisser fonctionner les principes de marché (libéralisme économique). La politique des soins de santé primaire, débutée en 1980, a été accompagnée par une politique visant à accroître la participation financière des usagers.

Face à la détérioration rapide des systèmes de santé publique et au fort accroissement des coûts des soins de santé pour les populations, les ministres africains de la santé, réunis à Bamako au Mali en 1987, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), ont lancé ce qu'on a appelé « **Initiative de Bamako** » dont l'objectif global est d' « *assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaires à un prix abordable, et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publics* ».

Dix ans après l'adoption de cette initiative le bilan reste mitigé. En effet, bien que l'Initiative de Bamako ait permis de développer et de crédibiliser l'offre de santé primaire, la

Analyse des effets du changement du mode de tarification des prestations offertes par l'HSJDD sur les mutuelles de santé de Thiès

fréquentation des services reste faible et la tarification mise en place ne concourt pas à l'équité d'accès aux soins.

Plusieurs États ont mis en place un système de couverture sanitaire obligatoire qui ne touche généralement que des salariés du secteur formel (public et privé) soit une très faible proportion de la population de l'Afrique subsaharienne. Les travailleurs du secteur informel représentant 80% de la population, sont exclus de système de couverture des risques maladies et restent vulnérables. Par ailleurs, il a également été établi pour certaines couches sociales, notamment en milieu rural, que le système de recouvrement des coûts marginaliserait les moins nantis à cause de leur situation économique précaire (Ouendo et al. 2003).

Face à cette situation, de nombreux groupes de population, dans les pays en développement (PED), ont décidé de s'organiser pour développer des formes de protection sociale qui répondent à leurs besoins : les mutuelles de santé.

La mutualisation du risque maladie est de plus en plus perçue comme une alternative intéressante dans la politique sociale des PED et elle constitue aussi un espoir pour les populations qui rencontrent beaucoup de difficultés pour faire face aux dépenses de santé. Plusieurs études ont démontré le potentiel des mutuelles à se développer et aujourd'hui elles ont confirmé leur utilité en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Au Sénégal la première mutuelle de santé a été créée en 1989 par les villageois de Fandène. Son objectif est de partager les coûts des soins de santé dispensés à l'Hôpital catholique Saint Jean de Dieu (HSJDD), situé dans la ville de Thiès. Actuellement quarante deux (42) mutuelles de santé sont fonctionnelles à Thiès dont vingt et une (21) ont signé des conventions de prise en charge de leurs membres avec l' HSJDD. La sécurité et la facilité d'accéder aux soins hospitaliers justifient l'adhésion des gens à la mutuelle

Ces mutuelles rencontrent des problèmes majeurs comme la fragilité et l'instabilité du revenu des ménages qui les exposent à une multitude de risques qui affectent parfois lourdement leurs capacités de remboursement. Les conséquences sont parfois très graves, particulièrement pour les populations les plus pauvres.

Par ailleurs on a constaté à l'HSJDD, depuis le mois de janvier 2005, un changement du mode de tarification qui a été imposé aux mutuelles de santé (MS) de Thiès. Ce changement tient à la séparation des frais d'hospitalisation et des médicaments d'une part et d'autre part

Analyse des effets du changement du mode de tarification des prestations offertes par l'HSJDD sur les mutuelles de santé de Thiès

les frais des examens complémentaires doivent être payés en totalité par les MS pour se faire ensuite rembourser auprès de leurs adhérents. Antérieurement la prise en charge journalière comprenait l'hospitalisation, les médicaments et les examens complémentaires.

Face à ce changement, les mutuelles paient mais se plaignent en dépassant largement le délai de paiement d'un mois fixé dans le cadre de la convention. Il en est de même pour la mutuelle des retraités « Faggu » qui est une mutuelle complémentaire disposant d'un fond assez élevé.

Il convient de se poser la question de savoir **quelles sont les conséquences du changement de tarification de l'Hôpital Saint Jean de Dieu sur les mutuelles de Thiès ?**

C'est pour répondre à cette question que nous avons envisagé la présente étude dont le thème est : « **Analyse des effets du changement du mode de tarification des prestations offertes par l'HSJDD sur les mutuelles des santé de Thiès** ».

Nous présenterons dans un premier temps la partie théorique où s'articule le cadre de l'étude, la problématique, la revue de la littérature et la méthodologie (partie 1) et nous terminerons cette étude par la présentation des résultats, la discussion desdits résultats et les recommandations (partie 2).

PARTIE 1 : CADRE THEORIQUE

CHAPITRE 1 : CADRE DE L'ETUDE

1. Le Sénégal

1.1 Situation géographique, statistique et démographique

Le Sénégal est situé à l'extrême Ouest du continent africain et appartient à la zone soudano-sahélienne. Il a une superficie de 196.722 Km² et est limité au Nord par la Mauritanie, au Sud par la République de Guinée et de celle de Guinée Bissau, à l'Est par le Mali et à l'Ouest par l'Océan Atlantique sur une longueur de 700 Km. Il est caractérisé par un relief plat sablonneux dont l'altitude ne dépasse guère 100 mètres qu'à l'extrême Sud-Est. Son climat est caractérisé par l'alternance d'une saison sèche d'Octobre à Juin et d'une saison des pluies de Juillet à Septembre. Mais la pluviométrie est variable d'une région à une autre. Elle s'élève jusqu'à 1000 mm par an environ au Sud, mais descend à moins de 300 mm au Nord, ce qui est à l'origine de la division du pays en trois (3) zones climatiques de forte, moyenne et faible pluviométrie correspondant à la forêt du sud, à la savane arborée au centre, et à la zone désertique au nord. La population du Sénégal en 2005 est d'environ 11.658.000 Habitants avec une espérance de vie à la naissance de 55,6 ans entre 2000 et 2005. Sa densité est de 60/Km². Le Taux d'accroissement est de 2,7% par an et donc va doubler tous les 25 ans. Le Sénégal a 11 régions et 56 Districts. Le taux d'urbanisation est de l'ordre de 45%.

1.2 Situation économique

Le PIB du Sénégal par habitant est de 1745 dollars PPA (2005). Le pays enregistre depuis quelques années, une croissance économique moyenne annuelle entre 5 et 6 %, grâce essentiellement aux politiques macroéconomiques et aux réformes structurelles. Le taux de pauvreté est très élevé (57,1%) selon le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) 2005. Selon le rapport du PNUD sur le Développement Humain (IDH) 2004 le Sénégal occupe le 157ème rang sur 177 pays considérés.

1.3 Politique de santé

La politique de Santé est arrêtée par le Chef de l'Etat et mise en oeuvre par le ministère de la Santé et de la Prévention médicale. Le Sénégal possède un Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDS), mis en place en 1998 pour une durée de dix ans (1998 à 2007). De ce plan est extrait le Programme de Développement Intégré de la Santé (PDIS), qui a couvert la période de 1998 à 2002. Il visait à améliorer l'accès aux soins, la santé génésique, les

capacités institutionnelles du secteur, la surveillance épidémiologique et la lutte contre les maladies endémiques, la qualité de vie des groupes défavorisés.

1.4 Situation sanitaire

Le système de santé au Sénégal s'appuie sur quatre types principaux d'infrastructures sanitaires : les postes de santé, les centres de santé, les hôpitaux régionaux et les hôpitaux nationaux. Pour chaque niveau des paquets d'activité ont été définis et sont proposés, en particulier dans les structures les plus périphériques :

- Le Poste de Santé est le premier niveau de contact des populations avec une structure publique. Il est dirigé par un Infirmier diplômé d'Etat qui occupe la fonction d'Infirmier Chef de Poste.
- Le Centre de Santé est le second palier du système de recours public qui est implanté au niveau de la Commune. Il constitue le premier recours pour les postes de santé. Il est dirigé par un Médecin qui assure la fonction de Médecin-Chef.
- L'hôpital régional est devenu hôpital de niveau 2 après la réforme hospitalière. Il constitue le troisième maillon de la chaîne et offre le recours pour le Centre de Santé. Il est implanté au Chef lieu de la région ou du département et dispense des soins en médecine interne, obstétrique, gynécologie, pédiatrie, chirurgie et parfois des spécialités chirurgicales ou médicales
- Le Centre Hospitalier National (CHN) ou hôpital de niveau 3. Le Centre Hospitalier National est le dernier maillon de la chaîne, le sommet de la pyramide sanitaire et le dernier recours. Le CHN est en théorie une structure sanitaire nationale qui dessert l'ensemble de la population en égard à son plateau technique très spécialisé et à la diversité de ses gammes de services.

Le système de santé du Sénégal est mixte et offre des soins publics (soins ambulatoires et hospitaliers) et privés. Au total il y a 1384 cases de santé, 913 postes de santé (dont 868 fonctionnels), 60 centres de santé et 20 hôpitaux (dont 7 à Dakar). Le secteur privé compte:31 cliniques privées, 202 cabinets de médecine générale et 144 cabinets de médecine spécialisée.

En ce qui concerne les indicateurs de santé :

Les maladies les plus rencontrées sont: le paludisme (600 000 cas environ chaque année), les maladies diarrhéiques, la tuberculose (8 934 cas en 2004), le diabète, le cancer, les maladies cardiovasculaires et le VIH/SIDA avec un taux de prévalence de 0.7% en 2005.

Le ratio de mortalité maternelle (RMM) reste encore au niveau très élevé de 434 pour 100 000 naissances vivantes (EDS IV – 2005).

L'Indice Synthétique de Fécondité (IFS) au Sénégal est passé de 6,6 en 1986 à 5,3 enfants par femme en 2005 (4.1 en ville et 6.4 à la campagne) dans la tranche d'âge de 15 à 49 ans.

La proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est passée de 47,2% en 1994 à seulement 52% en 2005.

Les taux de mortalité infantile sont (61 décès pour mille naissances vivantes) et infanto - juvénile (121 pour mille) et le taux de retard de croissance (16%) estimé à partir de l'EDS IV de 2005

En outre, les données de l'EDS IV de 2005 ont montré que pour le taux de couverture de DTC est de 78% pour la troisième injection. Concernant la vaccination contre la polio, le pourcentage correspondant est de 73% pour la troisième prise.

En 2005 les ratios des différents agents de santé sur la population sont de un médecin pour 22 500 habitants, un infirmier d'Etat pour 10 400 habitants alors que les normes OMS sont de 1 médecin pour 5 000 à 10 000 habitants et 1 infirmier pour 300 habitants.

1.5 Système de financement

La santé est financée par: les ménages, les entreprises, les partenaires de développement, les collectivités locales et l'Etat. Le budget de l'Etat est composé du budget de la structure non décentralisée, Fond de Dotation (FDD), du budget des structures décentralisées et du budget consolidé d'investissement (BCI). En 2003 l'Etat avait consenti plus de la moitié du financement global (35,5 milliards de FCFA) soit 55%, les ménages à travers les comités de santé enregistraient une contribution non négligeable de 6,1 milliards de FCFA et la collectivité locale 2 milliards. Les partenaires externes viennent en 3^{ème} place avec 20% du budget global. Le budget du Ministère de la santé est en hausse régulière depuis 1990

(0,5 % par an) et a atteint 10% du budget national en 2005 et dépasse même la recommandation de l'OMS sur le ratio budget santé/budget de l'Etat de 9%

1.6 Système de protection maladie au Sénégal

L'Organisation Internationale du Travail (OIT) considère la protection sociale y compris la santé comme un droit fondamental et un mécanisme d'inclusion sociale pour tous.

Au Sénégal deux systèmes de protection maladie existent:

- Le système de protection maladie obligatoire.
- Le système de protection maladie volontaire

1.6.1 Le système de protection maladie obligatoire

Tous les salariés et leurs employeurs sont obligés de s'affilier à un système d'assurance maladie. Le régime obligatoire des fonctionnaires et agents non fonctionnaires de la fonction publique ainsi que leurs familles est régi par le décret N°72-215 du 7 mars 1972 relatif à la sécurité sociale des fonctionnaires. Ce système est financé par le budget de l'Etat (imputation budgétaire) qui permet une prise en charge partielle (80%) des soins médicaux : les médicaments sont à la charge du malade. Environ 300.000 bénéficiaires (66.000 agents et leurs ayants droits) sont couverts à travers ce système.

En 1975, le Sénégal a créé un régime d'assurance-maladie, pour les travailleurs salariés non fonctionnaires, régi par la loi du 30 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociales (IPS) et le décret N° 75-895 du 14 août 1975 portant organisation des Institutions de Prévoyance Maladies (IPM) d'entreprise ou inter entreprise. Depuis lors, par l'intermédiaire de son entreprise, chaque travailleur est obligatoirement affilié à une IPM qui, en échange d'une cotisation fonction du salaire, lui donne droit à des prestations en nature. Les IPM assurent la prise en charge des soins médicaux et des médicaments pour les bénéficiaires dans une fourchette autorisée de prise en charge de 40 à 80% du montant des prestations. Environ 700.000 bénéficiaires (soit 120.000 salariés) sont couverts à travers le mécanisme d'assurance sociale des IPM.

Enfin les retraités qui ont occupé des emplois salariés et leurs familles bénéficient par le canal

de l'Institution de Prévoyance Retraite au Sénégal (IPRES) mise en place par décret en 1975, d'une couverture médicale contributive. Dans ce régime, une cotisation maladie est régulièrement prélevée sur les pensions et en contre partie l'IPRES couvre partiellement les frais médicaux de ses bénéficiaires.

Ces trois types d'assurance obligatoire ne couvrent que les secteurs formels.

1.6.2 Le système d'assurance volontaire

Il existe deux types d'assurance volontaire :

- Les assurances privées commerciales

Une très faible partie de la population représentée par les cadres d'entreprise et les professions libérales et leurs dépendants qui est couverte par l'assurance privée. Les primes sont en fonction des risques c'est -à- dire élevés pour les gros risques (hospitalisation) et modérés pour les petits risques.

- Les assurances maladies sans but lucratif ou mutuelles de santé

Il existe deux types de mutuelle de santé :

* Mutuelle de santé « au premier franc » appelée aussi **mutuelle communautaire** est constituée par les professionnels du secteur informel qui n'accèdent pas facilement aux soins de qualité. Au Sénégal, l'avènement de la mutualité dans le domaine de la santé, dans sa formule actuelle est relativement récent. Son émergence est marquée par trois phases en Afrique de l'Ouest: une phase de naissance des premières expériences mutualistes avant 1994, une phase de diffusion comprise entre 1994 et 1998, et une phase d'engagement depuis 1998 qui voit l'implication d'un nombre de plus en plus important d'acteurs issus de la communauté nationale et de la communauté internationale dans la promotion et le développement des mutuelles de santé.

Au Sénégal la MS de Fandène est la première mutuelle de santé créée en milieu rural avec l'appui du Diocèse de Thiès et de l'hôpital St Jean de Dieu. Celle-ci sera suivie entre 1990 et 1993 par l'expansion des mutuelles de santé dans la région de Thiès. La période entre 1994 et 1998 a été marquée par la diffusion de la mutualité vers les autres régions du pays où commencent à naître des mutuelles et où également d'anciens systèmes de type communautaire et fonctionnant sur des principes d'entraide et de solidarité commencent à être

codifiés pour se transformer en mutuelles de santé. Cette phase est surtout marquée par les actions du programme ACOPAM/BIT qui s'investit pour une meilleure connaissance et une diffusion plus large de l'expérience mutualiste.

A partir de 1998, cette phase est marquée par un fort engouement des populations et des organismes de développement nationaux et internationaux vers les initiatives mutualistes, appuyé par une volonté politique de l'Etat qui a mis en place une cellule d'appui aux mutuelles de santé, la CAMICS. Les programmes STEP/BIT, PHR, PROMUSAF, GTZ et ENDA-GRAFF ont fortement contribué à la diffusion des connaissances en matière de mutualité à travers la publication de brochures d'information, de manuels, l'organisation d'ateliers de formation et de journées de sensibilisation en appui à la politique définie par le gouvernement sénégalais. Des structures ont été créées pour promouvoir les mutuelles de santé et pour coordonner leurs activités. Ce sont la Caritas diocésaine de Thiès, la CRMST et le GRAIM.

* **Mutuelle de santé « complémentaire »**: assure les prestations non couvertes par le système obligatoire. C'est le cas de mutuelle Faggu des retraités de Thiès, des forces armées du Sénégal

2 La région de Thiès

Elle couvre une superficie de 6610 Km² soit 3,4 % du territoire national. Elle est située à soixante dix (70) kilomètres de Dakar, limitée au nord par la région de Louga, au sud par Fatick, à l'ouest par l'océan atlantique et la région de Dakar, à l'est par Diourbel. Cette région est divisée en trois (3) départements (Thiès, Tivaouane et Mbour), en dix (10) communes, dix (10) arrondissements et trente et une (31) communautés rurales. La population totale est de 1 358 658 habitants en 2004 dont 593 693 habitants en milieu urbain et 764 964 en milieu rural. Le taux d'accroissement est de 2,7% et la densité de 206 habitants par Km².

En 2005, le taux de mortalité Infantile était de 54,8 /1000, le taux de mortalité juvénile de 45,8/1000 et la mortalité infanto – juvénile de 98,1 / 1000. La mortalité maternelle est de 510 décès pour 100 000 naissances vivantes selon DPS/Enquête (EDSI, EDSII, EDSIII, MICS). Thiès a deux (2) hôpitaux, neuf (9) centres de santé, 136 postes de santé, 189 cases de santé, 144 maternités rurales, 10 cabinets privés, deux (2) cliniques privées et un (1) centre de santé psychiatrique ¹

¹ Source / Région Médical de Thiès

CHAPITRE 2 : CADRE CONCEPTUEL

2.1 PROBLEMATIQUE

Les indicateurs de santé en Afrique subsaharienne demeurent précaires au regard de ceux des pays développés. En effet, alors que l'espérance de vie à la naissance est de 46 ans en Afrique subsaharienne, elle est de 78 ans dans les pays développés.

En dépit de cette précarité, beaucoup d'obstacles freinent l'expression de la demande de soins. Au nombre de ces obstacles, figure en bonne place celui de l'accessibilité financière. En effet, le prix joue un rôle important dans la demande en matière de santé.

Partant du postulat de l'indépendance des comportements d'assurance et de recours aux soins, J.P Newhouse (1981) arrive à la conclusion que la consommation des services médicaux mesurée en unités de soins (nombre d'actes en médecine ambulatoire, nombre d'interventions chirurgicales...) dépend négativement du prix des soins. Les élasticités- prix estimées sont donc négatives mais comportent de grandes variations (de - 0,1 pour des soins hospitaliers d'après une étude de Newhouse et C.E. Phelps (1974) à - 1,5 selon les résultats de R.N Rosett et L.F Huang (1973)).

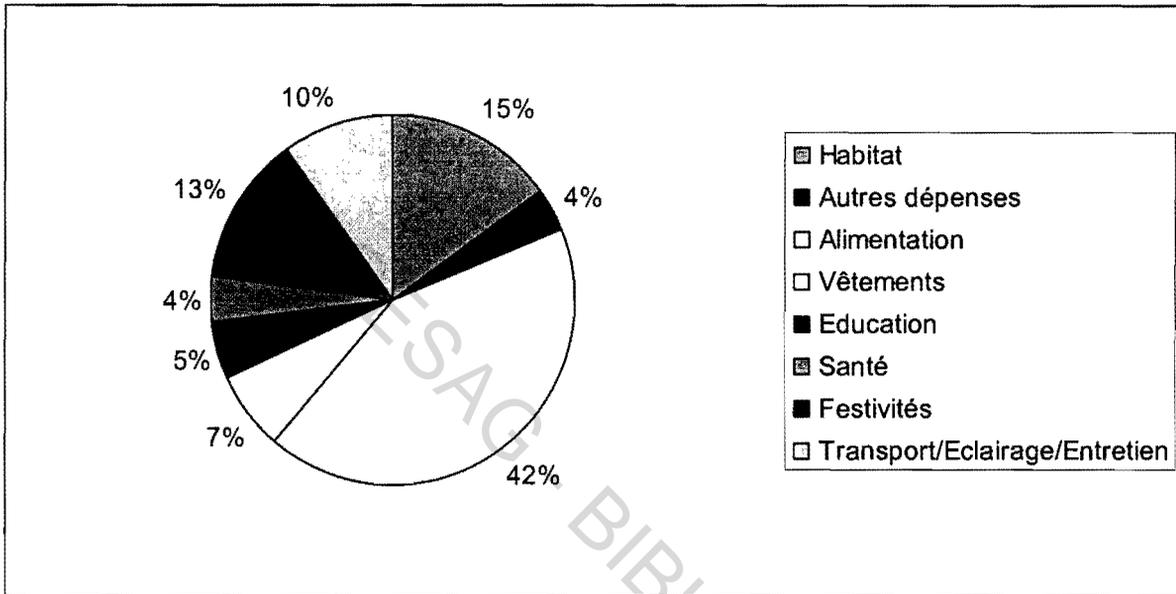
Dans un contexte de pauvreté, un prix élevé entraînera une forte réduction voire une suppression de la demande de soins. C'est donc pour garantir l'accessibilité financière aux soins que divers mécanismes de protection sociale ont été mis en place. Cependant, les travailleurs du secteur informel et ceux ne disposant pas de revenus réguliers sont exclus de ces systèmes. Or, ces personnes sont particulièrement vulnérables face aux risques de santé en raison de conditions de travail parfois dangereuses. Donc il est difficile pour ces populations de supporter ce coût élevé des soins de santé sans recours au système de micro assurance santé pour le partage de risque maladie d'où la mise en place des systèmes de micro assurance. Depuis 1998, les systèmes de micro - assurance santé, perçus comme une alternative aux difficiles questions du financement de la santé et de l'accès aux soins, font l'objet de multiples travaux, tant en Afrique qu'en Asie. Selon le BIT/STEP, le terme de micro assurance santé regroupe une grande diversité de systèmes: les MS qui sont des associations autonomes basées sur la solidarité et la participation démocratique de leurs adhérents, les assurances organisées et gérées par les prestataires de soins (un centre de santé ou un hôpital peut proposer à ses usagers de payer une cotisation donnant droit à une réduction du prix des soins ou à la gratuité de certains services de santé). Les systèmes d'assurance santé sont mis en place par d'autres acteurs parmi lesquels les ONG, les institutions de micro finance, les coopératives, les syndicats. . Il convient donc de veiller à la

viabilité des mutuelles si l'on veut garantir l'accès aux soins à des millions de personnes.

Une étude réalisée au Sénégal (OIT 2002) a examiné la répartition des dépenses moyennes par ménage.

Les enquêtes menées auprès de 346 ménages dans quatre villages de la région de Thiès ont révélé que la famille ne dépense en moyenne que 4 % de son budget pour la santé

Graphique I : Répartition des dépenses moyennes par ménage



Source: ZEF, 2000

Cette étude montre que la plus grosse part des dépenses de santé n'est pas financée directement par les ménages. Au Sénégal, par exemple, une enquête de la Fenagie /Pêche (1997) a permis de constater que dans les communautés de pêcheurs, les revenus moyens d'une famille sont d'environ 5 000 francs CFA par jour pour 20 personnes. 75 pour cent des 6 500 familles de pêcheurs vivent au-dessous du seuil de pauvreté. Les pêcheurs vivent en général en régime polygame dans des familles nombreuses (en moyenne 15 personnes) dont les besoins de santé et d'éducation sont difficilement satisfaits. Par manque de revenus, certains travailleurs ont recours aux soins traditionnels moins chers mais qui sont parfois inadéquats.

Ces données montrent que toute mesure susceptible de porter atteinte au bon fonctionnement ou à la viabilité d'une mutuelle pourrait avoir des conséquences désastreuses sur la santé des populations. Il convient donc de se préoccuper de l'impact que pourrait avoir l'accroissement de la tarification de l' HSJDD sur les mutuelles qui lui sont affiliées. Cette question revêt une importance d'autant plus capitale que l' HSJDD est le précurseur du mouvement mutualiste à Thiès. Entre outre, cet hôpital gère à lui seul 50 % de part de marché des conventions signées

avec les mutuelles (vingt et une (21) sur les quarante – deux (42) mutuelles fonctionnelles à Thiès ont signé des conventions avec lui).

Compte tenu du faible niveau du montant des cotisations des mutualistes qui est inférieur au montant calculé par Dr DAFF (2000), toute hausse de coût de traitement des bénéficiaires pourrait s'avérer catastrophique pour la mutuelle. L'étude faite par Idrissa Mounkaila (2005) a résumé les difficultés rencontrées par les gérants des mutuelles de santé avec les fournisseurs de soins par les coûts élevés de prestations dus parfois à des prescriptions de complaisance. En effet, l'occurrence de dépenses catastrophiques notamment dans le cadre de la prise en charge des « gros risques » pourrait placer la mutuelle dans une situation de crise financière.

Aussi, la hausse des tarifs de l' HSJDD en entraînant le relèvement de la valeur du ticket modérateur, pourrait induire une démission des membres des mutuelles et une résiliation des conventions.

2.2 JUSTIFICATION DU PROBLEME

Il est maintenant reconnu que différents acteurs ont des rôles complémentaires à jouer dans la promotion et le développement des MS. Les expériences d'extension et de développement des MS qui se fondent sur les bonnes pratiques de partenariat ont pu réaliser des performances élevées au regard du nombre de MS implantées et de l'adhésion des populations

Si au Sénégal on remarque une certaine avancée des MS sur les autres pays, le mouvement a une histoire plus « ancienne ». Les mutuelles s'y sont développées autour de l'Hôpital Saint Jean de Dieu, un hôpital confessionnel construit au démarrage dans un objectif caritatif. En remarquant que cet objectif est difficile à atteindre sans une subvention conséquente, les promoteurs ont organisé la participation des populations. Le modèle de la mutualisation du risque maladie a pris ses marques avec l'expérience de la mutuelle de Fandène et plusieurs villages environnants s'en sont inspirés. (Pascal Ndiaye, 2006)

Au Sénégal, les relations entre mutuelles et prestataires sont importantes pour la survie de ces organisations. Elles sont matérialisées sous formes de conventions qui 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. Cependant, certaines relations de partenariat

mutuelles et prestataires sont régies par un acte d'agrément, octroyé en quelque sorte par l'établissement et pouvant par conséquent être suspendu unilatéralement ou dénoncé par le partenaire prestataire.

Les structures de santé confessionnelles font partie du secteur privé non lucratif. Il s'agit essentiellement de postes de santé privés catholiques. On retrouve ces postes de santé privés catholiques à travers tout le territoire national; ils complètent, généralement sans chevauchement ni double emploi, la couverture en infrastructures publiques de même type. Ils disposent d'une zone de responsabilité définie, appliquent le même paquet d'activités que les postes de santé publics, bénéficient de la supervision du district et même de certains équipements standard nécessaires pour la mise en œuvre de programmes tels que le PEV. Et beaucoup d'entre elles ont des conventions avec les MS, ceux qui permettent aux populations pauvres d'accéder aux soins de santé de qualité.

Cependant, le Plan stratégique de Développement des MS au Sénégal reconnaît que leurs relations avec l'État ne sont pas suffisamment formalisées. La qualité de la collaboration entre les postes de santé privés catholiques et les autorités de district par exemple ne sont guidées par aucune relation contractuelle et dépendent en grande partie de la bonne volonté affichée de part et d'autre. C'est pourquoi le plan recommande qu'afin d'éviter ces situations de fait et leur caractère arbitraire, il convient de progressivement arriver à formaliser ces relations dans des arrangements contractuels.

Cette recommandation du plan stratégique s'est révélée un vœu pieux en ce sens qu'elle n'a eu une concrétisation pratique. La défection entamée de l'HSJDD aux côtés des MS de Thiès pourrait être mise à son compte. Ceci justifie l'importance de cette étude afin de connaître les raisons qui ont poussé l'HSJDD à prendre cette décision, de voir les conséquences sur les MS qui sont déjà développées à Thiès et de chercher les solutions avantageuses pour les deux camps pour assurer la viabilité des MS.

2.3 REVUE DE LA LITTERATURE

Les systèmes de micro assurances ou mutuelles de santé constituent une alternative de financement de santé pour les gens du secteur informel.

Afin de ne pas s'éloigner de notre sujet devant une pile d'informations concernant la micro -

assurance santé, notre investigation dans le champ des connaissances s'est portée plus spécifiquement sur les MS. La littérature à notre portée nous a permis de cerner l'étendue de ce mouvement et les facteurs de son succès à travers les pays. Ce sont ces résultats qui sont présentés dans cette partie du travail. Il s'agit de la capacité des mutuelles à mobiliser des ressources pour les prestataires, l'accessibilité des populations aux soins, la gouvernance démocratique, qualité de soins de santé et enfin les relations les unissant aux prestataires en rapport avec leur viabilité.

Mobilisation des ressources et accessibilité aux soins

Les Mutuelles parviennent à attirer un grand nombre de membres qui payent effectivement leur cotisation, si elles prennent en compte les préoccupations et les préférences des consommateurs (choix, disponibilité des médicaments, transport, hospitalisation, etc.), signent des contrats avec les structures sanitaires qui ont une bonne renommée en matière de qualité des soins et synchronisent la collecte des cotisations avec des périodes de revenus.

Au Rwanda, une étude de 2004 sur le rôle de l'assurance santé dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins révèle que les MS ont montré un très grand potentiel à améliorer l'accessibilité financière de la population aux soins de santé. En effet, dans les zones de rayonnement des centres de santé (CS) où les MS sont déjà fonctionnelles, l'on a constaté une très grande augmentation de la fréquentation de la population membre de la mutuelle par rapport aux non - membres. Alors que la moyenne nationale du taux d'utilisation des services curatifs est tombée à 0,3 consultation par an ; les taux annualisés des consultations dans la plupart des MS atteignent 1 à 1,3 consultations par an. Ainsi donc, chaque mutualiste, grâce aux MS est à même de fréquenter son CS de premier contact. Dès lors que la barrière financière à l'accessibilité aux soins de santé est levée par les MS, en cas de maladie, les membres sont susceptibles d'utiliser 4 fois plus que les non membres les services de santé modernes.

Outre le fait que les MS contribuent à l'accessibilité financière aux soins de santé, elles renforcent aussi l'amélioration de la qualité des soins dans les centres de santé à travers une mobilisation des ressources financières additionnelles et la constitution d'une coalition des consommateurs des soins de santé au niveau local. La question de la qualité des soins de santé reste une préoccupation majeure.

Mais le plus souvent, les capacités de mobilisation des ressources sont modestes et limitées par le faible taux de cotisation, le faible taux de couverture et une faible capacité de marketing. Dans la région de Thiès la part réelle des mutuelles dans le financement de l'hôpital est inférieure à 2,5 % (Massiot, 1998). Selon les études de faisabilité menées dans cette région, les gens sont souvent intéressés et ont la volonté de payer un taux de cotisation défini, mais lorsqu'il s'agit de collecter ces cotisations, nombreuses sont les personnes qui ne paient pas ou paient en retard.

La pauvreté détermine aussi les formes que peut prendre la protection sociale. En limitant le niveau des cotisations, qui doit s'adapter à la capacité contributive de certains groupes, elle n'autorise que des prestations modestes et l'offre de services – notamment de santé – de mauvaise qualité.

Les seules contributions de cotisants pauvres ne peuvent en effet couvrir les risques que dans une mesure très restreinte. Elles couvrent le plus souvent les soins de santé primaires, rarement le remboursement des médicaments, des analyses de laboratoire ou d'interventions chirurgicales. De surcroît, la faiblesse des prestations tend à décourager l'affiliation et constitue un facteur de désincitation à s'acquitter de cotisations volontaires ou obligatoires. Le choix des prestations doit être adapté à la capacité contributive des adhérents ; ce qui représente pour le BIT (2001) une condition de réussite des systèmes d'assurance pour le secteur informel. Cela limite cependant la couverture des besoins sanitaires.

Gouvernance démocratique, qualité de soins de santé

Les mutuelles reposent en principe sur des modes de gestion contrôlés par les adhérents et sont destinées à former un mouvement social qui a la capacité d'exercer un contrôle interne sur ses différentes composantes. Ces caractéristiques expliquent le succès des mutuelles, là où l'Etat est faible ou bien là où il veut se décharger de l'organisation pratique de la protection sociale. Il reste que les mutuelles ne peuvent être promues sans le soutien des pouvoirs publics et qu'elles ne peuvent seules résoudre des problèmes comme la passation de contrats avec les professionnels en vue d'obtenir des soins de qualité. Ces difficultés expliquent la relative lenteur de développement des mutuelles. (Destremau B., Letourmy A 2003)

La participation sociale peut être définie comme la mesure dans laquelle les différents acteurs

jouent leurs rôles respectifs dans la conception, la mise en oeuvre, la promotion, et le développement continu des MS.

Une étude menée sur la participation sociale (L.Miller 2004) dans le développement des MS au Sénégal révèle que les MS ont assis leur légitimité sur des comités d'initiative formels représentant plusieurs groupements au sein de la communauté, la participation dans les études de faisabilité et autres activités. Cependant, plusieurs MS ont eu des difficultés à tenir des assemblées générales

Par ailleurs, la participation des acteurs externes a été généralement limitée, et les dirigeants de MS ont regretté le manque d'appui moral, financier et logistique des organes techniques et politiques du gouvernement. Des ressentiments engendrés par de mauvais rapports avec quelques prestataires de services ou les comportements défavorables de ceux-ci ont découragé certains membres, et certains prestataires de services n'ont pas vu d'avantage à leur engagement avec la MS.

En s'appuyant sur les partenariats locaux, les initiatives mutualistes sont mieux ancrées dans le tissu associatif et les organisations qui existent au niveau local, et qui deviennent une source d'appui de proximité, contribuant ainsi au renforcement de la participation et de la durabilité du mouvement mutualiste. Le partenariat est une stratégie porteuse dans un contexte de décentralisation. En effet, l'implication des élus locaux dans la sensibilisation et la mobilisation des communautés, l'engagement des maires en attribuant, par exemple, un terrain pour la construction du siège des MS; de même que l'inscription d'une ligne budgétaire dans le plan d'investissement communal pour appui aux MS, l'octroi d'un sous couvert ou contresigner la convention de prestation de soins entre la MS et la structure sanitaire, etc., crédibilisent les MS aux yeux des communautés.

Cette implication conjointe de différents acteurs favorise une complémentarité dans les interventions, chacun travaille dans son domaine pour renforcer le développement des MS, mais dans un cadre coordonné.

Dans leur rapport sur cinq (5) années d'expérience mutualiste en Afrique de l'ouest (Götz et al, 2003) relèvent qu'une mauvaise perception des soins du consommateur et des attentes non réalistes constitue l'obstacle principal et aboutissent au manque de compréhension entre

prestataires et mutualistes. Selon eux, les mutuelles devraient coopérer de manière plus effective avec les prestataires, de sorte que tous puissent tirer profit de la synergie créée, en se penchant sur des secteurs d'intérêt commun. Les prestataires devraient reconnaître que leurs pratiques de prescription sont déterminantes pour le succès du système mutualiste. Le gouvernement pourrait soutenir le processus en menant une politique proactive, en vue de sensibiliser le personnel de santé au système mutualiste et d'encourager les prestataires à mener des négociations avec les mutuelles. Les prestataires ont besoin de leur autonomie pour négocier des arrangements locaux adéquats.

Relations avec les prestataires de soins et viabilité des MS

Selon le plan stratégique de Développement des MS au Sénégal (2004) la loi adoptée par l'Assemblée Nationale et promulguée par le Président de la République, autorise les MS à nouer un partenariat avec les structures de santé. Les relations des mutuelles avec les prestataires de soins revêtent trois formes:

- l'implication des agents de santé dans la création et l'implantation de MS,
- la signature de conventions entre les différentes mutuelles et les structures sanitaires,
- la création ou l'établissement d'une convention avec les dépôts pharmaceutiques. Ces relations sont particulièrement importantes pour la survie de ces organisations

Peu de structures constituent un contre - poids réel pour le système sanitaire. Souvent les gérants des mutuelles n'ont pas la compétence technique requise, par conséquent les structures ne fonctionnent pas de façon efficace. Certaines structures abordent la question de la qualité des soins lorsqu'elles signent les contrats avec les prestataires. L'étude menée par Atim (2000) a démontré que beaucoup de structures d'assurance ne vérifient ni les prescriptions des prestataires, ni la qualité des soins administrés à leurs membres. Pour les gérants des mutuelles, il est difficile de faire respecter les dispositions en terme de qualité stipulées dans le contrat, quand les prestataires ne respectent pas leurs engagements. Mais les structures peuvent initier un dialogue entre les utilisateurs et les prestataires des services de soins de santé (Criel, 2001/Huber, 2000).

Selon leur observation, les prestataires de soins sont directement concernés par la mise en place et le développement des MS, car celui-ci modifie en partie leur cadre d'intervention: le

système peut contribuer à accroître la solvabilité de la demande, à introduire de nouvelles normes de qualité ou à modifier les mécanismes de paiement des services de santé.

Les contrats signés avec les grandes structures de santé ayant de fréquents mouvements de personnel ont souvent abouti au fait que certains membres du personnel du centre n'avaient connaissance ni du contrat signé avec la MS, ni des avantages auxquels les membres avaient droit. De plus, dans les cas où les contributions de la MS aux recettes de la structure sont minimales, les prestataires voient peu d'avantages dans leur contrat avec la MS. Cependant, le grand hôpital confessionnel de Thiès qui dessert plusieurs MS soutient le mouvement des MS en accordant une remise aux malades membres de ces MS

La plupart des mutuelles ont tendance à se mettre en place autour d'un prestataire de soins ou de prestataires ayant une bonne réputation en ce qui concerne les délais d'attente, l'attitude du personnel envers les patients et la disponibilité en médicaments. Dans de tels cas, l'amélioration de la qualité des soins n'est pas un sujet majeur de revendication des membres de la mutuelle. Par contre, de nombreuses mutuelles ne sont pas suffisamment préparées pour contribuer à l'amélioration de la qualité, en particulier dans des domaines plus exigeants comme le contrôle des prescriptions et des autres traitements médicaux prodigués à leurs membres. Cela est dû à plusieurs facteurs: jeunesse relative et manque d'expérience des mutuelles, faiblesse de leurs compétences et de leurs moyens financiers, connaissance insuffisante des alternatives, faible pouvoir de négociation par rapport aux prestataires de soins.

Dans une étude réalisée par (M. Waelkens et B. Criel 2004) sur Les MS en Afrique Sub-saharienne, il ressort que la mise en place d'un système mutualiste est une tâche complexe parce que les systèmes d'assurance maladie sociaux locaux se situent à l'intersection de trois systèmes complexes: un système financier, un système social et un système de services santé. Pour que la mise en place de mutuelles soit une réussite, ces trois systèmes doivent être pris en considération.

L'étude de cas malienne menée par (Letourmy et al 2005) dans le cadre de leur recherche sur la micro assurance de santé dans les pays à faible revenu aboutit à la même conclusion. Le mouvement mutualiste y est dynamique, mais ne réussit pas une percée en termes d'effectifs, notamment à cause des relations qu'il entretient avec l'offre publique de soins. Des

expériences comme celle de *Kènèya So* sont positives, mais demeurent limitées. L'auteur conclue sur la nécessité de prêter davantage attention à l'offre de soins pour stimuler le développement de la micro - assurance de santé.

De ce qui précède, nous pouvons retenir que les prestataires de soins ont un rôle important à jouer, même si certains de leurs objectifs peuvent entrer en conflit avec ceux des mutuelles. Les prestataires qui ont appris à fixer le prix de leurs services de façon réaliste, à passer des contrats (et qui ont le pouvoir de le faire) avec les mutuelles, et qui sont disposés à encourager de bonnes relations entre celles-ci et leur personnel peuvent avoir une contribution significative sur le développement de ces organisations. La négociation de tarifs préférentiels entre l'HSJDD et les MS de la région de Thiès est un élément clé de la réussite des systèmes (Jütting et Tine, 2000 ; Massiot, 1998). Aussi, cette revue de littérature nous permet-elle de saisir l'enjeu du changement de tarifs de l'HSJDD sur la viabilité des mutuelles de la région de Thiès.

2-3 OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE

2.3.1. Objectifs de l'étude

2.3.1.1 Objectif Général:

Cette étude a pour objectif principal de contribuer à la viabilité des mutuelles de santé de Thiès qui collaborent avec l'Hôpital Saint Jean de Dieu

1.3.1.2 Objectifs spécifiques :

- OS1 : Chercher les causes du changement de tarification des examens complémentaires de l' HSJDD
- OS2 : Déterminer l'impact de la nouvelle tarification sur la capacité financière des mutuelles
- OS3 : Proposer des solutions pour assurer la viabilité des mutuelles en convention avec l'HSJDD

2.3.2 Hypothèses de recherche

Hypothèse 1 : Le changement de tarification entraîne le non paiement des factures émises par le prestataire

Hypothèse 2 : Le nouveau mode de tarification entraîne la résiliation de convention par les mutuelles

Hypothèse 3 : Le remboursement des examens complémentaire entraîne la démission des adhérents des mutuelles de santé

2.4 : DEFINITION OPERATIONNELLE DES VARIABLES

2.4.1. Définitions des concepts

- Mutuelle de santé

Les mutuelles de santé sont des organisations communautaires mises en place par des groupes sociaux pour répondre à un besoin de prise en charge des maladies. Elles reposent sur les principes de gouvernance démocratique, d'autonomie et de liberté, d'épanouissement de la personne, de but non lucratif, de solidarité et de responsabilité dans la gestion. Le but de la mutuelle est de permettre à chacun de ses membres et à leurs personnes à charge d'accéder à des soins de santé de qualité. (Ndiaye P. 2006)

D'après la loi relative aux mutuelles de santé promulguée le 16 mai 2004, la mutuelle de santé est : « un groupement de personnes à but non lucratif qui, essentiellement au moyen des cotisations de ses membres, se propose de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leur famille, une action de prévoyance, d'entraide et de solidarité, en vue notamment d'assurer la prise en charge de tout ou partie des soins de santé , d'assurer l'amélioration des conditions de santé de ses bénéficiaires , de faciliter l'accès pour tous à des soins de santé de qualité , de stimuler l'amélioration de la qualité des soins , de participer aux activités de promotion et d'éducation à la santé , de promouvoir et de développer leurs propres services de santé ». (JORS 2003)

- Tarification : liste des prix fixés pour certaines marchandises ou certains services. C'est le montant des droits à acquitter

- Prestation : ce sont des soins offerts par les fournisseurs de soins. Elle peut être curative, préventive ou d'investigation.

- Viabilité : c'est le caractère de ce qui est viable, peut vivre, se développer selon le dictionnaire Le ROBERT

Le BIT/STEP/CIDR (2001) a identifié quatre (4) dimensions de viabilité de la mutuelle qui sont : la viabilité gestionnaire et administrative, la viabilité technique, la viabilité fonctionnelle et la viabilité économique et financière.

* La viabilité gestionnaire et administrative : est la capacité de la mutuelle à assurer sa rentabilité et son utilisation rationnelle des ressources disponibles. L'évaluation se pose sur les nombres des adhérents,

* La viabilité technique : son évaluation porte sur l'analyse de la qualité de garantie à fournir aux adhérents en vertu de leur contrat d'adhésion; ce qui revient à apprécier, en particulier, le degré de maîtrise par la mutuelle de santé des trois risques inhérents à l'assurance santé:

- la sélection adverse (ou anti-sélection) : les personnes à haut risque qui sont malades ou qui sont susceptibles à des maladies ont plus de tendance à s'assurer que les bas risque.
- la surconsommation (risque moral) : l'utilisation abusive de l'accès aux soins d'un mutualiste
- la sur prescription (demande induite par l'offre) : prescription irrationnelle des prestations par les fournisseurs de soins

* La viabilité fonctionnelle : son évaluation consiste à analyser la mutuelle de santé d'un strict point de vue fonctionnel c'est-à-dire en tant qu'instrument collectant des cotisations et accordant une couverture des dépenses de santé de ses bénéficiaires. Il s'agit de l'évaluation de «la bonne marche d'assurance santé».

* La viabilité économique et financière conditionne directement l'autonomie et la survie de la mutuelle de santé. Elle peut être considérée comme la capacité à couvrir durablement les charges avec les produits et à faire face aux engagements financiers dans les délais requis.

- Adhérents : ce sont les personnes affiliées aux mutuelles qui versent des droits d'adhésion (ou droits d'entrée), des cotisations (ou primes), s'engagent à respecter les clauses du contrat et/ou les textes régissant le fonctionnement de la mutuelle (droits et obligations).

- Bénéficiaires : ce sont les membres de la famille des adhérents comme le mari ou la femme et les enfants qui sont pris en charge par la MS après être à jour de cotisation.

- Cotisation : c'est le montant fixe déterminé par l'assemblée générale des mutuelles, qui n'est pas proportionnel au revenu mais à la capacité contributive de la population cible. Elle est appelée aussi prime et est versée périodiquement à la mutuelle pour pouvoir accéder aux services des mutuelles.

- Capacité financière: c'est la capacité de la mutuelle de santé à rembourser les frais de prestations retenues pour le compte de ses bénéficiaires. La durabilité de la source de financement est mesurée à l'aide des indicateurs :

- Ratio de liquidité : rapport des disponibilités sur les dettes à court terme qui permet d'apprécier la capacité des mutuelles à faire face immédiatement à leurs engagements financiers. Ce ratio doit être normalement $>$ ou $=$ à 1.
- Ratio de couverture des dépenses : rapport entre réserve comptable et les dépenses mensuelles en prestation. Dans la situation normale les réserves cumulées correspondent aux dépenses d'une période de trois (3) mois.
- Ratio de couverture de prestations par les cotisations : montant des cotisations sur dépenses de prestation

- Escalade des coûts : la hausse importante de la grille tarifaire, les prescriptions de complaisance ainsi que les demandes induites

- Diminution du nombre des adhérents : réduction du nombre des membres qui versent leurs cotisations mensuelles

2.4.2 Calcul des indicateurs

- Le taux de recouvrement des cotisations : c'est le rapport entre les cotisations acquises et les cotisations attendues

$$\text{Tx.RC} = \frac{\text{Montant des cotisations perçues} \times 100}{\text{Montant des cotisations attendues}}$$

- Ratio de liquidité : rapport des disponibilités sur les dettes à court terme qui permet d'apprécier la capacité des mutuelles à faire face immédiatement à leurs engagements financiers. Normalement ce ratio est supérieur ou égal à 1.

$$\text{Ratio de liquidité} = \frac{\text{Avoir en Banque} + \text{Avoir en caisse}}{\text{Dette à court terme}}$$

- Ratio de couverture des dépenses : rapport entre réserve comptable et les dépenses mensuelles en prestation. Dans la situation normale les réserves cumulées correspondent aux dépenses d'une période de 3 mois.

$$\text{Ratio de couverture des dépenses} = \frac{\text{Réserves} \times 12 \text{ (en mois)}}{\text{Charges en prestations}}$$

REMARQUE :

Il n'est pas facile de savoir avec précision le niveau optimal du taux de réserve au regard de l'activité de la mutuelle. Il peut être imposé par le législateur pour protéger les bénéficiaires. En l'absence de dispositions légales, il semble prudent de viser un taux de 50 à 75 pour-cent. Cela signifie que les réserves devraient couvrir de 6 à 9 mois de prestations.

L'accroissement de la valeur du ratio traduit une moindre dépendance à l'égard du financement extérieur. A l'inverse, une diminution de la valeur dénote une plus grande vulnérabilité de la mutuelle.

- Ratio de couverture de prestations par les cotisations : montant des dépenses de prestation sur les cotisations

$$\text{Ratio de couverture de prestation} = \frac{\text{Cotisations acquises}}{\text{Charges totales}}$$

Ce ratio doit être > ou = à 1.

Le calcul de tous ces ratios nous permet de voir la tendance des indicateurs financiers des mutuelles de santé étudiées après le changement de tarification des prestations offertes par l'HSJDD et de montrer son impact sur la viabilité de ces MS

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE

3.1. Méthode et procédure de recherche

- Dans le cadre de la réalisation de cette étude nous avons utilisé une méthodologie dynamique et participative basée sur des études de cas sur les mutuelles de santé qui ont permis de recueillir des données quantitatives, qualitatives et documentaires.

3.2. Le choix de la technique de collecte de l'information

Nous avons mené des enquêtes au niveau des adhérents (mutualistes), des dirigeants des mutuelles, des responsables de l'HSJDD, du GRAIM et de la CRMST. Nous avons aussi procédé à l'exploitation des archives de l'HSJDD et à la consultation des bilans et des comptes de résultat des mutuelles. Nous avons complété par les recherches documentaires relatives aux statistiques sanitaires. La collecte des données sur le terrain a été faite au cours de la période du 18 septembre au 30 septembre 2006 dans la Région de Thiès

3.3. Population de l'étude

Quatre mutuelles de santé sont sélectionnées de façon aléatoire parmi les vingt et une mutuelles qui ont signé une convention avec l'HSJDD : Fandène, Lalane Diassap, Faggu, Soppanté.

Pour le choix des adhérents nous avons choisi au hasard quarante mutualistes dont vingt hospitalisés pendant la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 Décembre 2004 c'est-à-dire avant l'application de la nouvelle tarification et qui bénéficiaient de la gratuité des examens complémentaires et vingt mutualistes hospitalisés du 1^{er} Janvier 2005 au 31 Décembre 2005, après le changement et qui devraient rembourser les frais des examens complémentaires aux mutuelles. Il s'est agi de comparer leurs avis vis-à-vis des effets de la nouvelle grille tarifaire.

3.4 Les outils utilisés

Pour la réalisation de cette étude nous avons utilisé un questionnaire auprès des adhérents, un guide d'entretien avec : les responsables des Mutuelles, les responsables de l'HSJDD, le GRAIM et la CRMST. Les outils de gestion des mutuelles comme le livre de compte et le journal ainsi que les données de la comptabilité de l'HSJDD, de la convention entre l'HSJDD et les mutuelles et de la convention entre la CRMST et l'HR ont été consultés.

3.5. Le choix de la stratégie générale de vérification

Nous avons opté pour une étude synthétique de cas ayant pour finalité l'identification des effets de changement de tarification sur la viabilité des mutuelles de Thiès :

- Auprès des responsables des mutuelles (Présidents, trésorier) : l'entretien a permis de recueillir les données relatives au nombre des adhérents, aux cotisations acquises, au système de contrôle des prestataires, aux mesures prises pour remédier à la situation, au bilan et au compte de résultat et de voir les ratios de viabilité financière des mutuelles.

- Au niveau des adhérents : l'enquête a permis :

- * de connaître leur avis sur le remboursement des frais d'examens complémentaires,
- * de voir s'ils sont à jour de leurs cotisations
- * de donner leur point de vue vis-à-vis de la mutuelle et des prestataires (HSJDD, HR),
- * d'apprécier leurs points de vue relatifs à la viabilité de la mutuelle et à leur choix face aux deux prestataires.

- Au niveau du GRAIM : l'entretien nous a permis de savoir les mesures prises face au changement de tarification et les solutions préconisées pour assurer la viabilité des mutuelles,

- Au niveau de l'HSJDD : l'entretien nous a emmené à savoir les prestations offertes, à voir l'évolution du chiffre d'affaires et les causes de changements de tarification des examens complémentaires. Il s'est aussi agi de voir les solutions préconisées pour la bonne entente avec les mutuelles.

3.6 Le choix de la technique d'analyse des données

Pour l'analyse des données et le calcul des ratios, nous avons utilisé le logiciel Excel.

3.7. Limites de l'étude

Le temps consacré à cette étude est très limité (deux semaines), nous n'avons pu avoir des entretiens avec un grand nombre de personnes. La difficulté au cours de la recherche des données due à l'incapacité de certains gérants de mutuelles à tenir des outils de gestion notamment le compte de résultat.

PARTIE 2 :
RESULTATS, DISCUSSIONS ET
RECOMMANDATIONS

CHAPITRE 1 : RESULTATS

Nous présenterons à cette étape, les résultats de nos investigations auprès des diverses parties prenantes.

1.1 L'Hôpital Saint Jean de Dieu

C'est le fruit d'une initiative libérale à action sociale de l'église, à but non lucratif, fondé par Monseigneur François Xavier Dione premier Evêque de Thiès en 1983. L'HSJDD a une capacité d'accueil de 100 lits, avec sept spécialités : médecine interne, cardiologie, pédiatrie, chirurgie (générale, urologie, orthopédie), gynécologie obstétrique, ophtalmologie, kinésithérapie ; réhabilitation fonctionnelle avec un plateau technique moderne comme : laboratoire d'analyse biomédicale, banque de sang, centre de dépistage volontaire anonyme VIH, endoscopie digestive et proctologie, radiologie, écho- Doppler couleur pulsé continu et le central de fabrication de soluté. Depuis sa création l'hôpital a été financé par les « Frères Saint Jean de dieu » qui ont initié la création et contribué au développement des mutuelles de Thiès. Une vingtaine de mutuelles ont signé des conventions avec l'hôpital.

L'HSJDD offre aux mutualistes différentes prestations suivant la convention avec une réduction allant de 50 % à 35 % suivant l'année de convention et suivant la prestation. La réduction est diminuée de 5 % après chaque révision de contrat jusqu'à atteindre la barrière de 35 %. Pour les consultations et les examens complémentaires le rabais est de 50%.

Le changement de tarification est dû au changement du statut même de l'HSJDD qui a été financé par les « Frères Saint Jean de Dieu » jusqu'en 2004. Ils sont partis et ont laissé aux laïcs la direction et la gestion de l'hôpital. Ce qui oblige l'HSJDD à s'autofinancer pour son fonctionnement. Puis le Conseil d'administration a programmé d'étendre leurs gammes de prestations suivant le plan quinquennal 2004-2008 :

- en créant les services de néonatalogie, d'ORL - Otologie, de dermatologie et l'unité de pneumologie
- en construisant une seconde salle d'opération, une salle de pré - anesthésie, une salle de stérilisation moderne, un bloc des urgences médicales et chirurgicale de 6 lits, 8 à 10 cabines et bureaux de médecins, une unité de préparation pharmaceutique

- en achetant des équipements correspondants à ces nouveaux services
- en recrutant des employés durant cette période tels que : médecins, infirmiers aides infirmiers, techniciens, pharmacien et administratifs.

Malgré l'ambition de l'hôpital d'élargir son panier de prestations offertes, le chiffre d'affaire n'a pas permis de réaliser aucune des activités prévues dans le cadre quinquennal.

Pour assurer la viabilité des mutuelles et la continuité de convention avec l'HSJDD : Il préconise la subvention de l'Etat car les pauvres de la région sont intégrés au sein des mutuelles et il a déjà accordé une remise de 50% à toutes les prestations.

Les MS représentent 22,84% du chiffre d'affaire de l'HSJDD en 2004 c'est-à-dire 35 864 612 FCFA sur 156 962 490 FCFA total du chiffre d'affaire et 17,10% en 2005 c'est-à-dire 43 480 945 FCFA sur 254 271 946 FCFA, donc il y a une diminution de 25,15% ou 7 616 333 FCFA du chiffre d'affaire de l'HSJDD avec les MS en 2005.

Parmi les vingt et une (21) mutuelles qui ont signé une convention avec l'HSJDD sept (7) ont été suspendues pour non paiement. Actuellement après négociation cas par cas, trois mutuelles sont encore en suspension de convention. Une autre mutuelle sans être suspendue par non paiement, a demandé à l'HSJDD de suspendre pendant six mois sa convention et a signé la nouvelle convention de la CRMST avec l'HR dans le cadre d'essai avant de décider.

1.2 Le GRAIM et la CRMST

Le Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes (GRAIM) est né en 1997. Sa raison d'être est d'accompagner la conduite des nouvelles politiques de santé et de proposer un appui technique aux initiatives mutualistes. Il contribue à la mise en place des mutuelles un peu partout au Sénégal et il cherche à créer une union nationale des mutuelles de santé capable de travailler à une autre échelle. Ses axes de travail sont :

- * le développement de la mutualité comme mode de valorisation de toute les ressources.
- * la promotion du développement des sociétés locales par l'intégration et la diversification des activités professionnelles,

Analyse des effets du changement du mode de tarification des prestations offertes par l'HSJDD sur les mutuelles de santé de Thiès

- * la participation aux politiques publiques, la concertation et la mise en relation des acteurs.
- * le renforcement des processus de décentralisation et d'appropriation par les populations. Dans cette optique, il propose des outils et des méthodes de gestion et de conseil, la concertation des acteurs de la santé, la collecte de données et la pratique de la réflexion - action.

Il a commencé à travailler avec les collectivités locales et avec la région. Tout récemment, il a élaboré le plan de développement des mutuelles de santé. Il a reçu d'une mutuelle de santé belge un co-financement à hauteur de 2 millions FCFA qui lui permet de dégager de l'argent pour le micro - crédit.

Le GRAIM exécute le volet technique au sein des mutuelles comprenant : la formation, les conseils, le suivi, la plaidoirie pour solliciter des fonds pour les mutuelles pour financer les microprojets. Les membres du GRAIM sont tous des responsables de mutuelles (président, administrateur, trésorier etc.) qui maîtrisent parfaitement les besoins et les problèmes des mutuelles. Le GRAIM organise des journées d'information pour la promotion de la mutuelle.

La Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès (CRMST) s'occupe du volet politique au sein des mutuelles et facilite les relations entre mutuelles et prestataires. Elle a été créée en 1997.

Face au changement de tarification des prestations de l'HSJDD aux MS, la CRMST et le GRAIM ont rencontré les responsables de l'HSJDD pour discuter mais l'HSJDD préfère la négociation cas par cas avec les mutuelles en convention avec lui. Alors le GRAIM a négocié auprès du Ministère de la Santé pour accélérer la contractualisation des mutuelles avec l'HR. Et la convention cadre a été signée le 16 juillet 2006 entre la CRMST et l'HR représenté par son Directeur.

Les solutions préconisées par le CRMST sont de :

- Diversifier les prestataires afin de maîtriser ceux qui sont avantageux pour les mutuelles suivant les prestations.
- La signature d'une convention cadre qui permet à la CRMST de gérer l'envoi des malades et la récupération des factures à payer puis la ventilation des factures aux mutuelles qui en ont bénéficiées.
- Renégocier avec l'HSJDD
- La création d'une réassurance sera envisagée

1.3 Les MS étudiées

1.3.1 La mutuelle de Fandène :

C'est la première mutuelle de la région de Thiès et la première MS communautaire du Sénégal. Elle a été créée en 1989 par les villageois. Son objectif est de partager les coûts des soins de santé dispensés à l'HSJDD. La cotisation mensuelle est de 200 FCFA par bénéficiaire. La population cible est de 4000 personnes néanmoins les bénéficiaires étaient 3480 en 2005. La mutuelle prend en charge 10 jours d'hospitalisation à 100% et 50% pour la chirurgie, les examens complémentaires, les soins intensifs et les accouchements compliqués. Son taux de pénétration est de 87 %.

1.3.2 La mutuelle Lalane Diassap :

C'est une mutuelle rurale créée en 1994 par les villageois de Diassap. Elle a signé une convention avec l'HSJDD en 1996 et avec deux postes de santé. Le nombre de bénéficiaires en 2005 était de 1916 et la cotisation mensuelle de 200 FCFA par bénéficiaire. La mutuelle prend en charge 15 jours d'hospitalisation à 100%, 40% pour la chirurgie, les examens complémentaires et les soins intensifs. Son taux de pénétration est de 73%. Elle a été suspendue mais elle arrive à négociée avec l'HSJDD.

1.3.3 La mutuelle Faggu :

C'est est une mutuelle complémentaire des retraités créée en 1994 par les personnes du 3^{ème} âge. Elle a signé une convention avec l'HSJDD en 1995. L'adhésion est de type familial. la cotisation est modulée en fonction de la catégorie d'hospitalisation. La mutuelle offre les services suivants : hospitalisation à 100% pendant toute la durée du séjour. les examens complémentaires et les visites d'urgence à 50% mais pour les actes chirurgicaux la prise en charge est de 50% avec un plafond de 59000 FCFA. La cotisation par chef de famille et par trimestre est de 3000 FCFA depuis 2005. Elle a été suspendue par l'HSJDD en juin 2006 pour défaut de paiement des factures et a signé individuellement une convention avec l'HR.

1.3.4 La mutuelle de Soppanté :

C'est une mutuelle rurale créée en 1997, elle a signé une convention avec l'HSJDD en 1998.

Analyse des effets du changement du mode de tarification des prestations offertes par l'HSJDD sur les mutuelles de santé de Thiès

avec 13 postes de santé et récemment en juillet 2006 avec l'Hôpital Régional par l'intermédiaire de la CRMST. Les prestations offertes sont : 10 jours d'hospitalisation à 100% de prise en charge et 50% pour la chirurgie avec l'HSJDD, 60% avec les SSP. Avec l'HR, la prise en charge est de 10 jours d'hospitalisation à 70 % et 40 % pour les chirurgies et les examens complémentaires. Sa population cible est de 20 000 et les bénéficiaires en 2005 étaient de 6 500. Son taux de pénétration est de 32,5 %. Elle a été suspendue par l'HSJDD pour non paiement des prestations.

Résultats des mutuelles

Cette partie présente les résultats des entretiens avec les responsables des mutuelles (gérant, président ou trésorier). Les données ont été collectées en consultant les outils de gestion des mutuelles.

Tableau I : La variation du nombre des adhérents à jours de leurs cotisations

NOM DES MUTUELLES	Nombre des adhérents à jour de leur cotisation en 2004	Nombre des adhérents à jour de leur cotisation en 2005	Variation en Pourcentage
FAGGU	825	581	- 29,57
FANDENE	708	740	+ 4,5
LALANE DIASSAP	330	320	- 3,11
SOPPANTE	405	232	- 42,71

Le tableau ci-dessus montre que seule la mutuelle de Fandène présente une légère augmentation de 4,5 % du nombre d'adhérents à jour de leur cotisation par rapport à l'année 2004 et pour les trois autres on note une diminution : 3,11 % pour Lalane Diassap, 29,57% pour Faggu et 42,71% pour la mutuelle de santé Soppanté

Tableau II : Le taux de recouvrement des cotisations

NOM DES MUTUELLES	Taux de couverture de cotisation en 2004	Taux de couverture de cotisation en 2005	Variation en pourcentage
FAGGU	60,27%	40,36%	- 33,03
FANDENE	88,44%	85%	- 3,89
LALANE DIASSAP	77,9 %	72,44%	- 7,01
SOPPANTE	40,84%	23,45%	- 42,58

D'après les données obtenues ci – dessus, on a constaté une baisse du taux de couverture des cotisations de toutes les mutuelles par rapport à l'année précédente : 33% pour la MS Faggu, 3.89% pour la MS Fandène, 7,01% pour MS Lalane Diassap et 42,58% pour la MS Soppanté

Tableau III : Résultats relatifs à l'escalade du coût moyen d'hospitalisation

NOM DES MUTUELLES	Coût moyen en 2004	Coût moyen en 2005	Pourcentage d'augmentation
FAGGU	15 675,72	28 186,63	79,81
FANDENE	54 986,30	69 936,14	27,18
LALANE DIASSAP	34 643,60	60 413,46	74,38
SOPPANTE	43 151,60	53 431,47	23,82

Le tableau ci-dessus montre que la hausse du coût moyen d'hospitalisation avec les examens complémentaires varie de 23,82% pour Soppanté à 79,81% pour Faggu. Une augmentation de 27,18% pour Fandène et 74,38% pour Lalane Diassap. En moyenne la hausse est de 51,29%.

Tableau IV : Solutions préconisées par les mutuelles pour assurer leur viabilité de leur mutuelle face au changement de tarification de l'HSJDD. Question à plusieurs réponses

	FREQUENCE	POURCENTAGE
Négocier avec l'HSJDD	4	100
Augmenter la cotisation	0	0
Réassurance	2	50
Diversifier les prestataires	2	50
Demander la subvention de l'Etat	2	50
Total des mutuelles	4	100

Le tableau ci-dessus montre que 100% des mutuelles pensent que la négociation avec l'HSJDD peut assurer leur viabilité en leur accordant un rabais. 50% proposent la réassurance (c'est-à-dire 2MS sur 4), 50 % préconisent la diversification des prestataires et 50% proposent la subvention de l'Etat

Les indicateurs financiers que nous allons calculer sont : le ratio de liquidité, le taux de réserve et le ratio de couverture de dépense. Le calcul de ces indicateurs financiers nous permet de voir la tendance de tous ces ratios, après le changement de tarification de l'HSJDD, qui nous met en garde les impacts sur la viabilité des MS.

1. *Le ratio de liquidité* est calculé à partir des actifs de trésorerie directement disponibles à savoir les montants dans les comptes bancaires et en caisse et les dettes à court terme.

Les autres actifs circulants (créances, stocks et placements) ne sont pas pris en compte car ils ne sont pas immédiatement disponibles.

Le ratio de liquidité immédiate est obtenu à l'aide de la formule suivante:

Avoirs en caisse + Avoirs en banque

Dettes à court terme

Tableau V: Ratio de liquidité

NOM DES MUTUELLES	Ratio de liquidité en 2004	Ratio de liquidité en 2005	Pourcentage de variation
FAGGU	2,80	2,66	- 5,00
FANDENE	1,85	1,04	- 43,78
LALANE DIASSAP	2,39	1,18	-50,63
SOPPANTE	0,08	0,11	37,50

Les ratios de liquidité de Fandène, Lalane Diassap et Faggu baissent de 2004 à 2005 : 5% pour la MS Faggu, 43,78% pour la MS de Fandène, 50,63% la MS Lalane Diassap mais avec la valeur supérieure à 1 donc elles peuvent faire face à leur engagement à court terme sans recourir à l'emprunt. Mais la mutuelle Soppanté n'arrive pas à honorer à ses engagements avec son ratio largement inférieur à 1 (0,08 et 0,11). La diminution de la variation du ratio dénote d'une grande vulnérabilité des mutuelles c'est à dire qu'elles sont confrontées à des problèmes d'accompagnement. (BIT/STEP/CIRD).

2. *Le ratio de couverture des charges* ou taux de réserve mesure le degré d'autonomie financière de la mutuelle de santé. Il est le rapport entre ses réserves comptables et les charges mensuelles en prestations. Le ratio de couverture des charges (en prestations) ou taux de réserve est obtenu à l'aide de la formule suivante:

$$\text{Taux de réserve} = \frac{\text{Réserves} \times 12 \text{ (en mois)}}{\text{Charges en prestations}}$$

Tableau VI : Variation du taux de réserve (taux de réserve exprimé en mois)

NOM DES MUTUELLES	Nombre de mois de couverture de prestation en 2004	Nombre de mois de couverture de prestation en 2005	Variation en pourcentage
FAGGU	27,3	13,8	- 49,45
FANDENE	12,0	13,3	+ 10,83
LALANE DIASSAP	33,8	16,6	- 50,89
SOPPANTE	8,4	Pas de réserve	

Le taux de réserve (en mois) de Faggu a diminué de 49,45 % de 2004 à 2005 mais il pourra

Analyse des effets du changement du mode de tarification des prestations offertes par l'HSJDD sur les mutuelles de santé de Thiès

couvrir ses dépenses pendant 13,8 mois .Fandène peut couvrir ses dépenses de prestations mensuelles pendant un an et plus d'un an pour l'année 2005 et elle a une augmentation de réserve de 10,83%, tandis que pour Lalane Diassap on a constaté une diminution du taux de couverture des dépenses de 50,89% par rapport en 2004 mais elle pourra assurer plus de 16 mois de ses dépenses. Ces mutuelles aptes à gérer les événements imprévus ont un résultat d'exercice excédentaire. La mutuelle de Soppanté n'a pas de réserve en 2005 son déficit pendant l'exercice en 2005 peut justifier son incapacité de couvrir ses dépenses. Mais cette diminution du taux de réserve signifie une vulnérabilité de la mutuelle à la longue.

3. *Le ratio des cotisations /charge totale* est calculé à partir du montant des cotisations acquises et du montant total des charges de l'exercice

Tableau VII : Variation du ratio des cotisations sur la dépense totale

NOM DES MUTUELLES	2004	2005	Variation en pourcentage
FAGGU	1,40	1,44	+2,86
FANDENE	1,47	1,10	- 25.17
LALANE DIASSAP	1	0,67	- 33
SOPPANTE	0,68	0,33	- 51.47

Le ratio de cotisations sur les dépenses totales permet de juger du niveau de couverture des charges au moyen des cotisations des MS. Pour la MS Faggu et MS Fandène le ratio est supérieur à 1 pendant les deux années c'est-à-dire que les deux mutuelles parviennent à couvrir la totalité de leurs charges d'exercice avec leurs cotisations acquises. La MS Soppanté est largement inférieur à 1 (0,33) donc elle n'arrive pas à couvrir la totalité de ses dépenses et MS Lalane Diassap la couverture est insuffisante (0,67). On a constaté une diminution du ratio de cotisation sur dépense de 2004 à 2005 des trois MS, Fandène 25,17%, Lalane Diassap 33% et Soppanté de l'ordre de 51,47 % qui va entraîner à moyen terme des difficultés à tenir leurs engagements si les autres sources de financement tels que emprunts, fond de garantie, subventions sont limités. MS Faggu seule a une légère hausse de variation du ratio cotisation sur dépense (2,86%).

1.4- Les mutualistes

Tableau VIII : Opinions des mutualistes hospitalisés avant ou après le changement de tarification relatives au remboursement des frais des examens complémentaires à la mutuelle de santé.

		FREQUENCE	POURCENTAGE
Mutualistes avant changement	Normal	16	80
	Anormal	4	20
Mutualistes après changement	Normal	15	75
	Anormal	5	25

Le tableau ci – dessus nous montre que 80% des mutualistes hospitalisés avant le changement trouvent que le remboursement des examens complémentaires est normal et 20% pensent que c'est anormal car ce n'est pas écrit dans le contrat. 75% des hospitalisés après le changement affirment que c'est normal et les 25% disent que ce n'est pas normal car ils n'ont pas d'argent ; ce qui va les obliger à quitter la mutuelle à cause du non remboursement de la dette.

Tableau IX : La satisfaction des adhérents relative aux services rendus par les mutuelles.

		FREQUENCE	POURCENTAGE
Hospitalisés avant le changement	OUI	20	100
	NON	0	0
Hospitalisés après le changement	OUI	20	100
	NON	0	0

Le tableau montre que 100% des bénéficiaires hospitalisés avant ou après le changement de tarification sont satisfaits des services rendus par les mutuelles. Ils sont tous conscients des avantages qu'ils ont eu par l'intermédiaire des mutuelles lors des maladies. Parce qu'ils ne parviendront pas à payer tous les frais de traitement individuellement.

Tableau X : Les raisons de la satisfaction des mutualistes relative aux services des mutuelles

	FREQUENCE	POURCENTAGE
Aide et donne l'opportunité d'accès aux soins	22	55
Accès à HSJDD garantie	7	17,5
Prise en charge / sécurité	7	17,5
Avantage par la réduction du coût de prestation	4	10
Total	40	100

L'analyse de ce tableau montre que 55% des mutualistes disent que la mutuelle les aide et leur donne l'opportunité de se soigner même quand ils sont à cours d'argent s'ils sont à jour de leurs cotisations mensuelles. Pour 17,5% des hospitalisés, la mutuelle permet l'accès à l'HSJDD. 17,5% disent que la prise en charge par la mutuelle leur donne de la sécurité d'être en bonne main et les 10% restants pensent qu'avec la mutuelle ils ont un avantage par la réduction des frais de soins de santé à l'HSJDD.

Tableau XI : La satisfaction des mutualistes par rapport aux prestations offertes par l'HSJDD

		FREQUENCE	POURCENTAGE
Hospitalisés avant le changement	OUI	20	100
	NON	0	0
Hospitalisés après le changement	OUI	19	95
	NON	1	5

Le tableau ci-dessus montre que 100% des mutualistes hospitalisés avant le changement de tarification sont satisfaits des prestations offertes par l'HSJDD. 95% des hospitalisés après le changement sont satisfaits par l'accueil, la prise en charge, la disponibilité des personnels et le soutien moral aux patients. Le traitement reçu est identique à celui dont bénéficient les non mutualistes. 5% sont insatisfaits parce qu'ils ont remarqué l'existence de la demande induite par le prestataire.

Tableau XII : Les solutions préconisées pour la viabilité des mutuelles par les mutualistes

	FREQUENCE	POURCENTAGE
Augmentation de la cotisation	15	37,5
Faire des activités génératrices de revenu	8	20
Sensibilisation des gens à adhérer et à rembourser les dettes	3	7,5
Réduction de tarif des examens complémentaires	5	12,5
Diversifier les prestataires	3	7,5
Demande de subvention de l'Etat	6	15
Total	40	100

37,5% des mutualistes proposent l'augmentation de la cotisation mais en se souciant de l'incapacité de la plupart des adhérents à payer. 20% pensent qu'il faut chercher des activités génératrices de revenu, 7,5% pensent qu'il faut sensibiliser la population à adhérer et à rembourser leur dette. Donc au total 65% des mutualistes trouvent comme solutions au sein des mutuelles c'est-à-dire une réorganisation interne. Tandis que 35% des mutualistes font appel à des solutions externes pour assurer la viabilité de leur MS : 12,5% réclament la réduction des tarifications de l'HSJDD, 15% proposent la demande de la subvention de l'Etat et 7,5% pensent qu'il faut diversifier les prestataires.

Tableau XIII : Préférence des mutualistes entre l'HSJDD et l'HR

	FREQUENCE	POURCENTAGE
HSJDD	15	37,5
HR	12	30
LES DEUX A LA FOIS	13	32,5
TOTAL	40	100

Par rapport à la préférence des mutualistes entre l'HSJDD et l'HR: 37% des mutualistes

préfèrent l'HSJDD à l'HR à cause de l'accueil, de la prise en charge, de la disponibilité des personnels, de la sécurité, de la notion de proximité. Certains ont noté une négligence du côté de l'HR et la longue attente pour les consultations (jusqu'à plus de 4 heures). 30% choisissent l'HR parce que l'Hôpital est moins cher et a été rénové. Il a beaucoup de spécialistes en différentes pathologies. La notion de proximité entre en jeu pour éviter les dépenses de déplacement. 32,5% préfèrent les deux à la fois avec l'HR pour les consultations et les examens complémentaires moins chers avec des spécialistes et l'HSJDD pour l'hospitalisation par sa perfection à l'accueil et la disponibilité du personnel

1.5- Synthèse des résultats

* Le changement du mode de tarification des prestations offertes par l'HSJDD est dû au changement même du statut de l'hôpital qui l'oblige à s'autofinancer.

* Le résultat de l'enquête auprès des mutuelles donne une diminution du taux de couverture des cotisations des quatre mutuelles mais cette diminution est très forte pour Faggu (33,03%) et Soppanté (42,58%). La hausse du coût moyen d'hospitalisation avec les frais des examens complémentaires varie de 23,82% pour Soppanté à 79,81% pour Faggu et la moyenne est de 51,29%. Face à cette augmentation de prestation pour assurer la viabilité de leur mutuelle, les 4 mutuelles (100%) pensent que la négociation avec l'HSJDD en lui demandant un accord de rabais est la meilleure solution, 2 MS sur 4 (50%) envisagent la réassurance comme une solution, 50% proposent la subvention de l'Etat et 50% proposent la diversification des prestataires.

La variation des indicateurs financiers tend vers la baisse pour toutes les mutuelles :

- le ratio de liquidité des trois mutuelles est supérieur à 1 c'est-à-dire elles arrivent à payer à temps leurs fournisseurs de soins. La MS Soppanté n'est plus crédible avec 0,08 et 0,11 de ratio de liquidité. La viabilité de toutes les mutuelles sera menacée par la baisse de la variation de ratio de liquidité à long terme.

- le taux de réserve des trois mutuelles est satisfaisant c'est-à-dire elles pourront couvrir leurs dépenses pendant un an à 16,8 mois tandis que La MS Soppanté est incapable de couvrir ses dépenses ceci est justifié par le non paiement des factures de l'HSJDD. La diminution de la variation du taux de réserve de Faggu et Lalane Diassap les rendra vulnérables aussi.

- le ratio de cotisation sur dépense de Faggu et Fandène est supérieur à 1, elles peuvent couvrir la totalité de leur dépense par leur cotisation. Les MS Lalane Diassap (0,67) et Soppanté (0,33) n'arrivent pas à couvrir leur dépense par leur cotisation. Mais la diminution

de la variation du taux de cotisation sur dépense des trois MS Fandène (25,17%) , Lalane Diassap (35,58%) et Soppanté (51,47%) entraîne à la longue des difficultés à tenir leurs engagements, la MS Faggu a une légère hausse de 2,86% .

La MS Soppanté est très en difficulté et sa viabilité est menacée par le résultat de toutes les variables que nous avons analysé. Cette diminution des ratios au sein des MS est le reflet du changement de tarification de l'HSJDD.

*Le résultat de l'enquête auprès des mutualistes relatif au remboursement des frais des examens complémentaires aux mutuelles, pour voir si c'est normal ou non, montre que 80% des bénéficiaires hospitalisés avant l'application du changement de tarification le trouvent normal. Les 20% disent que ce n'est pas normal car il n'y a pas d'article concernant ce remboursement dans le contrat. Les 75% hospitalisés après la nouvelle grille tarifaire disent aussi que c'est normal de rembourser les frais des examens complémentaire pour éviter la faillite des mutuelles. Les 25% réclament que c'est anormal, ce qui va les obliger à quitter la mutuelle pour non remboursement de la dette.

Face au coût élevé de prestation de l'HSJDD , la demande de l'opinion des mutualistes pour assurer la viabilité des mutuelles donne : 37,5% des mutualistes proposent l'augmentation des cotisations, 20% pensent à des activités génératrices du revenu, 15% demandent la subvention de l'Etat, 12,5% souhaitent l'accord de réduction des frais des examens complémentaires par l'HSJDD, 7,5% proposent le renforcement de la sensibilisation de la population à affilier à la mutuelles et le remboursement de la dette, 7,5% pensent à la diversification des prestataires pour éviter le monopole des fournisseurs de soins.

Par rapport à la préférence des mutualistes entre l'HSJDD et l'Hôpital régional : 37% des mutualistes préfèrent l'HSJDD à l'HR à cause de l'accueil, de la prise en charge des malades, de la disponibilité des personnels, de la sécurité, de la notion de proximité. Certains ont noté une négligence du côté de l'HR, beaucoup de temps perdu lors des consultations à l'HR. 30% choisissent l'HR parce que l'Hôpital est moins cher et a été rénové. Il a beaucoup de spécialistes sur différentes disciplines. La notion de proximité entre en jeu pour éviter les dépenses de déplacement. 32,5% préfèrent les deux à la fois avec l'HR pour les consultations et les examens complémentaires moins chers avec des spécialistes et l'HSJDD pour l'hospitalisation par sa perfection à l'accueil et la disponibilité de son personnel.

100% des mutualistes enquêtés sont satisfaits des services rendus par les mutuelles et les prestations offertes par l'HSJDD. Les mutualistes sont conscients de l'utilité de la mutuelle. D'après l'étude de I. Diallo (2000), 43,3% des personnes enquêtées ont adhéré aux mutuelles

Analyse des effets du changement du mode de tarification des prestations offertes par l'HSJDD sur les mutuelles de santé de Thiès

parce qu'elles sont convaincues des avantages liés à la mutuelle. Celle-ci leur donne l'opportunité d'accéder aux soins de qualité.

Vu l'indisponibilité de tous les mutualistes à augmenter la cotisation, la meilleure solution est d'avoir deux prestataires et de donner aux mutualistes le choix de leur prestataire pour l'hospitalisation. La consultation ne pose pas de problème car les mutualistes peuvent choisir de payer un prix moins cher à l'HR ou à l'HSJDD en bénéficiant d'une réduction de 50%. Mais à prix assez élevé dans les deux cas, il n'y aura pas de remboursement de la part des mutuelles.

La CRMST a signée une convention cadre avec l'HR pour les MS qui désirent y accéder. Mais cherche toujours un consensus adapté aux MS et à l'HSJD.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE 2 : DISCUSSION

Dans cette partie les résultats de l'étude sont discutés à partir des hypothèses

- Le changement de tarification entraîne le non paiement des factures émises par le prestataire.

Les indicateurs financiers montrent une tendance vers la baisse pour toutes les mutuelles mais elles arrivent encore à couvrir leurs dépenses pendant plus d'une année sauf la MS Soppanté qui n'a plus de réserve pendant l'exercice 2005. Elle n'a pas pu couvrir même ses prestations à l'HSJDD et elle a aussi treize postes de santé à gérer. Son taux de couverture de cotisation est faible (23,45%). La diminution du nombre des bénéficiaires à jour par rapport à 2004 est très important 42,71%. La hausse du coût de prestation est de 23,82% inférieur à la moyenne 51,29%. Elle a été suspendue pour non paiement des prestations de ses adhérents et a décidé de changer de prestataire en signant la convention de la CRMST avec l'HR.

Les MS Lalane Diassap et Fandène restent toujours fidèles à l'HSJDD parce que leurs bénéficiaires préfèrent l'HSJDD. Malgré sa suspension pour non paiement des factures la MS Lalane Diassap arrive à négocier avec l'HSJDD. D'après ces résultats (baisse de tous les indicateurs financiers par rapport à l'année 2004) notre hypothèse a été vérifiée.

Parce que la MS Fandène est la première mutuelle de santé de la région de Thiès, elle a de l'expérience par son ancienneté et ses mutualistes qui sont conscients de la nécessité de la mutuelle ceci est justifié par son taux de recouvrement de cotisation à 85% et son taux de pénétration à 87%, elle arrive à maîtriser la situation.

Donc les MS n'arrivent pas à honorer leurs engagements dès qu'il existe une augmentation élevée de tarification des prestations.

Tout faible taux de couverture de cotisation est suicidaire pour les MS (A. FALL 2001).

- Le nouveau mode de tarification entraîne la résiliation des conventions des mutuelles.

La mutuelle Faggu a eu des ratios financiers en baisse mais elle peut couvrir ses engagements immédiats, son ratio de liquidité est très satisfaisant à 2,6 mais à cause de la hausse exorbitante de ses factures (79,81%). Après la rigidité de l'HSJDD sur la négociation, elle a décidé de changer de prestataire et a signé une convention avec l'HR. Par ailleurs certains responsables des mutuelles disent que leurs bénéficiaires se plaignent de prescriptions frauduleuses car les patients n'ont pas fait d'exams alors que plusieurs analyses ont été facturées aux mutuelles. Ils se plaignent aussi de la demande induite comme la fréquence des

opérations césariennes qui coûtent chères. Nous ne pouvons pas confirmer la véracité de ces plaintes car seuls les médecins peuvent juger de la nécessité de ces demandes face au problème de santé présenté par le malade. L'existence de contrôle des prestations permettrait de résoudre ce problème or les mutuelles n'en font pas. La MS Faggu voudra encore négocier avec l'HSJDD pour lui demander une réduction parce que ses adhérents sont habitués aux prestations de l'HSJDD. La MS Lalane Diassap n'a pas pu couvrir ses dépenses car son ratio de cotisation sur dépense est très bas (0,67). Pour la MS Soppanté tous les indicateurs sont au dessous de la norme et sa chance de survivre est très faible.

La deuxième hypothèse est vérifiée par la suspension des MS : Lalane Diassap, Faggu et Soppanté en juin 2006.

Face à cette situation quelles solutions allons nous proposer pour assurer la viabilité des mutuelles de santé de Thiès ?

* L'augmentation de cotisation pose problème parce que la plupart des mutualistes ne sont pas disposés à payer une augmentation. Elle risque d'entraîner la démission d'un assez grand nombre des adhérents et elle va entraîner un impact négatif sur la viabilité de la mutuelle donc ceci n'est pas une bonne solution. Et toutes les mutuelles évitent cette solution sauf la MS Faggu.

* L'appel à l'Etat pourrait être une solution parce que l'HSJDD, 50% des mutuelles et 15% des mutualistes le proposent. La subvention de l'Etat s'avère nécessaire vu la faiblesse du montant mensuel de cotisation et le coût élevé de prestation de l'HSJDD. Mais une question mérite d'être posée « l'Etat va-t-il subventionner les mutuelles ou les prestataires pour résoudre ce problème ? » Parce que si l'Etat subventionne les mutuelles, beaucoup de mutuelles pourront être créées sans passer par l'étude de faisabilité. Si l'Etat subventionne l'HSJDD, il pourra diminuer la tarification et d'autres mutuelles pourront y accéder. Mais si l'Etat est disposé à prendre en charge les cotisations des indigents pour sa contribution aux mutuelles ce serait une autre solution.

* La diversification des prestataires est une bonne solution car elle évite le monopole des fournisseurs de soins et donne la liberté du choix des bénéficiaires sur les prestataires. Le résultat de l'enquête nous donne la préférence des bénéficiaires à l'HR pour les consultations par son coût abordable, ses spécialistes en diverses disciplines et l'HSJDD pour

Analyse des effets du changement du mode de tarification des prestations offertes par l'HSJDD sur les mutuelles de santé de Thiès

l'hospitalisation par sa perfection à l'accueil, la disponibilité du personnel et son soutien moral.

*Le système de réassurance peut aider les MS face à des problèmes pareils par la répartition des risques parce que un système de réassurance peut constituer le lien entre les moyens centralisés (pouvoirs publics, bailleurs de fonds, ...) et les moyens locaux. Au lieu de subventionner des initiatives locales, les pouvoirs publics ou une ONG peuvent prendre en charge la prime de réassurance et favoriser ainsi l'autonomie financière des MS.

* Le renforcement de la sensibilisation de la population à affilier à la mutuelle et à rembourser les dettes est une solution pour la viabilité de la mutuelle par l'augmentation du taux de pénétration et l'augmentation des recettes.

* Les activités génératrices de revenu pourront aider les mutuelles, presque tous les bénéficiaires interrogés sont disposés à participer mais le problème est l'absence de fond de démarrage, donc il faut chercher des partenaires et avec le micro crédit du GRAIM il faut faire un bon suivi de la gestion.

* La recherche de partenaires comme les ONG s'avère nécessaire pour les mutuelles et l'HSJDD.

Le plus souhaitable est le consensus entre l'HSJDD, le GRAIM et la CRMST qui représentent les MS de Thiès parce que les conséquences du changement de tarification n'épargnent pas l'HSJDD vu la diminution de son chiffre d'affaire avec les MS (comme la révision de la hausse de tarification des prestations de l'HSJDD et l'appui du GRAIM et la CRMST à la demande de subvention de l'Etat par l'HSJDD)

- Le remboursement des frais des examens complémentaires entraîne la démission des adhérents à la mutuelle.

Nous avons constaté dans les résultats de l'étude une diminution du nombre des adhérents à jour de leur cotisation en 2005 sur toutes les mutuelles .Mais nous ne disposons pas d'informations suffisantes pour confirmer ou infirmer notre troisième hypothèse. En effet, divers facteurs sont susceptibles d'expliquer le fait que certains mutualistes ne soient pas à jour de leurs cotisations et ceci mérite de faire une étude de recherche pour savoir les causes

surtout pour la MS Soppanté où le taux de couverture de cotisation en 2005 est très faible 23,45%. Il existe aussi le problème économique du ménage évoqué par les mutualistes. Mais pour Faggu cette diminution est probablement due à l'augmentation du montant de la cotisation par chef de famille de 2000 FCFA à 3000 FCFA par trimestre parce que la prise en charge des examens complémentaires est à la charge à 100% de FAGGU et de l'IPRES. Les bénéficiaires n'ont donc pas de dette envers la mutuelle. Ceci est justifié par son faible taux de couverture de cotisation à 33,03%.

Par contre la question posée, aux mutualistes hospitalisés avant ou après le changement de tarification des prestations de l'HSJDD, relative au remboursement des frais de examens complémentaires si c'est normal ou non ? 80% hospitalisés avant et 75% hospitalisés après changement du tarif ont répondu que le remboursement des frais des examens complémentaires aux mutuelles est normal. Mais les 25% disent que ce n'est pas normal et ce remboursement les oblige à quitter les mutuelles par non remboursement de leur dette.

D'où la confirmation de notre dernière hypothèse par les 25% des mutualistes qui ont vécu le nouveau mode de tarification.

CHAPITRE 3 : RECOMMANDATIONS

3.1 A l'endroit des responsables des mutuelles

- Contrôler les prestations des prestataires afin d'éviter les prescriptions de complaisances donc il faudra vérifier les clichés radiologiques au nom des bénéficiaires et les résultats des autres examens complémentaires avant de payer les factures (mettre à la contribution les services d'un médecin conseil)
- Eduquer les mutualistes à avoir de la patience à l'attente de leur tour au cours des consultations à l'HR qui est un centre de référence.
- Renforcer et continuer la sensibilisation pour augmenter le taux de pénétration des adhérents.
- Développer les relations de contractualisation avec les prestataires
- Chercher une stratégie pour pouvoir payer un gérant à chaque mutuelle afin qu'il puisse consacrer son temps à la mutuelle car les résultats de bénévolat n'est pas très efficace ni fiable au sein d'une mutuelle

3.2 A l'endroit des prestataires

- Adopter des prescriptions rationnelles pour éviter les prescriptions de complaisance
- Organiser une table ronde avec les mutuelles, le GRAIM et la CRMST pour résoudre les problèmes communs car l'apport des mutuelles n'est pas négligeable.
- Chercher des partenaires pour l'extension du panier de prestations et la construction de nouveaux services

3.3. A l'endroit de l'Etat

- Créer un fonds d'appui à la promotion des mutuelles ;
- Subventionner l'HSJDD pour qu'il puisse réduire la tarification des mutuelles car les

Analyse des effets du changement du mode de tarification des prestations offertes par l'HSJDD sur les mutuelles de santé de Thiès

pauvres soient intégrés au sein des mutuelles en partenariat avec lui, et qui bénéficient la réduction de 50%.

- Améliorer la qualité des soins dans le secteur public
- Assurer le suivi, l'évaluation et la recherche au niveau des mutuelles.

3.4 A l'endroit des bénéficiaires

- a. Adapter à différents prestataires pour pouvoir rationaliser les services de la mutuelle.
- b. Etre à jour pour les cotisations.

3.5 A l'endroit du GRAIM

- Renforcer la formation des mutuelles sur la tenue des outils de gestion
- Créer un poste de contrôleur des prestations des prestataires pour éviter les négligences, les prescriptions de complaisance des fournisseurs de soins et la discrimination avec les non mutualistes.
- Chercher des micro crédits aux mutuelles
- Aider les mutuelles au suivi du micro crédit

CONCLUSION

Dans de nombreux pays d'Afrique, les populations dans le secteur informel et en zone rurale ne disposent pas de protection sociale répondant à leurs besoins de santé. ainsi exposés. elles ne pouvaient compter que sur elles-mêmes. Elles se sont organisées et créent des mutuelles de santé. pour partager leurs risques maladies, qui constituent par la suite une alternative intéressante pour faire face aux problèmes de financement des soins de santé. Quarante deux mutuelles de santé sont fonctionnelles à Thiès dont vingt et une ont signé une convention de prestation avec l'HSJDD. Mais au début de l'année 2005 un changement de tarification a été appliqué par l'HSJDD sur les mutuelles.

Analyse des effets du changement du mode de tarification des prestations offertes par l'HSJDD sur les mutuelles de santé de Thiès

Quelles sont les conséquences de ce mode de tarification des prestations de l'HSJDD sur mutuelles de santé de Thiès ?

Les résultats de l'étude ont montré :

- une baisse des indicateurs financiers de toutes les mutuelles de santé
- une diminution des nombres des bénéficiaires à jour de leur cotisation par rapport à l'année précédente
- une baisse du taux de recouvrement de cotisation.

Par conséquent, sept mutuelles parmi les vingt et une ont été suspendues pour non paiement des factures. La viabilité de la MS Soppanté est menacée par la faiblesse de tous les indicateurs. La CRMST a signé une convention cadre pour les mutuelles de Thiès mais certaines mutuelles hésitent à changer ou à diversifier de prestataires

Pour résoudre ce problème l'HSJDD, 50% des mutuelles et les bénéficiaires réclament la subvention de l'Etat. La diversification des prestataires peut améliorer la situation par la liberté de choix des bénéficiaires. On peut penser aussi à la création d'un système de réassurance.

Malgré tout les mutuelles de santé de Thiès et l'HSJDD gardent toujours leur crédibilité vis-à-vis des mutualistes qui ont été hospitalisés parce qu'ils sont satisfaits d'eux en reconnaissance de leurs avantages.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. ADAMS Mia, La mutuelle de santé solidaire ; une alternative de sécurisation des populations pauvres contre les aléas sanitaires, **avril 2006**.
2. AGBODJAN T. D. : Le droit à la santé en Afrique subsaharienne vers des soins communautaires et /ou une assurance maladie?
3. ANMC/BIT-ACOPAM/WSM, Solidarité Mondiale, Mutuelles de santé en Afrique. Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants, Dakar, 1996
4. ATIM B. C., Diop P.F., Ette J., Evrard D., Marca dent P., Massiot N. Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du centre, résumé de la synthèse des études de cas. mai 98 Rapport technique n° 19
5. AUDIBERT M., de Roodenbeke E., Letourmy A., Mathonnat J. l Utilisation des services de santé en Afrique: l'approche communautaire en termes d'offre de soins est-elle une réponse ? Communication présentée au Développement durable et santé dans les pays du sud Lyon, 3 décembre 2004 P. 22
6. AUDIBERT M., de Roodenbeke E., Letourmy A.P., TRAORE I.S. Utilisation des services de santé au Mali: Analyse de la situation et perspectives . Département du développement humain, Région d'Afrique banque Mondiale Avril 2005 p: 128
7. BENNETT S., PhD, Kelley A. G., MA et Silvers B., MA; Gadhia R., MPH, et Salamata Ly Septembre 2004,: Un aperçu du financement communautaire de la santé p:20
8. BIT/CIDR 2001 Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro assurance santé Bureau international du Travail Tome I et II p 116 - 116
9. BIT - STEP (2003) Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique Genève p: 269
10. BIT -STEP 2000 Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique P. 67
11. CARRIN G. Régimes d'assurance - maladie communautaires dans les pays en développement: faits, problèmes et perspectives World Health Organization GENEVA 2003 p: 46
12. CISSE DG Sosar Sénégal Mutualité Diversité Culturelle Et Développement Cas Du Sénégal
13. CRIEL B. et Al. " The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its impact on hospital utilization patterns", (Department of Public health, Institute of tropical Medecine, nationalestraat; 155, Antwerp, Belgium, 199)
14. Colloque International Conference Financement des systèmes de santé dans les pays a faible revenu d'Afrique et d'Asie 30 Novembre - 1er Décembre 2000
15. DAFF Bocar Mamadou : Etude sur les capacités des mutuelles de santé du Sénégal à assurer une meilleure accessibilité financière aux soins mémoire DSES CESAG DAKAR 2000

16. DESTREMAU B., LETOURMY A. Symposium international sur la protection sociale et la solidarité dans les pays en voie de développement, Turin 2003 (CNRS/CERMES)
17. DEVELTERE P. DOYEN G. et FONTENEAU B. : Micro assurance et soins de Santé dans le Tiers Monde au-delà des frontières, série Horizon , juin 2004 p : 54
18. de KERVAASDOUE J. Lieux communs et idées fausses en politique de santé (ou quelques raisons d'échecs répétés des velléités de transformation de notre système de santé au club perspective Public, Privé le 15 février 2000 dekervas@cnam.fr
19. de ROODENBEKE E. Financement de la santé : efficience, solidarité et lutte contre la pauvreté extrait de Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, sous la direction de Martine Audibert, Jacky Mathonnat et Eric de Roodenbeke, éditions Karthala, septembre 2003
20. DIALLO I., ISED/UCAD et ZEF : Impact des mutuelles de santé sur l'accessibilité des populations aux soins de santé modernes dans la région de Thiès, au Sénégal juillet 2000
21. DIOP Idrissa , Pierre FOURNIER, Anna KONÉ, Slim HADDAD Performance des mutuelles communautaires au Sénégal : le rôle de l'offre de soins CERDI 2ème Colloque international« Financement de la santé dans les pays en développement »Clermont Ferrand, France, 1-2 décembre 2005
22. DRECHSLER D. et JUTTING Johannes(2005) « L'assurance maladie privée dans pays en développement – une solution pour les pauvres ? » reperes N°11 OCDE 2005
www.ocde.org/dev/reperes
23. DROR D., spécialiste senior en Assurance maladie,BIT Suisse: Vers une protection sociale obligatoire est-t-elle la solution à l'universalité? Conférence internationale de l'AIM
24. FALL A. Contribution à l'étude de viabilité des mutuelles de santé à assurer le financement de la demande au Sénégal DSES CESAG 2001
25. GOTZ H., JURGEN H.,KIRSTEN R. Mutuelle de Santé cinq (5) années d'expérience mutualiste en Afrique de l'ouest Débats, controverses et Solutions proposées, GTZ (2003)
26. ICOSI /Les mutuelles de santé en Afrique dossier-afrdoc cahier N° 5, 06-2000 p: 46
www.icosi.org/publications/cahiers.php
27. JORS, 5-7-2003, 6110 ; 675-677 Loi n°2003-14 du 4 juin 2003 relative aux mutuelles de santé
28. JUTTING Johannes, TINE Justin Système micro assurance et état de santé dans les pays en voie de développement, une analyse empirique de l'impact des mutuelles de santé en milieu rural sénégalais. 2000, p : 62
29. LETOURMY A. (CERMES, CNRS État et assurance maladie dans les pays africains. Communication aux XXVIème Journées des Économistes français de la santé CERDI, Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003
30. LETOURMY A., LETOURMY A.P.: La micro assurance de santé dans les pays à faible revenu. Notes et Documents N° 26 Décembre 2005 p : 173

31. MASSIOT N.: Inventaire des mutuelles de santé, un travail de recherche dans 11 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre BIT/ACOPAM/Dakar 1997
32. MASSIOT, N. 1997. "Contribution actuelle et potentielle des Mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé. Dakar : Sénégal" USAID/PHR,BIT/ACOPAM,ANMCWSM, avril 1998
33. MEMEOUAN Marina Edith Yo : Etude de facteurs favorisant la viabilité des mutuelles de santé dans la couverture de gros risques dans la région de Thiès DSES CESAG 2003
34. MILLER L.Franco, PhD University Research Co., LLC, Cheikh Mbengue, MA Abt Associates Inc. Chris Atim, PhD Consultant, Abt Associates Inc. La Participation Sociale dans le Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal Novembre 2004 P. 53
35. MINISTERE DE LA SANTE (Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé): Mutuelles de santé au Rwanda, Kigali, mars 2006
36. MINISTERE DE LA SANTE du Sénégal: Plan Stratégique de Développement des Mutuelles de Santé au Sénégal Juillet 2004 P.79
37. MOUNKIAILA Idrissa : Contribution à l'analyse des stratégies de développement des mutuelles de santé communautaires: exemple des mutuelles de santé de la région de Thiès DSES CESAG 2004-2005
38. NDYAI P. Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts Juin 2006 p:37
39. Organisation Internationale du Travail « Micro assurance santé : Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique », 2002
40. Organisation Mondiale de la Santé. 2001. Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique. Rapport de la Commission de Macroéconomie et de Santé. Genève.
41. OUATTARA O. L'assurance maladie sociale dans les pays francophones d'Afrique au Sud du Sahara Situation et reforme en cours
42. OUENDO *et al.*, « Équité dans l'application de l'Initiative de Bamako : situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution», *in* M. Audibert, J. Mathonnat et E. de Roodenbeke (dir.), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Karthala, 2003, p. 119-129
43. VILANE C. Juin 2006 Etude sur le rôle des Mutuelles de Santé au Sénégal Research Matters
44. WADE A. du GRAIM Objectif santé et mutualisation Traversées
45. WAEKENS M.P., CRIEL B., Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub Saharienne: Etat des lieux et réflexions sur Agenda de Recherche, mars 2004

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES DES MUTUELLES SUR L'EFFET DU CHANGEMENT DE TARIFICATION DE L'HSJDD SUR LES MUTUELLES DE SANTÉ DE THIES

- 1- Date de création de la mutuelle :/____/____/____/
- 2- Quel est l'effectif de la population cible de la mutuelle...../_____/
- 3- Quel est le montant de cotisation mensuelle ? /_____/
- 4- Quels sont les prestataires et prestations que la mutuelle offre ?

Type de prestataire	Nombre	Prestations	Quote part	Type de convention
Poste de santé		Consultation SSP Prescription Prévention		-protocole -agreement -contrat convention autres
Centre de santé		Consultation SSP Prescription Prévention		-protocole -agreement -contrat convention autres
Hôpital		Consultation prescription hospitalisation chirurgie examen de labo Radio Soins spécialisés		-protocole -agreement -contrat convention autres

6- Quelle mesure prenez vous lors du changement de tarification des prestations de l'HSJDD ?

7- Quelles solutions préconisez vous pour assurer la viabilité de la MS ?

8- Qui contrôle les prestations des prestataires ?

9- Pouvez vous nous montrer vos outils de gestion ?

Liste des outils utilisés par les mutuelles

1. Registre des adhérents
2. Registre des membres
3. Livre de caisse (cotisation)
4. Livre de compte
5. Lettre de garantie

QUESTIONNAIRE DESTINES AUX ADHERENTS SUR L'EFFET DU CHANGEMENT DE TARIFICATION DE L'HSJDD SUR LES MUTUELLES DE SANTE DE THIES

1- Nom :

2- Quel est le montant de cotisation mensuelle au niveau de la mutuelle ?

/ _____ /

3- Etes vous à jour ?

4- Si non pourquoi ?

5- Avez-vous utilisé les services de la mutuelle durant le 1^{er} Janvier 2004 au 31 décembre 2005? Cochez la bonne réponse

(1) Oui / ___ / (2) Non / ___ / Année :

6- Si oui Combien de fois ?

7- Etes vous satisfaits des services de la mutuelle ? Cochez la bonne réponse

(1) Oui / ___ / (2) Non / ___ /

8- Pourquoi ?

9- Comment trouvez vous le remboursement des frais d'examen complémentaire à la MS ? (1) Normal / ___ / (2) Anormal / ___ /

10- Quelles solutions proposez vous pour assurer la viabilité des activités des mutuelles ?

11- Etes vous satisfaits des prestations de l'HSJDD ? Cochez la bonne réponse

(1) Oui / ___ / (2) Non / ___ /

12- Pourquoi ?

13- Lequel des deux hôpitaux préférez vous ? Pourquoi ?

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES DE L'HOPITAL SAINT JEAN DE DIEU SUR L'EFFET DU CHANGEMENT DE TARIFICATION DE L'HSJDD SUR LES MUTUELLES DE SANTE DE THIES

- 1- Quelles sont les prestations que vous donnez aux mutuelles ?
- 2- Combien de mutuelles de santé ont signé une convention avec vous ?
- 3- Quels sont les avantages des mutuelles en convention avec vous ?
- 4- Pourquoi avez-vous décidé de changer le mode de tarification de façon unilatérale ?
- 5- En tant que promoteur et initiateur du développement des mutuelles de santé ce nouvel mode de tarification aura-t-il des effets sur les mutuelles ?
- 6- Quelles solutions préconisez vous pour la viabilité des MS en convention avec vous ?

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES COORDINATIONS REGIONALES ET LE GRAIM SUR LES EFFETS DU CHANGEMENT E TARIFICATION DE L 'HSJDD SUR LES MUTUELLES DE THIES

- 1- En tant que structure de coordination des mutuelles, pouvez vous résumer les actions que vous développez à l'endroit de celles-ci ?
- 2- En janvier 2005 il y avait un changement de tarification décidé et appliqué de façon unilatérale par l'hôpital Saint Jean de Dieu, Quelles mesures aviez vous pris?
- 3- Pour assurer la viabilité des mutuelles de santé de Thiès en partenariat avec l'HSJDD quelles solutions préconisez vous ?

ENTRE

HÔPITAL SAINT JEAN DE DIEU

Quartier Diakhao Thialy

B.P 43A THIES

Tél 951.19.41 / 951.18.96

== Fax 951.18.43 ==

E-mail juliansapina@metissacana.sn

Représenté par le Directeur Général, , en vertu du pouvoir délégué qu'il a reçu du Conseil d'Administration.

ET

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (.....) dont le siège social est fixé à XXX, représentée par son Président, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, en vertu de la délégation que lui a octroyée le Conseil d'Administration.

CONVENTION de PRESTATIONS de SERVICE

Article 1 : Objet

L'Hôpital Saint Jean de Dieu s'engage à

♣♣ Réserver un accueil chaleureux à tous les victimes des accidents de la circulation dont les auteurs ne sont pas assurés et insolubles ou inconnus.

♣♣ Identifier les clients dans une telle situation, avant toute intervention.

♣♣ Prendre en charge tous les malades concernés par une telle éventualité en demandant au besoin aux parents de faire remplir la fiche de déclaration de sinistre par l'autorité compétente, le fournissant par la suite, avec le constat de gendarmerie nationale ou de police nationale,

➡ une lettre de garantie,

- ➔ une carte d'identification,
- ➔ une attestation de prise en charge.

Un modèle et un specimen de ces documents d'accompagnement devront être au préalable déposés à la Direction Financière et Comptable de l'Hôpital Saint Jean de Dieu, avec un exemple des signatures des ayant-droits.

Article 2 : Prestations de service

Elles concernent certains couloirs de nos services vendus

- ☛ les consultations
- ☛ les analyses externes, internes et soustraitées
- ☛ les actes chirurgicaux
- ☛ la radiographie
- ☛ les hospitalisations
- ☛ les médicaments
- ☛ les accouchements simples ou dystociques
- ☛ les frais d'évacuation vers des structures de référence

Article 3 : Tarifs préférentiels

L'Hôpital Saint Jean de Dieu ne consent au xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx aucune réduction sur les prestations de service sauf exception.

Article 4 : Envoi des factures

Chaque mois, l'Hôpital Saint Jean de Dieu envoie au les factures afférentes aux prestations de soins médicaux effectués au compte des victimes des accidents de la circulation. Le canal choisi de ces envois sont la poste ou le dépôt du courrier avec décharge.

Article 5 : Règlement régulier des factures

Tel que mentionné dans les conditions de règlement au bas de chaque facture, le délai de trente (30) jours, à compter de la date de facturation, est requis pour procéder au règlement des différentes factures de la part du A défaut le cachet de la poste et la date de signature de la décharge font foi pour le début du délai accordé en vue du paiement régulier des factures.

Deux (2) modes de paiement sont retenus :

♣♣ en numéraire

♣♣ en chèque.

Article 6 : Report de paiement mensuel

Le report d'échéance relatif au paiement des factures fait l'objet d'un accord parties, les difficultés de trésorerie du ayant été portées à la connaissance de la Direction Comptable et Financière de l'Hôpital Saint Jean de Dieu, quinze (15) jours auparavant.

Article 7 : Cumul de factures non payées

Le cumul des factures non payées entraîne au bout d'un trimestre la suspension de la présente convention, le ayant pris la décision unilatérale de son non respect.

Article 8 : Résiliation de la Convention

Le défaut de règlement des factures sur une période de trois (3) mois d'affilée équivaut à la résiliation de la présente convention, de manière unilatérale de la part du et sans tenir compte du délai de préavis stipulé dans les dispositions de l'article 10 ci-dessous.

Article 9 : Date d'effet

La présente convention prend effet dès sa date de signature par les deux parties, pour une durée de deux (2) ans renouvelable par écrit.

L'Hôpital Saint Jean de Dieu ne débutera toutefois ses prestations que suite au versement intégral de la Caution Mutuelle fixée à cinq cent mille francs (500.000 F CFA), à moins que cette garantie ne fasse l'objet d'un autre consentement mutuel sur des clauses précises comme un versement à température, l'arrêté d'un autre montant pour la caution.

Article 10 : Terme et Révision de la Convention

Chaque partie signataire peut prendre l'initiative de mettre fin à la présente convention après avoir manifesté son intention par lettre recommandée

avec accusé de réception et adressée à l'autre partie, trois (3) mois avant la date effective de la résiliation.

Par ailleurs, chacune des parties contractuelles peut appeler à la table de la révision des clauses de la présente convention en prenant le soin d'en informer l'autre partie, par écrit et au moins un mois à l'avance.

Article 11 : Rencontre d'évaluation

La Direction Générale ainsi que la Direction Financière et Comptable en rapport avec elle, initiera des rencontres d'évaluation pour une meilleure prise en charge des préoccupations des deux parties. La même latitude d'entreprise est laissée au La période, la date et le lieu de rencontre feront l'objet d'une entente des deux parties.

Article 12 : Procédure du Contentieux

Tout différend entre les deux parties sera réglé à l'amiable. Dans le cas contraire, le Tribunal Régional de Thiès restera le domicile convenu des deux parties.



Fait à Thiès, le 200.....

Pour le
Le Président du Conseil d'Administration

Pour l'Hôpital Saint Jean de Dieu
Le Directeur Général

Ampliations :

- 1 exemple pour la D.G
- 1 exemple pour la D.C.F
- 2 exemples pour le XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**COORDINATION
REGIONALE DES
MUTUELLES DE SANTE
DE THIES (CRMST)
Av L S Senghor BP 3055
Tél 951 47 69**

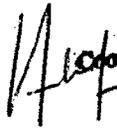
CONVENTION DE PRESTATIONS

Thiès le **14** **JULI**, 2006

Le **DIRECTEUR** DU CENTRE



Le **PCA** DE LA CRMST


Coordination Régionale
des Mutuelles
de Santé de Thiès
Le Président
André Demba WADE

GENERALITES

Entre

Et le Centre Hospitalier Elhadj Ahmadou Sakhir Ndiéguène représenté par son Directeur Monsieur Victor SAGNA

Et

La Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès, représentée par le Président de son Conseil d'Administration, Mr André Demba WADE

Il a été signé la présente Convention de prestations de services obéissant aux clauses et conditions ci-dessous stipulées.

ENGAGEMENTS

Article 1^{er} : La Direction de l'hôpital s'engage :

- A accueillir les patients mutualistes
- A les orienter dans les services indiqués
- A identifier avant traitement ces malades comme étant
 - Bénéficiaires de la mutuelle au moyen de la photo figurant au livret d'adhérent
 - A jour de la cotisation mensuelle au moyen de la fiche de cotisation figurant dans le livret, carte ou de l'attestation
- A assurer aux malades des soins de qualité (privilégier la prescription des médicaments génériques)
- A fournir aux mutualistes les médicaments génériques prescrits par les médecins
- A héberger, en cas d'hospitalisation, les mutualistes dans des salles propres, aérées, équipées et sereines
- A donner des conseils de santé préventive notamment de santé de la reproduction à tout patient mutualiste

Article 2 : Le Conseil d'administration de la CRMST s'engage :

- A verser dans les caisses de l'hôpital préalablement à la signature de la convention une caution de francs quatre millions (4 000.000) laquelle ne sera remboursée qu'en cas de résiliation de la convention
- A déposer la liste des mutuelles couvertes

- A respecter les délais de paiements des factures
- A promouvoir chez les mutualistes des comportements citoyens dans le but de participer à l'amélioration du cadre de vie au sein du centre

Article 3 : Les prestations, objet de la présente convention concernent:

- Les soins externes (radio, analyses, etc)
- Les hospitalisations en
 - 3^{ème} catégorie et
 - 2^{ème} Catégorie
- Les médicaments génériques
- Les actes en chirurgie, maternité, dermatologie, ORL, ophtalmologie et service dentaire
- Les examens complémentaires en internes (radios analyses etc.....)

Alinéa 1 : les mutualistes qui souhaitent une hospitalisation en première catégorie sont tenus de verser dans les caisses du CHRT le différentiel.

FACTURATION

Article 4 :

La facturation est effectuée selon le tableau suivant :

PRESTATIONS	QUOTE PART CRMST	QUOTE PART ADHERANT
SOINS EXTERNES	40%	60%
ACTES OPERATOIRES	40%	60%
HOSPITALISATION	10 JOURS	11eme jour et plus
MEDICAMENTS GENERIQUES (70%	30%
MATERNITE	60%	40%
PRESTATIONS INTERNES	40%	60%

- Les soins externes : la coordination contribue pour 40% (montant facturé) et l'adhérent paie les 60% à la caisse ; les consultations étant exclues des soins externes, seront donc à la charge de l'adhérent.

- Les actes opératoires : même procédure : 40% à facturer à la coordination et 60% à payer par l'adhérent.
- Les hospitalisations : la CRMST prend en charge l'adhérent pour dix (10) jours d'hospitalisation ; (à partir du 11eme jour l'adhérent se prend en charge)
- Les médicaments génériques disponibles sont facturés à hauteur de 70% pour la coordination et l'adhérent paie les 30% à la caisse.
- La maternité : les prestations de la maternité (sauf les consultations) sont facturées à la coordination pour 60% et les 40% sont payée par l'adhérent.
- les prestations en internes : en cas d'hospitalisation, les examens complémentaires sont facturés pour 40% à la coordination et l'adhérent paie sur place les 60%

TARIFICATION

Article 5 :

Les tarifs PAF sont appliqués à la CRMST :

- 1 500 F CFA/JOUR pour la 3^{ème} catégorie
- 5 000 CFA/JOUR pour la 2eme catégorie
- Le tarif PAF également pour toutes * les autres prestations (soins externes, actes opératoires, prestations en internes.)

PROCEDURES

Article 6 : Les malades référés par les mutuelles sont identifiés comme suit :

- Présentation d'une carte de membre mentionnant
 - o Les noms et prénom du malade (bénéficiaire de prestations)
 - o L'Oblitération de la colonne mensuelle de cotisation (acquittement)
- Présentation d'un carnet ou livret familial d'adhésion portant :
 - o Le nom et prénom du patient demandeur de prestations)
 - o Sa photo
 - o La mention du versement de cotisation du mois
- Présentation d'une attestation
- Présentation d'une lettre de garantie

Article 7 : il demeure entendu que l'admission des malades sur présentation de la carte ou du livret de membre ou attestation, pour les hospitalisations, obéit à une procédure d'urgence mais ne dispense en aucun cas du dépôt de la lettre de garantie au Service Administratif et Financier du CHRT et cela dans les 72 heures au plus tard qui suivent l'admission du malade.

Article 8 : les lettres de garantie seront signées par les présidents de mutuelle ou leur procurataire et devront portées le visa de la CRMST (cachet et/ou signature du PCA ou de son procurataire).

Article 9 : Les spécimens de documents d'identification et de prise en charge (carte, livret, attestation, formulaire de lettre de garantie) sont déposés au Service Administratif et Financier de l'hôpital.

Article 10 : les Factures établies par mutuelle et accompagnées de volet de la lettre de garantie seront récapitulées mensuellement en un relevé de factures mentionnant le montant du coût des prestations dues par la CRMST pour le mois.

Article 11 : Les Factures seront adressés sous pli au conseil d'administration de la CRMST par l'un des canaux suivants :

- Lettre recommandée avec accusé de réception
- Lettre simple à la boîte postale BP 3055 Thiès Escalé
- Carnet de transmission au siège de la CRMST à l'avenue L.S. Senghor N° 281 ou 285.

Article 12 : La CRMST devra procéder au règlement de la facture dans les délais de deux mois à compter de la réception de la facture.

La non observation de ce délai peut entraîner la suspension de la convention sauf au cas où la CRMST demande et obtient un différé de paiement préalablement à l'expiration du délai.

Article 13 : Pour la date de référence de la détermination du délai, un accusé de réception, le timbre de la poste font foi.

CAUTION

Article 14 : elle est fixée comme stipulée au chapitre engagement et à l'article 2 à quatre millions (4 000 000) francs CFA.

Cette somme devra être déposée contre reçu l'Agence Comptable Particulière du centre hospitalier.

Article 15 : La caution sera remboursée à la Coordination Régionale en cas de résiliation de la présente convention à la condition toutefois du règlement par la mutuelle de l'ensemble du coût des prestations de soins au moment de la rupture.

SUSPENSION – RESILIATION

Article 16 : Comme stipulé à l'article 13, la non observation de la période de deux mois à compter de la réception de la facture, si elle n'est assortie d'un report de paiement consenti par le Centre Hospitalier entraîne la suspension de la présente convention, suspension notifiée par écrit à la CRMST.

***Aliéna 1** : La suspension peut être levée à la demande de la Coordination Régionale dès lors que la situation ayant été à la base de cette situation aura été régularisée ;*

***Aliéna 2** : Si au bout d'un trimestre après la notification de la suspension la CMST n'a pas procédé à la régularisation des dettes, la convention est résiliée d'office pour rupture unilatérale des engagements de la mutuelle.*

Article 17 : Il peut également être mis fin à la présente convention par l'envoi d'une lettre recommandée à l'initiative d'une des parties manifestant son intention dans un délai de trois (03) mois au moins avant la date d'expiration de la présente convention.

DATE DE PRISE D'EFFET

Article 18 : La Convention prend effet pour compter de la date de signature et cela pour une durée de six mois.

Des avenants peuvent modifier certaines dispositions du présent contrat.

Article 19 : les deux parties conviennent de mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation du partenariat.

Des rencontres seront initiées par les deux parties pour la prise en charge des préoccupations diverses. La démarche, les dates et le lieu des rencontres feront l'objet d'une entente.

La présente convention fera l'objet d'une évaluation par les deux parties à sa fin.

CONTENTIEUX

Article 20 : En cas de contentieux les deux parties conviennent de tenter un règlement à l'amiable.

Article 21 : Au cas où le règlement à l'amiable n'aurait pas abouti les deux parties conviennent d'élection de domicile au tribunal départemental de Thiès.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

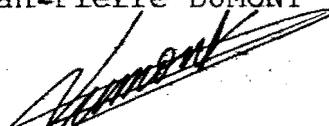
NOUVELLE GRILLE TARIFAIRE

Applicable à partir du 1^{er} Janvier 2005

Ligne	Prestation	Nouvelle Tarification		
		Mutuelle Communautaire	Palfs	Sociétés/Ipm
	K de l'Acte Opérateur			
1	* Interne	1700 F/Conv.	1 700 F	1 700 F
2	* Externe & Urgence	1700 F/Conv.	1 700 F	1 700 F
	Pansement			
3	* Interne	2 500 F	3 500 F	7 500 F
4	* Externe & Urgence	2 000 F	2 000 F	2 000 F
	B de l'Analyse Biologique			
5	* Interne	200 F	300 F	300 F
6	* Externe	200 F	300 F	300 F
7	* Examens Spéciaux	300 F	300 F	300 F
	Médication			
8	* Urgence	A payer cash	A payer cash	A payer cash
9	* Initiative de Bamako	A payer cash	A payer cash	A payer cash
10	* Interne	Gratuit	Gratuit	Gratuit
	Fibroscopie			
11	* Interne	18 000 F	18 000 F	50 000 F
12	* Externe	18 000 F	36 000 F	50 000 F
13	* Urgence	18 000 F	50 000 F	50 000 F
	Consultation			
14	* Normale	7500 F/Conv.	7 500 F	10 000 F
15	* Sociale	3 000 F	7 500 F	7 500 F
16	* Prénatale	7500 F/Conv.	7 500 F	10 000 F
17	* Urgence	5 000 F	10 000 F	10 000 F
	Hospitalisation			
18	* 1 ^{ère} Catégorie : Cabine	25 000 F	25 000 F	25 000 F
19	* 2 ^{ème} Catégorie	12 000 F	12 000 F	12 000 F
20	* 3 ^{ème} Catégorie	7000 F/Conv.	7 000 F	7 000 F
21	* 4 ^{ème} Catégorie : Salle 12 & 3	12 500 F	12 500 F	17 500 F
	Accouchement Gémellaire			
22	* 1 ^{ère} Catégorie : Cabine	115 000 F	115 000 F	120 000 F
23	* 2 ^{ème} Catégorie	70 000 F	70 000 F	70 000 F
24	* 3 ^{ème} Catégorie	40 000 F	40 000 F	45 000 F

LE DIRECTEUR GENERAL

Jean-Pierre DUMONT



NOUVELLE GRILLE TARIFAIRE

Applicable à partir du 1er Janvier 2005

Ligne	Prestations	Nouvelle Tarification			
		Mutuelle	Paifs	Ipm	Sociétés
	K chirurgie				
1	* Interne	1 700 F	1 700 F	1 700 F	1 700 F
2	* Externe & Urgence	1 700 F	1 700 F	1 700 F	1 700 F
	K radiologie				
3	* Interne	1 600 F	1 600 F	1 700 F	1 900 F
4	* Externe & Urgence	1 600 F	1 600 F	1 700 F	1 900 F
	Pansement (Petit/Grand)				
5	* Interne	2000 F /5000 F	2000 F /5000 F	2000 F /5000 F	2000 F /5000 F
6	* Externe & Urgence	2000 F /5000 F	2000 F /5000 F	2000 F /5000 F	2000 F /5000 F
	B de l'Analyse Biologique				
7	* Interne	110 F	110 F	220 F	285 F
8	* Externe	200 F	220 F	220 F	285 F
9	* Examens Spéciaux	100%	100%	100%	100%
	Médication				
10	* Urgence	A payer cash	A payer cash	A Facturer	A Facturer
11	* Initiative de Bamako	A payer cash	A payer cash	A Facturer	A Facturer
12	* Interne	Gratuit	Gratuit	Gratuit	Gratuit
	Fibroscopie				
13	* Interne	18 000 F	18 000 F	36 000 F	50 000 F
14	* Externe	18 000 F	36 000 F	36 000 F	50 000 F
15	* Urgence	50 000 F	50 000 F	50 000 F	50 000 F
	E.C.G.				
16	* Interne	6 000 F	12 000 F	17 500 F	20 000 F
17	* Externe	6 000 F	12 000 F	17 500 F	20 000 F
	Echocardiaque				
18	* Interne	15 000 F	15 000 F	56 000 F	70 000 F
19	* Externe	15 000 F	15 000 F	56 000 F	70 000 F
	Consultation				
20	* Normale	3 000 F	6 000 F	6 000 F	10 000 F
21	* Prénatale	5 000 F	6 000 F	6 000 F	10 000 F
22	* Urgence	5 000 F	10 000 F	10 000 F	10 000 F
	Hospitalisation				
23	* 1è Catégorie : Cabine	25 000 F	25 000 F	25 000 F	25 000 F
24	* 2è Catégorie	15 000 F	15 000 F	15 000 F	15 000 F
25	* 3è Catégorie	8 000 F	8 000 F	8 000 F	8 000 F
26	* Soins intensifs : Salle 3 & 12	15 000 F	15 000 F	17 500 F	20 000 F
27	* Soins intensifs : Maternité	15 000 F	15 000 F	17 500 F	20 000 F
28	* Crèche (Pédiatrie)	15 000 F	15 000 F	17 500 F	20 000 F
	Accouchement Simple				
29	* 1è Catégorie : Cabine	125 000 F	125 000 F	Séjour+50 000 F	Séjour+60 000 F
30	* 2è Catégorie	75 000 F	75 000 F	Séjour+50 000 F	Séjour+60 000 F
31	* 3è Catégorie	40 000 F	40 000 F	Séjour+50 000 F	Séjour+60 000 F
	Accouchement Gémellaire				
32	* 1è Catégorie : Cabine	150 000 F	150 000 F	Séjour+70 000 F	Séjour+80 000 F
33	* 2è Catégorie	110 000 F	110 000 F	Séjour+70 000 F	Séjour+80 000 F
34	* 3è Catégorie	75 000 F	75 000 F	Séjour+70 000 F	Séjour+80 000 F
35	Accouchement/C.B.T.	Séjour+170 000 F	Séjour+170 000 F	Séjour+200 000 F	Séjour+220 000 F

24 FEV. 2005

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL

JEAN PIERRE DUMONTEAU

