



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES

SUPERIEURES EN GESTION

**INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA
SANTÉ**

**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES
SPECIALISEES**

(D.E.S.S)

Option : ECONOMIE DE LA SANTE

Mémoire de fin d'études de 3^{ème} cycle

**ETUDE DE FAISAIBILITE DE LA
REASSURANCE POUR LES MUTUELLES
DE SANTE DE LA REGION DE THIES**



Présenté par : Monsieur Cheikh Moustahine SARR

**Sous la direction du Professeur :
Docteur Ousseynou DIOP
Economiste de la Santé**

**Encadrement :
Hervé LAFARGE
Professeur au CESAG
M0115DSES07**



REMERCIEMENTS

Au nom d'ALLAH, Le Clément, Le Miséricordieux. Je rends grâce à Dieu, le Tout Puissant, qui nous a gratifié force et courage pour l'accomplissement de ce travail

Prière sur le **prophète Mohamed (PSL)**

Dieureudieuf khadimou Rassoul.

Nous témoignons toute notre reconnaissance envers **Cheikh Saliou MBACKE**, notre guide spirituel.

Nous adressons nos vifs remerciements à toutes les personnes qui ont apporté leur appui à la réalisation de ce mémoire.

Mes remerciements s'adressent en particulier à:

Messieurs :

- * Les formateurs du CESAG particulièrement **Hervé LAFARGE, Ousseynou DIOP, Mamadou Moustapha THIAM, Bocar Mamadou DAFF, Elhadji GUEYE, Iba FALL, Fatoumata GUEYE** pour le savoir qu'ils m'ont inculqué durant les 12 mois de formation.
- * **Ferdinand, Emile** de La CRMST

Mes remerciements vont à l'endroit :

- * Tous les gérants des mutuelles de santé visitées dans la région de Thiès
- * des camarades de promotion du CESAG, particulièrement **Arona MBENGUE, Abdoulaye SEYE, MALOLO, docteur Mbaye NDIAYE, Oumou BARRY, Ndéye Fatou TALL, Colette GUEYE, Josephine** et les autres.
- * de nos amis : **Cheikh Ibra Niane, saliou NDIAYE, Magatte Sylla, Maïssa Diop, Youssou Ndiaye, Amadou Salif Idriss Mbengue, Abdou Senghor, Pape CISSE, Aida Thioune, Zahra Abacar Souleymane, Khady BA, Sabou ,Fatou Touré, Djily Diagne, Marie Mbengue, Aichatou THIAM, Aichatou FAYE, Khady FALL, Khady BA Miss, Moustapha THIAM ,Issa DIEYE, Amadou Omar TOURE**
- * de l'ensemble des membres du **Dahira Toubà ENEA**
- * enfin de toutes les personnes ressources pour leur franche et précieuse collaboration.

DEDICACES

Ce mémoire est dédié :

A mes parents. Puisse Dieu leurs accorde une longévité et une santé de fer, eux qui nous donnent toujours la force de braver les difficultés ; eux qui, au prix d'innombrables sacrifices, sont toujours efforcés de satisfaire nos moindres désires

- ↓ A Maître **Abdoulaye WADE**
- ↓ A tous mes frères, sœurs et amis
- ↓ A Monsieur le 1er questeur de l'assemblée Nationale **Mamadou Lamine Thiam**, et son épouse **Soukayna Suzane SARR**
- ↓ A **Aïchatou SARR, Pape Amadou DIEYE SARR, Assane KEBE**
- ↓ A mes amis d'enfance

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	II
DEDICACES	III
SOMMAIRE	IV
LISTE DES SIGLES	VI
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES GRAPHIQUES	VIII
RESUME DU MEMOIRE	IX
INTRODUCTION	1
I : PROBLEMATIQUE	3
1. LE FINANCEMENT DES SOINS EN AFRIQUE	3
2. ROLE ET DEVELOPPEMENT DE LA MUTUALITE	5
3. DIFFICULTES DES MUTUELLES	10
4. LA QUESTION REASSURANCE	12
II. REVUE DE LA LITTERATURE	14
1. ETUDES SUR LE FINANCEMENT DES SOINS	14
2. ETUDES SUR LES DIFFICULTES DES MUTUELLES	21
3. ETUDES SUR LA REASSURANCE (CONCEPTS ET APPLICATIONS)	23
III OBJECTIF ET METHODOLOGIE	33
1. LES OBJECTIFS DE RECHERCHE	33
2. METHODOLOGIE.	34
2.1 INDICATEURS.	34
2.2 DEMARCHE DE RECHERCHE	35
2.3 LIMITES ET DIFFICULTES DE L'ETUDE.	37
IV. CADRE DE L'ETUDE	39
1. PRESENTATION DE LA REGION DE THIES	39
2. L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS	40
3. L'OFFRE DE SOINS	41
4. LA MUTUALITE A THIES	41
4.1 LES MUTUELLES	41
4.2 PRESENTATION DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL : LE GRAIM ET LA CRMST	43
V. LES RESULTATS	46
1. ANALYSE DE LA SITUATION DES MUTUELLES THIES	46
1.1 LES CREANCES DES MUTUELLES SUR LES MUTUALISTES	46
1.1.1 LES ARRIERES DE PRIMES	47
1.1.2 LES ARRIERES DE PRESTATION	49
1.1.3 LES CREANCES MENACENT LA SURVIE DES MUTUELLES	50
1.1.4 L'ORIGINE PRINCIPALE DES CREANCES : LE COUT DES SEJOURS HOSPITALIERS	51
1.2 LES POTENTIALITES DE LA REASSURANCE	53
1.2.1 LES DIFFERENTS TYPES DE REASSURANCE	53
1.2.2 LES PROBLEMES QUE PEUT RESOUDRE LA REASSURANCE	55
1.2.3 LES PERCEPTIONS DE LA REASSURANCE PAR LES MUTUELLES	56
2. PROPOSITIONS : DEUX SCENARII DE REASSURANCE	60
2.1 LES DISPOSITIFS PROPOSES	60

2.2	PREMIER SCENARIO : LA REASSURANCE DU GROS RISQUE (HOSPITALISATIONS ET ACTES CHIRURGICAUX)	61
2.3	DEUXIEME SCENARIO : LA REASSURANCE GLOBALE	64
	CONCLUSION	66
	BIBLIOGRAPHIE	68
	ANNEXES	XII

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES SIGLES

ACOPAM	Appui Associatif et coopératif aux initiatives de développement à la base
AG	Assemblée Générale
B.M	Banque Mondiale
BE	Bureau Exécutif
BIT	Bureau International du Travail
CA	Conseil d'Administration
CAFSP	Cellule d'appui au cofinancement pour la santé au partenariat
CAMICS	Cellule d'Appui aux IPM, Mutuelles et Comité de Santé
CC	Comité de Contrôle
CDD	Comité Départemental de Développement
CESAG	Centre d'Etudes Supérieur Africain de Gestion
CIMA	Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance
CPRS	Centre de Promotion et de Réinsertion Sociale
CREDES	Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé
DSES	Diplôme Supérieur d'Economie de Santé
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
F.M.I	Fonds Monétaires Internationales
GRAIM	Groupe de Recherche et d'Appui aux Initiatives Mutualistes
HSJD	Hôpital Saint Jean de dieu
I.B	Initiative de Bamako
IPM	Institution de Prévention Maladie
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite au Sénégal
M.S	Mutuelle de Santé
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations Non Gouvernementales
P.A.S	Programme d'Ajustement Structurel
P.H.R.	Partnership for Health Reform
S.S.P	Soins de Santé Primaires
SMIG	Salaire minimale inter professionnel garantie
STEP	Stratégie et Technique contre l'Exclusion et la Pauvreté
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES TABLEAUX

↓ Tableau 1 : La répartition des cotisations des mutuelles enquêtées	42
↓ Tableau 2 : Arriérés de prime d'assurance par mutuelle.....	47
↓ Tableau 3 : Montant des dettes de prestation par mutuelle	49
↓ Tableau 4 : Durées moyennes d'hospitalisations par hôpital	51
↓ Tableau 5 : Résultats relatifs à l'escalade du coût moyen d'hospitalisation	51
↓ Tableau 6 : La répartition des dépenses de santé de 2004 et de 2005 des mutuelles enquêtées	52
↓ Tableau 7 : Récapitulatifs des mutuelles visitées par rapport au montant de la cotisation le nombre d'adhérents et de bénéficiaire	64
↓ Tableau 8 : Résultats du montant que les mutuelles doivent versées à la réassurance.....	65

LISTE DES GRAPHIQUES

- ✦ **Graphique N°01** : avez-vous entendu parler de la réassurance 57
- ✦ **Graphique n°2** : Base de calcul de la participation financière des mutuelles de santé 57
- ✦ **Graphique N°3** : Option sur la cotisation des bénéficiaires 58

CESAG - BIBLIOTHEQUE

RESUME DU MEMOIRE

Le financement des soins de santé a toujours été une préoccupation majeure des populations. Considérée comme facteur de développement, la santé occupait une place importante dans la politique de la plupart de ces pays.

Au lendemain des indépendances, les Etats africains intervenaient considérablement dans les secteurs jugés porteurs aussi bien dans le domaine économique que social.

A cette époque, de nombreux pays ont mis en place un système délivrant des soins gratuits, ou largement subventionnés, basés sur une offre de services publics de santé. Sur le plan économique, les quinze dernières années ont été marquées par une baisse ou une stagnation de la production, des revenus et du niveau de vie des populations. Des programmes d'ajustement structurel ont été mis en œuvre, dans la plupart des pays africains, pour remédier à cette crise. Ces programmes n'ont pas produit les résultats escomptés et ils ont entraîné une réduction drastique des dépenses publiques surtout dans les secteurs dits « sociaux ». A cela s'est ajoutée en 1994 la dévaluation du franc CFA qui a été durement ressentie par les couches les plus pauvres de la population. Auparavant, en 1987, le sommet des Ministres de la Santé Africains réuni à Bamako à l'initiative de l'OMS et de l'UNICEF définissait déjà une stratégie de réforme des systèmes de santé basée sur l'extension des soins de santé primaire (SSP) et la décentralisation de la gestion des services de santé. Cette politique mettait également l'accent sur la participation de la communauté à la gestion des services de santé et sur le recouvrement des coûts notamment l'approvisionnement en médicaments. L'application de cette politique, s'est traduite au Sénégal par la création des comités de santé expérimentés à Pikine pour être étendu par la suite à l'ensemble du territoire national.

Cependant, très vite ces comités de santé vont montrer leurs limites dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé.

Le développement de la société civile a favorisé l'émergence de solutions fournies par les populations elles-mêmes aux principaux problèmes qu'elles rencontrent y compris en ce qui concerne les difficultés d'accéder à des soins de santé de qualité.

Un phénomène récent, dans ce domaine, a été l'apparition des mutuelles de santé. Elles sont un système d'assurance volontaire et à but non lucratif, constitué

sur la base d'une éthique de solidarité et de mise en commun des risques de santé, dans lequel les membres participent activement à la gestion et au fonctionnement (Atim 1995).

La mutuelle de santé constitue de nos jours une réponse appropriée à ce dilemme de l'exclusion des démunis des services de soins de santé de qualité. Il est essentiel dans l'accompagnement de ce mouvement explosif dans les couches pauvres, d'étudier tous les facteurs susceptibles d'aider à une réussite totale d'une telle entreprise. Il faudra dans ce cadre identifier progressivement les aspects positifs à magnifier pour encourager leur développement et aussi les aspects négatifs à contrôler tôt pour accroître leur efficacité et leur succès.

La présente étude, de notre travail de recherche s'inscrit dans ce sens, ainsi il s'agit de trouver une réponse aux difficultés des mutuelles de santé de la région de Thiès.

Pour surmonter ces difficultés, les mutuelles de la région de Thiès ont senti la nécessité de s'unir au sein d'une coordination. Ainsi la CRMST essaye depuis de résoudre ce problème en se basant sur la réassurance mais elle n'a jamais réussi. Notre travail consiste à apporter notre contribution dans la résolution des problèmes des mutuelles de santé de Thiès en réfléchissant sur une étude de faisabilité de la réassurance pour les mutuelles de santé de Thiès.

- + La réassurance permet une augmentation du paquet de services des mutuelles de santé membres, en élargissant la gamme vers les actes chirurgicaux
- + Eviter les dettes des mutualistes envers les mutuelles qui sont dues soit d'une durée de séjour du bénéficiaire au delà de la période de prise en charge garantie par la mutuelle et comprise dans une fourchette de 8 à 15 jours.

Soit pour une cause d'une prise en charge partielle par la mutuelle des actes chirurgicaux (dont les prestations sont fort onéreuses) les bénéficiaires des dites prestations n'ayant pas les moyens d'assurer le règlement de leur quote part.

La méthodologie utilisée est basée sur une recherche documentaire, La définition des cibles d'enquête. Le travail de terrain s'est effectué sur une durée de 15 jours dans toute la région de Thiès et nous a permis de collecter des informations.

L'analyse de ces informations collectées nous a permis de faire un diagnostic de la mutualité dans la région de Thiès. Cette analyse montre la pertinence voire

l'urgence de la réassurance pour les mutuelles de santé de Thiès, ainsi elle nous permet également de voir les contours que la réassurance doit prendre en dégagant très clairement les préoccupations des mutualistes.

En outre, des recommandations et des propositions ont été formulées en synergie avec les préoccupations des mutualistes.

Dans le cadre technique, les recommandations vont dans le sens de mise en place d'une organisation qui sera chargée de gérer la réassurance. Ce choix sera fait par la CRMST.

Sur le plan financier, nous avons formulé des propositions allant dans le sens d'option pour la réassurance. Il faut signaler que toutes les propositions émanent des gérants des mutuelles d'où l'obligation de faire un choix en assemblée générale de la coordination.

Enfin, dans la conclusion, nous avons essayé de lancer le débat sur les mécanismes de pérennisation et de multiplications des mutuelles de santé dans tout le pays.

INTRODUCTION

Le lancement de la stratégie des soins de santé primaires en 1978 a permis, depuis lors, de situer le rôle fondamental que les individus et les communautés doivent jouer dans le cadre de la résolution de leurs propres problèmes de santé. Ce rôle ne saurait être limité à un ou quelques aspects seulement. Le seul facteur limitant qui pourrait être accepté, serait la capacité des individus et leur niveau d'engagement. Ainsi les individus et les communautés ont été associés, ou sont entrain de l'être dans la plupart des pays, à tout le processus de résolution des problèmes de santé des populations. Ils participent à l'identification des problèmes prévalant à l'évaluation des solutions mises en œuvre, et à la mobilisation des ressources pour les appliquer. C'est dans ce cadre que la contribution financière des usagers des services publics de santé a été utilisée un peu partout. Elle a constitué une contribution particulièrement importante dans certains pays, en permettant de financer jusqu'à 80 % les frais de médicaments et plus du tiers du personnel soignant. Cette contribution des populations au financement public de la santé s'est avérée insuffisante malgré son importance pour assurer une couverture efficace à tous et surtout pour les soins hospitaliers. La gestion de cette contribution, faite par des comités dits comités de santé, a été fortement critiquée. On leur reproche un manque de transparence et une gestion inefficace des ressources mobilisées. D'autres modalités visant à combler les lacunes des comités et à couvrir surtout les soins hospitaliers commencent à germer un peu partout. C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre l'initiation et l'impulsion de la mutualité dans la dynamique du financement du secteur de la santé au Sénégal. C'est à ce niveau également qu'il faut situer l'émergence actuelle de nouvelles modalités de financement des soins de santé basées sur le système d'assurance. Les systèmes de micro-assurance santé permettent de contribuer à faire face aux problèmes de financement de la santé.

Au Sénégal celles créées sont parties de la région de Thiès. Avec la création de la mutuelle de santé de Fandène, appuyée par le Diocèse et l'hôpital St Jean de Dieu. Elle sera suivie entre 1990 et 1993 par l'essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès, où certaines communautés, convaincues de l'expérience de Fandène, ont essayé et réussi à mettre sur pied leur propres mutuelles de santé. Ces dernières ont fait l'objet de plusieurs études. Celles-ci sont essentiellement centrées sur leur fonctionnement, et leur viabilité. Aucune de ces études n'a pas porté sur l'opportunité de mettre en place la réassurance, bien que tous les acteurs mutualistes soient d'accord sur la pertinence de disposer de ce système pour assurer le bon fonctionnement des mutuelles de santé de Thiès. Nous considérons cet aspect essentiel pour la promotion et la pérennité de ces organisations. Tel est l'objet de la présente étude sur la réassurance qui est définit par LANDEL J et CHARRE-SERVEAU M :

1997) « opération par laquelle un assureur, le cédant cède à un autre assureur, le réassureur ou cessionnaire, une ou partie d'un risque que lui même a pris en charge ». Cette pratique se justifie par le désir de limiter les risques auxquels l'assureur initial s'expose et d'éviter qu'un sinistre dont l'ampleur serait catastrophique ne le conduise à la ruine. En outre, non seulement l'existence du réassureur n'est pas connue des assurés mais l'assureur reste seul responsable devant eux. L'assureur et le réassureur sont liés par un contrat ou traité de réassurance par lequel le cédant transfère une partie de ces primes au cessionnaire, à charge pour lui de payer une partie des sinistres.

On peut donc définir la réassurance comme un contrat par lequel le cédant qui est l'assureur direct se décharge sur le cessionnaire de tout ou partie des risques qu'il a souscrit et les cotisations correspondantes.

Ainsi ce système est considéré comme la solution clé pour assurer la viabilité des mutuelles de santé de la région de Thiès. Nous essayerons de faire l'étude de faisabilité de la réassurance. Ce travail a pour objectif de « montrer l'utilité d'un dispositif de réassurance pour les mutuelles de santé de Thiès et faire des propositions dans ce sens »

Pour ce faire, l'étude s'est déroulée en plusieurs étapes et les résultats sont ainsi présentés :

Une première partie appelée cadre de référence qui campe la problématique, décline les objectifs et hypothèses et présente la méthodologie adoptée ;

La deuxième partie présente les différents résultats issus des investigations menées et du travail d'analyse ;

Une troisième partie qui va dans le sens de faire des propositions et recommandations pour mettre en place la réassurance.

I : PROBLEMATIQUE

1. LE FINANCEMENT DES SOINS EN AFRIQUE

La santé selon la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 1946 est considérée comme « un état complet de bien être physique mental et social et ne consiste pas seulement à l'absence de maladie ou d'infirmité. »

Ainsi la notion de financement des soins renvoie au financement de l'ensemble des activités des soins médicaux et activités directement complémentaires dont le but est de permettre à ceux qui en ont besoin de bénéficier des prestations appropriées. La finalité de ce financement est de réduire l'impact des maladies sur le bien-être individuel et collectif.

Ainsi définis, les soins de santé apparaissent comme un bien public de premier ordre qui devrait être assuré par l'Etat, d'où la préoccupation socio-économique majeure que constitue cette question pour les Pays en Voie de Développement (PVD).

En effet, Le financement des soins de santé a toujours été une préoccupation majeure des populations. La rétribution remise aux soignants même dans l'Afrique traditionnelle était quoi qu'on puisse en dire relativement importante. Elle est simplement bien organisée maintenant avec le développement de la médecine occidentale en Afrique. Celle-ci est beaucoup plus coûteuse avec des mécanismes de paiement standard qui obéissent plus à des lois économiques qu'à d'autres considérations, sociales notamment. Ainsi la somme à payer dépend du type de soins ainsi que de son coût et non de la capacité de payer de l'utilisateur. On tend aussi à lui appliquer les principes de base de l'économie de marché qui fixe les règles du processus d'échange. Il y'a trois acteurs principaux en jeu : le prestataire, l'utilisateur et le payeur.

Pendant longtemps l'Etat était vu comme le payeur pour tout le monde. Il doit non seulement prendre en charge, dans le domaine de la santé, ses fonctionnaires, mais il aussi est responsable de la mise en place d'un système qui assure à tous l'accès aux soins, notamment les plus démunis. C'est une de ses responsabilités premières, en tant que garant des droits fondamentaux des individus et des collectivités. Le droit à la santé figure bien évidemment parmi ces droits. Mais en réalité les pauvres états africains n'ont jamais pu assurer une prise en charge médicale efficace à leur population entière surtout les couches les plus pauvres. Ils n'ont jamais eu les moyens de le faire et les systèmes existants dans les pays ne pouvaient pas garantir une couverture universelle des besoins de santé des

populations. Le développement progressif de la médecine moderne dans ces pays, conjugué avec l'accroissement de la demande en soins de santé moderne de qualité, a mis en exergue toutes les carences liées à l'inexistence d'une couverture sanitaire efficace dans ces pays. L'éclatement des structures sociales traditionnelles telles que les clans, le groupe ou la famille élargie, qui constituaient l'espace où était géré toutes les difficultés individuelles, dont les difficultés économiques, d'accès à des soins coûteux, a aggravé la situation.

Conscients des problèmes qui sévissent dans le continent, les gouvernements africains sollicitent l'aide internationale et appellent aux institutions de Bretton Wood : la banque mondiale (BM) et le fond monétaire internationale (FMI). Ces organisations critiquaient les politiques mises en place et allaient préconiser un programme d'ajustement structurel (PAS) visant la réduction des déséquilibres macroéconomiques.

La situation ne s'est pas améliorée avec les programmes d'ajustements structurels qui ont réduit les dépenses publiques affectées aux secteurs sociaux. Le plus souvent, il en est résulté une dégradation des infrastructures sanitaires, une cherté des médicaments et une démotivation du personnel médical à cause des conditions de travail souvent difficiles.

Au Sénégal, la mise en œuvre du programme a débuté en 1979, et s'est réalisé en trois étapes successives :

- ⊕ Plan de stabilisation à court terme pour la période 79-80,
- ⊕ Plan de suivi et de redressement économique et financier pour la période 80-85
- ⊕ Programme d'ajustement à moyen et long terme.

C'est pourquoi, la fin des années 80 est surtout caractérisée par une politique de désengagement de l'Etat, politique qui rendait difficile l'accès gratuit à des services et biens primaires.

Il est à noter que les Etats africains ont hérité de la colonisation, des systèmes d'assurances santé obligatoirement inclus dans la sécurité sociale. Ces systèmes n'ont cependant couvert, et de façon très partielle, que les salariés. Nous constatons un développement de ces systèmes pour les salariés du secteur privé et les fonctionnaires. Un exemple est les institutions de prévoyance maladie (IPM) au Sénégal. Malheureusement il s'agit souvent d'assurance santé avec une couche sociale ne touchant qu'une faible partie de la population. De plus, la situation des travailleurs devenus inactifs (chômeurs, invalides, malades et retraités) reste précaire.

Ces systèmes se heurtent souvent à des problèmes de gestion. Il s'agit en général des changements du coût et de la consommation des soins, au niveau de la prise en charge, ces systèmes sont exposés à un risque important de fraudes et de malversations.

Il faut aussi noter que les performances technologiques de la médecine augmentent de surcroît ses charges et rendent élevés les coûts liés aux soins de santé. Parallèlement, on note un développement du secteur privé avec des prestations naturellement plus chères dues à la dégradation du service public et à la concurrence des structures privées.

Cette situation a connu une certaine exacerbation suite à la dévaluation du FCFA qui s'est traduite par un renchérissement des coûts des services sociaux de base, réduisant de façon considérable aussi bien les possibilités des Etats que celles des populations.

2. RÔLE ET DÉVELOPPEMENT DE LA MUTUALITÉ

Dans ce contexte, la recherche de sources de financement viables devient une urgence particulièrement pour les préférences non solvables. Cette situation pèse plus lourdement sur les acteurs du secteur informel qui constituent plus de 80% de la population active dans les pays en voie de développement.

Pour trouver une solution à ces problèmes, un sommet des ministres africains de la santé réunis en 1987 à Bamako à l'initiative de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et du fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) a défini une stratégie de réforme des systèmes de santé basés sur :

- ⊕ ***L'extension des soins de santé primaires (SSP)***
- ⊕ ***Le recouvrement des coûts pour améliorer l'approvisionnement en médicaments (renouvellement des stocks).***
- ⊕ ***La décentralisation de la gestion des services de santé***
- ⊕ ***La participation de la communauté à la gestion des services de santé.***

Cette réorientation des politiques de santé vers le développement et le renforcement des services de soins de santé primaires permet d'améliorer la qualité et d'étendre l'accès aux soins par les populations défavorisées. Cette réforme est appelée « l'initiative de Bamako » dont le but était « d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux soins primaires et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique »

L'Etat n'a pas les moyens et de toute façon ne saurait garantir la santé à tous et tout le temps. Le pauvre ne peut pas seul se prendre en charge. Les mécanismes traditionnels de solidarité au sein des groupes ne peuvent pas assurer la prise en charge de tous ou ne

fonctionnent plus. Il faut alors trouver d'autres mécanismes modernes, transparents qui engagent la responsabilité de chacun. C'est en partie ce qui explique l'engouement avec lequel les populations démunies ont sauté sur les mutuelles de santé. La mutuelle de santé constitue de nos jours une réponse appropriée à ce dilemme de l'exclusion des démunis des services de soins de santé de qualité. Il est essentiel dans l'accompagnement de ce mouvement explosif dans les couches pauvres, d'étudier tous les facteurs susceptibles d'aider à une réussite totale d'une telle entreprise. Il faudra dans ce cadre identifier progressivement les aspects positifs à magnifier pour encourager leur développement et aussi les aspects négatifs à contrôler tôt pour accroître leur efficacité et leur succès.

Si ces nouvelles politiques ont effectivement permis d'améliorer la disponibilité des soins de santé, la facturation directe au patient conjuguée aux effets de la dévaluation du franc CFA en 1994, ont eu pour effets de créer une importante barrière financière à l'accès aux soins. En effet, seul quelques catégories professionnelles bénéficient d'une protection sociale organisée. Elles ne représentent pas plus de 10% de la population et encore la prise en charge n'est –elle que très partielle. Pour la grande majorité environ 90%, active dans le monde rural et dans le secteur urbain informel, il n'existe aucun mécanisme de financement collectif des soins de santé. Il s'en est suivi une baisse généralisée de la fréquentation des centres de santé et des hôpitaux, malgré les efforts faits pour rationaliser les soins et rendre les médicaments essentiels disponibles.

Cette situation des pays africains n'épargne pas le Sénégal qui a hérité de la période coloniale un système de santé centralisé, urbain et biaisé vers les soins curatifs, où les fonctions de prestation de soins de santé, de financement et de régulation étaient confondues, et supportées exclusivement par le financement public.

Cette structure a été renforcée jusqu'au milieu des années 70s en faveur de l'idéologie de la construction nationale et du centralisme étatique. Depuis cette période, les effets combinés des crises économiques et fiscales (crises pétrolières, années récurrentes de sécheresse), la croissance démographique, l'urbanisation et les programmes successifs d'ajustement structurel ont transformé le système de santé.

L'offre des soins de santé s'est diversifiée en faveur du développement du secteur privé : Les interventions publiques dans le secteur de la santé durant les deux premières décennies d'indépendance ont renforcé l'offre publique de soins de santé en général, l'infrastructure hospitalière urbaine en particulier. A partir du milieu des années 70, cependant, l'intervention publique dans la santé est réorientée sur la base de la stratégie des soins de santé primaires dont la mise en œuvre s'articule sur le renforcement des

interventions préventives et promotionnelles et l'extension de la couverture des services de santé de base. Par ailleurs, à partir des années 80, les sources d'offre de soins se sont rapidement diversifiées avec le développement du secteur privé dans la prestation des soins (cliniques et cabinets privés) et la distribution des produits pharmaceutiques dans les zones urbaines du pays : à titre illustratif, près de la moitié des médecins du Sénégal et la majorité des pharmaciens et dentistes sont employés dans le secteur privé en 2002.

Les sources et les mécanismes de financement des services de santé ont aussi changé vers le renforcement du financement privé et du paiement direct par les usagers : Longtemps dominés par les sources et mécanismes de financement public, les schémas des sources et des mécanismes de financement de la santé se sont transformés en faveur des crises fiscales des années 80s, de la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel, de l'adoption et la généralisation de l'Initiative de Bamako dans le secteur public au début des années 90s, le développement de l'offre privée de soins de santé et du secteur pharmaceutique. Les ménages sont devenus depuis la fin des années 80s la première source de financement de la santé ; par ailleurs, le paiement direct par les usagers est devenu un des premiers mécanismes d'allocation des ressources dans la santé.

Ces changements dans le système de santé se sont opérés sans des transformations majeures dans les systèmes de protection sociale depuis la fin des années 70s. Seule une minorité de la population sénégalaise bénéficie d'une couverture sociale pour la prise en charge de ses frais médicaux ; soit à travers un système obligatoire ou un système facultatif.

Systemes obligatoires

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 ayant droits) sont couverts à travers ce système.

La protection des salariés permanents des entreprises privées, ainsi que leurs familles, est assurée dans le cadre des Institutions de Prévoyance Maladie (IPM), régies par la loi du 30 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociales et le décret N° 75-895 du 14 août 1975 portant organisation des IPM d'entreprise ou inter entreprise. 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 (dont 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.

Systèmes facultatifs

Une très faible partie de la population, dont les cadres d'entreprise et les professions libérales et leur dépendants (environ 70.000 bénéficiaires), sont couverts par l'assurance privée.

Les catégories de la population couvertes par ces systèmes obligatoires et ces systèmes facultatifs représentent moins de 20% de la population du pays ; par ailleurs, la couverture dont elles bénéficient n'est que partielle (50% à 80% des frais liés à la maladie).

Le dispositif prévu pour la prise en charge des cas sociaux ou des indigents n'a réellement jamais fonctionné. Parmi les facteurs associés à ce résultat, on peut citer la combinaison de l'inefficience administrative du processus d'identification des indigents et le financement (ou manque de financement) de leur prise en charge, et le régime d'incitation associé à l'importance prise par les ressources propres dans le financement des formations sanitaires publiques.

Parallèlement à ces formes institutionnalisées de couverture maladie, différents systèmes traditionnels de solidarité permettent aux ménages de faire face aux dépenses de santé. Il s'agit des associations d'entraide et de crédit, de la solidarité familiale, des systèmes de prépaiement auprès des structures de santé.

C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre au Sénégal, l'avènement de la mutualité dans le domaine de la santé, tout au moins dans sa formule communautaire actuelle, est relativement récent. L'émergence des mutuelles de santé est marquée par trois phases au Sénégal :

- ⊕ 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.

La phase de naissance des premières expériences mutualistes est initiée en milieu urbain sénégalais avec la création en 1973 d'une mutuelle de santé par les travailleurs de la SOCOCIM. Celle-ci sera dissoute avec l'avènement des IPM en 1975 : elle est entrain d'être réactivée en 2003 avec l'appui de la Mutualité Française. La seconde initiative en milieu urbain viendra des corps constitués avec la création en 1985 de la mutuelle de l'Armée Sénégalaise. Il faudra attendre cinq ans après pour voir la naissance d'une mutuelle de santé en milieu rural avec la création de la mutuelle de santé de Fandène, appuyée par le Diocèse de Thiès et l'hôpital St Jean de Dieu. Celle-ci sera suivie entre 1990 et 1993 par l'essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès, où certaines communautés, convaincues de l'expérience de Fandène, ont essayé et réussi à mettre sur pied leur propre mutuelle de santé (effet de démonstration par les paires)

- ⊕ La deuxième phase, entre 1994 et 1998, marque 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. Durant cette période, le CESAG commence à développer des études pour analyser ces systèmes afin de mieux faire connaître leur fonctionnement et leur portée.

Enfin la troisième phase faisant suite à la plate-forme d'Abidjan à 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 au cofinancement pour la santé au partenariat, la CAFSP. Depuis 1998, 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 du Sénégal. Cette phase marque le début d'un processus de structuration du mouvement mutualiste au Sénégal avec le

développement de systèmes de support pour appuyer la promotion, la mise en place et la gestion des mutuelles de santé. Elle s'est traduite par l'accélération du développement des mutuelles de santé : par exemple, dans la région de Thiès, 20 des 39 mutuelles de santé que compte la région ont été mises en place entre 2000 et 2003, actuellement elle compte 42 mutuelles de santé.

Quelles leçons peut-on tirer de l'histoire récente du développement des mutuelles de santé au Sénégal:

La légitimité des promoteurs des mutuelles de santé est importante pour l'acceptabilité et le développement des mutuelles de santé (actions de l'hôpital St Jean de Dieu et du Diocèse de Thiès) ;

L'effet de démonstration par les paires peut servir de mécanisme efficace d'apprentissage pour la fondation de nouvelles mutuelles de santé et l'extension des mutuelles de santé (essaimage des mutuelles de santé dans la région de Thiès se fondant sous le modèle de Fandène);

Les études, la recherche et l'assistance technique peuvent jouer un rôle catalyseur dans la promotion et le développement des mutuelles de santé.

3. DIFFICULTÉS DES MUTUELLES

Cependant, un constat est fait : à l'état actuel de leur développement, les mutuelles de santé n'attirent pas une base d'adhésion suffisante par manque d'identification des besoins prioritaires des adhérents potentiels, de leurs choix de prestataires de soins ou de leurs particularités économiques, sociales ou culturelles. Ainsi nous résumons les difficultés qu'elles rencontrent sous trois ordres stratégiques et techniques, opérationnels, et organisationnels.

A. LES DIFFICULTÉS STRATÉGIQUES ET TECHNIQUES

- ⊕ Faiblesse de l'appui de l'Etat au développement des mutuelles de santé (l'appui de l'Etat est jugé insuffisant par les mutuelles)
- ⊕ Insuffisance de l'environnement juridique du développement des mutuelles (loi votée mais pas accompagné d'un décret d'application).

- ⊕ Absence d'une politique de contractualisation permettant de faciliter les relations entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins.
- ⊕ Faiblesse de l'interaction entre les mutuelles de santé et leurs mécanismes de financement (les ONG ne traitent presque pas directement avec les mutuelles)
- ⊕ Absence de subvention, d'investissement, d'exploitation, et de système de garantie pour appuyer les mutuelles.
- ⊕ Faible implication des mutuelles de santé dans la définition des politiques de santé
- ⊕ Faible représentation dans le conseil d'administration des établissements publics de santé et les comités de santé (les mutuelles ne sont pas représentées dans les établissements publics et les comités de santé)
- ⊕ Insuffisance des systèmes d'information et de suivi des mutuelles de santé (il n'existe aucun mécanisme de suivi avec les mutuelles)
- ⊕ Déficit de communication et de sensibilisation pour mieux asseoir les notions de la mutualité (manque d'information de la population)
- ⊕ Faiblesse des ressources humaines, matérielles et financières des unités régionales de coordination et d'appui technique des mutuelles de santé.

B. LES DIFFICULTÉS OPÉRATIONNELLES

Elles concernent la mobilisation des ressources (collecte de revenus) achat de services (gestion des prestations, relation avec les prestataires) :

- ⊕ Faible pénétration des populations cibles et la faiblesse de la capacité contributive des membres. (il existe un faible taux de pénétration dans les mutuelles)
- ⊕ Barrière administrative dans le cadre de la prise en charge (lettre de garantie)
- ⊕ Faiblesses des modalités de mise en œuvre, en particulier dans les mutuelles de petites envergures
- ⊕ Faiblesses dans les relations contractuelles avec les prestataires liés à l'absence de politiques en matière de contractualisation
- ⊕ Assimilation des mutuelles de santé aux IPM dans le cadre de la tarification au niveau des structures de santé. (les mutuelles payent des prestations souvent très chères)

C. LES DIFFICULTÉS ORGANISATIONNELLES

- ⊕ Faiblesse des mesures de gestion des risques liées aux insuffisances de conception des MS
- ⊕ Bénévolat des membres des organes des mutuelles complémentaires liés aux faiblesses en matière de formation et de ressources matérielles (bureaux, ordinateurs)
- ⊕ Faiblesses de la formation en gestion administrative et financière découlant d'un manque de moyen des mutuelles de santé
- ⊕ Enfin manque de réseaux pour la connexion des informations de l'ensemble des départements étant un handicap majeur pour la vérification des données dans le cadre des MS d'envergure nationale.

En tant que mécanisme de financement de la santé basé sur le partage des risques et la solidarité entre les membres, les mutuelles de santé constituent une option intéressante vers la résolution collective des problèmes individuels de santé.

Le développement des mutuelles de santé bénéficie du soutien de l'Etat, et de l'appui des partenaires au développement. Cette synergie d'action a créé un cadre favorable qui a abouti dans les dix dernières années, à la naissance de plusieurs structures mutualistes dans le pays.

4. LA QUESTION RÉASSURANCE

Ce mouvement mutualiste est récent et beaucoup de mutuelles connaissent des difficultés d'ordre technique, organisationnel ou institutionnel citées en haut.

Pour surmonter ces difficultés, des mutuelles de la région de Thiès ont senti la nécessité de s'unir au sein d'une coordination.

Si depuis des années, beaucoup d'effort ont été consenti pour la promotion et la mise en place de mutuelles de santé, les développements récents et les expériences vécus sur le terrain nous ont conduit à réfléchir sur la mise en place d'un mécanisme de leur viabilisation, et en particulier à la mise en place d'un système de réassurance.

Le système repose sur :

- ⊕ En situation de gros risque comme l'hospitalisation caisse de réassurance, est sollicitée pour sauvegarder les droits des mutualistes en payant l'intégralité de la

facture quelque soit le nombre de jours ce qui permet d'assurer la continuité de service au grand bénéfice des mutualistes.

- ⊕ La réassurance permettra aux mutuelles d'élargir leur paquet de service en commençant par les actes chirurgicaux.

Notre étude consistera à réfléchir sur la faisabilité technique et financière de la mise en place d'un système de réassurance pour les mutuelles membres de la coordination de Thiès.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

II. REVUE DE LA LITTÉRATURE

La revue de la littérature sera centrée sur les études portant sur financement des soins de santé dans les pays en voie de développement tout d'abord.

La pérennité des mutuelles de santé. En outre, seront abordées les réponses que la réassurance apporte pour juguler un certain nombre de difficultés auxquelles les performances des assureurs autofinancés sont confrontées dans l'élargissement de la gamme des prestations prises en charge.

1. ETUDES SUR LE FINANCEMENT DES SOINS

Le problème de financement des soins de santé dans les pays en voie de développement est au centre des débats partout dans le monde depuis quelques années.

Dans leur article intitulé « Evolutions et enjeux du financement de la santé dans les pays en développement : quelques repères » paru dans le 14ème numéro de la lettre du collège des économistes de la santé en décembre 2003, M. Audibert et J. Mathonnat font le constat selon lequel, dans les pays à faible revenu, environ 70% des dépenses de santé sont des paiements directs effectués par les usagers, 30% viennent du financement public et les mécanismes d'assurance sont très peu développés.

Dans les pays à revenu intermédiaires de la tranche supérieure, le financement public représente 55% des dépenses totales de santé, le financement privé direct environ 35% et les assurances environs 10%. Le financement public est de l'ordre de 1,1% du PIB dans les pays à faible revenu et de 3% dans ceux à revenu intermédiaire. Le financement privé est de 3,2% du PIB dans les pays les plus pauvres et de 2,9% dans les autres.

Autrement dit, le financement de la santé correspond schématiquement à 4 à 6% du PIB, avec de grands écarts au sein de chaque groupe, contre 10% en moyenne dans les pays riches. Au terme d'une analyse de l'évolution du financement des soins (de la gratuité des soins à l'initiative de Bamako) et des insuffisances inhérentes en terme d'accessibilité, d'équité et de qualité des soins, ces auteurs montrent la nécessité d'intégrer la problématique du financement des soins dans les pays en développement comme partie intégrante de la lutte contre la pauvreté. Ils insistent par ailleurs sur l'importance de la dimension financement de la santé dans les politiques de développement et rappellent les

orientations issues d'un large consensus parmi les Etats et leurs partenaires extérieurs, y compris les ONG, à savoir :

- ⊕ La nécessité de lutter contre l'insuffisance du financement public non pas seulement en augmentant les ressources, mais en instituant des modes de gestion de ces ressources permettant le mieux d'obtenir des résultats susceptibles d'atteindre les objectifs de développement du millénaire en matière de santé.
- ⊕ La nécessité d'une contribution financière des usagers aux différents niveaux du système de soins.
- ⊕ La subvention, voire la gratuité de certains soins et certaines activités sanitaires.
- ⊕ L'intérêt de mettre en commun et de gérer les ressources dans une perspective de partage de risque, en plus de la seule mobilisation de ces ressources.
- ⊕ La nécessité d'adapter les modes de financement à l'accessibilité aux soins et au bien-être des pauvres.
- ⊕ Le renforcement de la dimension « protection » des modes de financement et plus largement des systèmes de santé par le développement des mécanismes d'assurances (réhabilitation et élargissement des dispositifs de protection sociale institutionnelle existants dans le secteur formel, développement de diverses formules d'assurance dans le secteur informel).

Dans leur conclusion, les auteurs insistent sur la nécessité de prendre en compte les choix à caractère social dans la mesure où aucun mécanisme de financement, de régulation et de recherche de l'efficacité n'est socialement neutre. IL est donc nécessaire de placer les mécanismes de financement des systèmes de santé au service d'une stratégie de développement afin d'apprécier l'importance qu'une société accorde à certaines valeurs.

Dans son article intitulé « Financement des politiques de santé », Y.A. Flori met l'accent sur la performance des systèmes de financement des soins dans les pays en développement après avoir identifié deux principales sources de financement : les sources publiques (ressources locales et aides internationales), et les usagers qui représentent près de 50% du financement des soins.

Pour cet auteur, les questions de financement ne doivent pas être comprises uniquement sous la forme d'une mobilisation des ressources additionnelles. Elles doivent également porter sur une meilleure utilisation des ressources disponibles et une réduction

des coûts des actions engagées. C'est sous cette double exigence que le financement peut se traduire par une nette amélioration des performances et de l'équité.

Parmi les sources de financements identifiées, Y.A.Flori distingue :

- ⊕ Les fonds publics
- ⊕ Les fonds des ménages
- ⊕ Les fonds extérieurs
- ⊕ Et les autres ressources

Sans prétendre définir la meilleure source de financement, l'auteur analyse toutes les possibilités de financement en s'aidant des critères comme l'équité, l'efficacité, la stabilité et l'impact sur l'utilisation des services. Selon que l'on privilégiera un critère ou un autre, le choix se portera sur telle ou telle autre source de financement.

C'est ainsi que la participation des pouvoirs publics à la santé peut être à la fois efficace et équitable ; elle n'entraîne pas nécessairement l'augmentation des dépenses publiques, mais elle présuppose que les politiques effectuent des choix à la fois dans la répartition des dépenses entre ministères, et au sein de la santé vers des programmes utiles, soit à la population dans son ensemble, soit aux plus défavorisés.

Les organismes caritatifs privés et les autres agences non gouvernementales (ONG nationales, organisations de bienfaisance, églises, mosquées),grâce à des contributions volontaires mettent à la disposition du système de soins des ressources(du temps de travail, des locaux, des véhicules, du personnel...). Le financement de cette source représente entre 5 et 10%.Il s'agit d'une source équitable, efficace, ayant un bon impact sur l'utilisation des services de santé. Cependant ces ONG sont peu nombreuses, quoi que dotées des moyens suffisants ; ce qui en fait une source peu satisfaisante du point de vue de la faisabilité. Ces institutions doivent être considérées comme des ressources d'appoint qui devraient s'intégrer dans un plan global d'organisation, ce qui est difficilement acceptable, vu la volonté d'indépendance de ces organisations.

Pour Y. A. Flori, l'aide étrangère a permis d'améliorer les performances des centres de santé de base et de soutenir des zones en difficulté structurelle du fait de leur isolement ou de la pauvreté de leur population. Mais cette option n'est pas satisfaisante dans la mesure où la phase de pérennisation des programmes implique inévitablement les pays et les populations bénéficiaires. Cette source assujettie à des conditionnalités rigoureuses, dont le degré d'adaptation est variable et dépend de l'engagement et des moyens des donateurs,

est une source instable. Elle présente des avantages uniquement lorsqu'elle s'inscrit dans une stratégie de pérennisation.

Quant à la contribution financière des ménages, elle ne couvre jamais plus de 5% de l'ensemble des dépenses (Salaires et contributions extérieures inclus). Mais la pérennité de la participation des usagers aux soins est menacée par un risque d'échec car elle suppose que la gestion des fonds soit efficace et transparente, que le niveau de participation ne soit pas très élevé et que la qualité s'améliore. Par ailleurs, l'assiette générée pour cette source est faible et ne permet pas aux populations de financer des soins lourds. D'où la nécessité de recourir à un système de mutualisation des ressources. Il peut s'agir :

- ⊕ Des assurances privées : elles posent le problème à la fois de sélection des populations, des prestations fournies et des coûts de gestion élevés.
- ⊕ Des systèmes publics de sécurité sociale ou d'assurances sociales : ces systèmes ne couvrent qu'une faible part des habitants dans les pays en développement, environ 2 à 20% selon les régions. En Afrique subsaharienne, ces assurances ne concernent que les fonctionnaires et une partie des salariés permanents. Pour cette population, cette source de financement est équitable. Cependant, elle reste très sensible à un retournement de la conjoncture ; d'où l'intérêt de l'envisager dans les pays ayant déjà dépassé un certain niveau de développement.

Les mutuelles, selon Y. A. Flori représentent la solution. Cette source très encouragée par les bailleurs de fonds a l'avantage d'être équitable, d'avoir un bon impact et d'être pérenne, même si ce dernier critère reste fortement dépendant de la performance économique des pays ou de la qualité de la supervision.

Ainsi, cet auteur estime qu'il est possible d'améliorer la performance des financements publics en définissant mieux les objectifs à suivre et en privilégiant la prise en charge des questions de santé publique et des populations les plus défavorisées. Cette amélioration de la performance passe par une allocation différente des ressources publiques, une réduction des dépenses peu efficaces, la mise en place des mutuelles que l'aide internationale devrait encourager et soutenir.

Dans la note de synthèse de E. Roodenbeke et collaborateurs portant sur « le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu », ces auteurs analysent le financement de la santé comme un moyen de lutte contre la pauvreté. A cet effet, ils placent leur réflexion sur le financement des pays francophones les moins avancés sous trois approches :

⊕ **Une approche à dominante économique qui aborde les relations entre financement et efficacité de la production de soins :** A ce niveau, les auteurs estiment que le financement de la santé doit permettre la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en place de mesures de prévention et de prise en charge médicale répondant aux besoins des populations. Comme source de financement, ils évoquent celle relative à la participation individuelle des usagers qui serait limitée dans la mesure où elle concerne une population qui reste peu solvable dans des économies où les échanges sont faiblement monétarisés. La tarification des services, même avec la mise en place d'une grille de tarifs prenant en compte certaines priorités socio sanitaires, reste particulièrement discriminante. Elle ne facilite pas la recherche d'une solidarité entre les usagers et ne permet pas l'accès pour les plus démunis. Par conséquent, ce mode de financement ne garantit pas l'efficacité du système de santé.

Le financement par un tiers payant est problématique. Dans les pays les moins avancés du monde francophone l'assurance privée santé n'est pas très développée même si l'on observe des tentatives de couverture proposées, soit par les grandes compagnies, soit par des promoteurs autour d'un risque particulier. Par ailleurs la population couverte est très faible et les systèmes d'assurance sociale qui couvrent le secteur formel prennent rarement le risque maladie.

En ce qui concerne le financement par les pouvoirs publics, E. Roodenbeke pense qu'il est incontournable en dépit de la faiblesse des budgets des Etats. Cependant des efforts importants doivent être faits pour que ce financement contribue à l'amélioration de la santé des populations dans le cadre d'une allocation optimale des ressources.

Ainsi, vue sous cet angle, l'amélioration de l'efficacité du système de soins en terme de maîtrise de la gestion et de rationalisation de la prise en charge médicale, passe par des actions portant à la fois sur la tarification des prestations, le développement de différentes formes d'assurances, et la mobilisations des ressources budgétaires par le biais des subventions. La conjugaison de ces efforts contribue à améliorer l'état de santé de la population. La meilleure utilisation des ressources peut réorienter une partie d'entre elles pour corriger les inégalités sociales (solidarité) et la prise en charge des plus démunis (lutte contre la pauvreté).

✦ **Une approche à dominante politique qui aborde les relations entre financement et solidarité :** Sur ce point, les auteurs distinguent une solidarité fondée sur l'offre des soins et la solidarité entre les populations.

Par rapport à l'offre, ils exposent d'abord les disparités existant entre les régions, les zones urbaines et rurales. Ensuite, ils font état de l'échec de la politique des bailleurs de fonds, consistant à soutenir le financement des infrastructures sanitaires au niveau périphérique. Ils constatent en définitive que les pays sont confrontés à un double défi : la solidarité entre les régions et en particulier entre villes et campagne et la solidarité au sein des populations urbaines où les inégalités sont les plus fortes. La seule organisation de l'offre de santé par des mécanismes de planification de l'offre de soins ou par la mise en œuvre de programmes de santé ne suffit pas à réaliser la solidarité nécessaire pour améliorer le niveau global de la santé des populations.

Pour la solidarité entre les populations, les auteurs insistent sur les systèmes de mutuelle qui, pour les pays les moins avancés représentent l'approche la plus réaliste. Si ce partage du risque peut se réaliser par la création de mutuelles de santé, il peut aussi s'envisager par des politiques tarifaires adaptées. De même, les tarifs subventionnés peuvent traduire une certaine solidarité. En fonction de la nature des prestations, il est possible de flécher les subventions. A ce moment, la part de la subvention intervenant dans la détermination du tarif indique aussi le degré de solidarité mis en place, exemple : gratuité des médicaments antituberculeux par un financement spécifique sur le budget national alors que les autres médicaments sont vendus avec une marge sur le prix de revient.

Ainsi, ces auteurs pensent que pour développer la solidarité entre les personnes il est indispensable de fonder les décisions en matière de subvention, tarification et mutualisation.

✦ **Une approche à dominante sociale qui examine le financement de l'accès aux soins pour les plus pauvres :** Dans cette rubrique, les auteurs soulignent la nécessité de financer l'accès aux soins aux plus démunis, et de concevoir des services de santé adaptés aux besoins spécifiques des populations les plus démunies.

Pour E. Roodenbeke et collaborateurs, il est possible de prôner à la fois l'efficacité du système de santé, une plus grande solidarité et un accroissement de la lutte contre la pauvreté.

Cette combinaison est certes difficile, dans des pays où les systèmes d'information sont largement déficients et la gouvernance fait défaut, mais pour y arriver, il faut nécessairement associer toutes les trois approches.

Dans le cadre de la politique de coopération de la France avec les pays en développement, un rapport publié par le ministère Français des affaires étrangères retrace le contexte et les enjeux du financement de la santé dans la lutte contre la pauvreté, et propose parallèlement les stratégies et les domaines d'interventions de la France en vue de soutenir les politiques de santé de ces pays.

Après l'analyse de la situation dans les pays en développement, ce rapport constate :

- ⊕ *Un important déficit de financement public du secteur de la santé. Le budget du ministère de la Santé représente rarement les 5 à 7 % du budget de l'État préconisés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'engagement des chefs d'État de l'Organisation de l'Unité africaine (UA), lors du sommet d'Abuja, de consacrer 15% du budget national à la santé est cependant révélateur d'une prise de conscience de l'importance du défi à relever.*
- ⊕ *Un problème de gestion de l'offre des soins attesté par une absence d'utilisation optimale des ressources et de lourds circuits de mobilisation de l'argent public, dans un contexte où la bonne gouvernance fait défaut. De plus les services qui sont financés ne correspondent pas nécessairement aux besoins prioritaires des populations.*
- ⊕ *Une participation financière des usagers ayant atteint ses limites ; la qualité et la fréquentation des services de santé, ainsi que l'équité d'accès escomptées lors de l'adoption de l'initiative de Bamako n'étant pas au rendez vous. Par ailleurs, les organismes d'assurance sociale existants n'ont pas fait la preuve de leur bonne gestion. Les tissus économiques étant largement dominés par le secteur informel, ils ne prennent que rarement en compte le risque maladie, et ne couvrent qu'une très faible proportion de la population.*

En matière de stratégies et de domaines d'intervention, l'action conduite par la France prend en compte de manière simultanée trois dimensions complémentaires : la

viabilité des systèmes de santé, la recherche de l'efficacité des mécanismes et surtout l'amélioration de l'équité pour l'accès aux soins.

Ainsi, l'implication de la France s'articule autour de quatre axes :

- ⊕ *Former des cadres nationaux pour faire face aux défis du financement de la santé.*
- ⊕ *Aider les pouvoirs publics à organiser le cadre légal. Cela se traduit par de l'assistance juridique, mais aussi par de l'aide pour améliorer la performance des organisations qui gèrent la couverture de risques sociaux.*
- ⊕ *Favoriser la solidarité entre les usagers par le développement des mutuelles de santé. Cet appui se décline à deux niveaux : d'une part en favorisant un dispositif national, tant au niveau de l'État que des organisations mutualistes, et d'autre part en soutenant des expériences variées de mutuelles de santé.*
- ⊕ *Contractualiser pour améliorer la qualité des services. Dans cette approche chacun des acteurs joue un rôle en relation avec ses missions : les pouvoirs publics assurent la tutelle, les services de santé délivrent des prestations et les organismes de financement solvabilisent la demande. Ces rapports peuvent être formalisés dans le cadre d'arrangements contractuels. Les mutuelles de santé constituent un exemple de terrain d'application de cette stratégie.*
- ⊕ *Mobiliser des ressources publiques pour la santé. Sur ce point, La France plaide dans les instances internationales en faveur d'une augmentation significative des ressources publiques dédiées au financement de la santé.*

2. ETUDES SUR LES DIFFICULTÉS DES MUTUELLES

Les études sur la pérennité des mutuelles de santé

Les œuvres portent essentiellement sur la viabilité technique et financière des structures de micro assurance maladie. Etant donné que le financement de la santé pour les démunis par le biais des mutuelles est plus conforme à l'environnement socio-économique et à l'évolution de la société, les mémoires de fin d'étude du CESAG ont axé leurs analyses sur la pérennité des mutuelles de santé. Cette viabilité porte sur les facteurs institutionnels, gestionnaires, administratifs et financiers. Les revues abordent également la question de la mutualité dans le même sens que les mémoires de fin d'études. Tous sont convaincus de la

pertinence des structures de micro assurance maladie comme moyen efficient et efficace de financement des prestations. Les études sont donc concentrées sur la pérennité des mutuelles de santé, ce qui est positif en soi.

Comme annoncé précédemment, le domaine de la pérennité des mutuelles de santé est très riche en ouvrage, surtout les mémoires de fin de cycles. Dans ce canevas, deux mémoires ont été très utiles au projet d'étude sur la réassurance. C'est le mémoire de YOBOUET Simone (2001) relatif à « l'adéquation des ressources financières aux prestations de soins : Etude rétrospective portant sur quatre mutuelles de santé ». Mais également celui de YO Ménéhouan Marina (2001) relatif à « l'Etude des facteurs favorisant la viabilité des mutuelles de santé dans la couverture des gros risques dans la région de Thiès ». Ces deux études analysent de façon pertinente les performances des structures de micro assurance de la zone d'étude.

Dans l'étude de Yobouet S, la question principale était celle de l'utilisation efficiente des primes collectées pour la prise en charge des pathologies des adhérents. Dans son analyse l'auteur montre qu'il y a deux catégories de mutuelle dans son échantillon. Celles qui ne parviennent pas à faire face aux charges financières par faute de gestion et dont la pérennité semble hypothéquée, et celles dont la gestion est saine et dont la pérennité est quasi assurée. Cependant, les mutuelles qui traduisent en actes la bonne gestion, semblent faire de la thésaurisation alors qu'elle est une mauvaise attitude de gestion.

En effet, Ménéhouan montre dans son étude que des efforts ont été accomplis afin de pérenniser ces structures de financement de la santé. Le taux de recouvrement des cotisations, est acceptable pour la majorité des mutuelles, dû en grande partie à la concomitance de la collecte des primes et de l'entrée des revenus. Le ratio de couverture des dépenses, pour jauger de la stabilité financière des mutuelles en présence des sinistres exceptionnels, est excellent. En effet, certaines mutuelles peuvent couvrir les dépenses de santé des membres au-delà de l'intervalle normal de six mois déterminé par Atim C. (1996)

C'est en cela qu'elle rejoint YOBOUET lorsque cette dernière affirme et démontre l'inadéquation entre les réserves et les prestations assurées. Les calculs de l'auteur concernant le ratio des cotisations sur les dépenses sont fluctuants d'un exercice à l'autre. Certaines mutuelles ont amélioré leur taux alors que d'autres n'y sont pas parvenues. Néanmoins, le dernier exercice (2001) est plus favorable à une majorité de mutuelles. Aussi, il faut préciser que l'escalade des dépenses de santé et la bonne gouvernance semble si bien ancrée dans la gestion financière des mutuelles que des frais de gestion ne représentent qu'une infime part du portefeuille de celles-ci. La cause principale est la

stratégie de bénévolat qui n'est pas sans créer quelques désagréments de gestion par moment.

Pour finir, ces deux études donnent des détails sur la santé financière des mutuelles de santé de Thiès. En outre, ces investigations démontrent l'inadéquation entre la sinistralité du portefeuille est positive et non négative puisque les réserves en cas de sinistres exceptionnels couvrent largement les six mois théoriques. Cependant, deux aspects importants de la problématique de la pérennité des micros financés ne sont pas soulevés dans ces deux études. Ces analyses n'abordent pas la problématique des arriérés de cotisation et celle de l'endettement des mutualistes pour non-remboursement des frais d'hospitalisation pour surplus de séjours.

Pourtant ces deux points sont cruciaux dans la gestion du portefeuille des mutuelles. De plus, ces études ne mentionnent pas les fluctuations des sinistres couverts et les variations des coûts de ces pertes. Aussi, c'est maintenant que des mesures correctives doivent être prises notamment par la réassurance afin que les mutuelles bénéficient de l'expertise du cessionnaire en matière de gestion des réserves.

3. ETUDES SUR LA RÉASSURANCE (CONCEPTS ET APPLICATIONS)

Les études relatives à la réassurance des mutuelles de santé

La plupart des PVD ont mis en place un système d'assurance maladie pour les agents du secteur formel. Le secteur informel et le monde rural sont tenus à l'écart de ce système de sécurités sociales. Néanmoins, depuis quelques années, les réformes du système sanitaire aidant, des changements notables sont intervenus avec l'apparition des mutuelles de santé. La pertinence de leur rôle n'est plus à démontrer car les études ont prouvé qu'elles contribuent effectivement au financement des soins de santé des personnes à faibles revenus. C'est pourquoi les chercheurs concentrent actuellement leurs efforts sur la pérennité de ces structures de micro assurance maladie et l'amélioration de leurs activités. Néanmoins, les micro-assureurs autofinancés sont confrontés à des difficultés qui méritent d'être aplanies.

Les œuvres sur l'assurance existent, elles exposent les différentes formes d'assurances et la spécificité de chacune. Au cours de leur développement elles analysent les facteurs de la réassurance. Pour BLONDEAU J. (2001) tout porte à celle de l'assurance directe. EWARD François et LORENZI Jean-Hervé (1998) présentent la réassurance comme processus normal et inéluctable des sociétés d'assurances. En effet, malgré son extrême

importance économique, l'assurance a un besoin vital de la réassurance qui est une activité très spécialisée car elle ne met en contact que des techniciens eux-mêmes très spécialisés.

Pour YEATMAN (1998), beaucoup de risques sont trop élevés en valeur pour pouvoir être souscrits ou conservés par un seul assureur en totalité. C'est pourquoi depuis l'origine de l'assurance, des méthodes ont été utilisées pour diviser les risques et les répartir entre plusieurs assureurs pour que l'engagement maximal et ne mettre pas en péril sa solvabilité. Les méthodes utilisées pour diviser les risques et les répartir entre les assureurs afin de consolider leurs acquis et pérenniser ces dernières sont la coassurance, la souscription par tranche et la réassurance.

YEATMAN J. définit la coassurance comme : « le partage proportionnel d'un même risque entre plusieurs assureurs appelés coassurances. Chacun d'eux s'engage pour un certain pourcentage du risque en fonction de sa propre pleine souscription, reçoit le même pourcentage de la cotisation totale payée par l'assuré dues ». En outre, l'auteur ajoute que les coassurances doivent avoir eux-mêmes un minimum de compétences technique et d'expérience pour ne pas s'engager à la légère derrière un apériteurs qui aurait fait une erreur d'appréciation. L'auteur définit la division du risque en tranche par le fait que : »lorsqu'un assureur dispose d'une capacité de souscription inférieure à la totalité des capitaux à assurer il peut proposer d'assurer un premier risque de compatible avec son plein de souscription, laissant le soin à l'assuré le soin d'assurer l'excédent de cette tranche auprès d'un autre assureur ». Quelles sont les raisons qui concourent à faire fi de ces deux méthodes de division de risques ?

Les mutuelles de santé ne disposent pas de compétence technique et d'expérience pour s'engager dans une coassurance où elles ne partageraient pas la gestion des risques. Dans le second cas, l'auteur affirme que cette technique est plus fait des entreprises ou des groupes d'entreprises dont la valeur en risque est très élevée ou dont l'activité rend le contrat difficile à placer. En outre le désir est de constituer un second niveau de solidarité entre mutuelle afin qu'elles partagent leurs expériences, et non que chacune soit confinée dans la gestion de ces risques, pour toutes ces raisons, les deux premières méthodes ne feront pas l'objet de notre étude et ne seront pas traitées ici.

Eward F., LORENZI J-H et YEATMAN J. présentent les différentes formes de réassurance et mode de mise en application. La réassurance a deux natures, elle est soit proportionnelle soit non proportionnelle. Dans le cas des mutuelles de santé, en rapport avec la sinistralité de leur portefeuille, la nature proportionnelle n'est pas la plus adéquate même si elle a l'avantage d'être la forme la plus simple et la plus courante du métier de réassureur. Cette nature procède à un transfert important de primes vers le cessionnaire qui joue un rôle

quasi financier. Le principe de la réassurance proportionnelle est l'égalité en pourcentage entre cédante et réassureur. La part du sinistre à la charge du réassureur est toujours exactement proportionnelle à la part de cotisation. En outre, la réassurance proportionnelle se scinde en deux branches que sont la quote part et l'excédent de plein.

Quant à la réassurance non proportionnelle, elle se définit comme le transfert au réassureur des sinistres au-delà d'un montant connu à l'avance soit par risque individuel, soit par événement portant sur un ensemble de risques individuels. La part de risque conservée par l'assureur direct est appelé franchise ou priorité. Dans cette nature de la réassurance, il s'agit de protéger la cédante contre les fréquences anormales des sinistres moyens ou la survenue de sinistre de pointes qui peuvent obérer lourdement les réserves des cédantes et donc leur rentabilité.

Le niveau de technicité de la micro assurance autofinancée et la sinistralité de leur portefeuille concourent à l'élection de la réassurance non proportionnelle comme la nature la plus adéquate aux mutuelles de santé. La réassurance non proportionnelle est proposée aux cédantes sous trois formes principales que sont l'excédent de sinistre ou « excess loss » qui apparaît comme la modalité conforme aux besoins des mutuelles, l'excédent de pourcentage de perte annuel ou « stop loss » et l'excédent de sinistres cumulés ou « aggregate excess » formes pour lesquelles les mutuelles ne sont pas techniquement armées. En effet, dans la forme d'excédent de sinistres cumulés, la franchise à la charge de l'assureur initial est fixée en cumulant le coût des sinistres survenus au cours d'une année. Cette forme convient mieux aux assureurs dont les résultats fluctuent fortement au cours de l'année. Alors que l'excédent de pourcentage de perte annuelle est une variante de la première. La franchise à la charge de l'assureur initial n'est pas calculée en somme d'argent mais plutôt en pourcentage de sinistre/cotisation. Ce qui nécessite de connaître le chiffre d'affaire de l'année. Dans un souci de simplification du langage et des techniques de la réassurance, la forme de l'excédent de sinistre conviendrait aux mutuelles de santé.

Par ailleurs, la réassurance selon YEATMAN J. (1998) possède trois modalités que sont la réassurance facultative, la réassurance obligatoire et la réassurance facultative-obligatoire. DRAF A. (2001) affirme que cette dernière modalité de la réassurance est une variété hybride qui procède à un savant dosage des caractéristiques qui relèvent des deux premières catégories. Dans la relation cédantes/cessionnaires, deux principes guident l'opération de réassurance : la réassurance ne contracte que pour des événements probables et les charges financières y afférentes, et le cessionnaire n'intervient que pour la part de sinistres qui excède un taux préalablement défini en échange d'une prime.

La réassurance n'est avantageuse pour les cédantes que si les primes sont inférieures aux marges de sécurité. Enfin, pour ces auteurs la réassurance possède quatre fonctions qui permettent de faciliter la composition de pooling de risque des portefeuilles gérés par les assureurs initiaux. Ces quatre fonctions correspondent chacune à une réponse aux différentes difficultés auxquelles sont confrontées les cédantes dans le développement de leurs activités et la recherche de la viabilité.

Ainsi dans son mémoire de fin d'études au CESAG et traitant le thème « Etude de la pertinence de la réassurance » Amadou DIABATE avait comme objectif de montrer la pertinence de la réassurance des structures de micro assurances maladie comme moyen efficient de renforcer la pérennité des mutuelles dans le cas de l'élargissement de la gamme des prestations prises en charge. DIABATE s'appuie sur les enquêtes de P.H.R+ pour démontrer la nécessité de la réassurance pour les mutuelles de santé de la région de Thiès ce qui constitue une limite de cette étude mais aussi la problématique de la faisabilité technique et financière n'est pas abordée. Aucune proposition de scénario pour la mise en place concrète avec proposition des gestionnaires des mutuelles n'est faite ce qui peut être considérée comme le grand handicap de cette étude pour que cette solution durable puisse être réalisée.

Conservation du plein de souscription

Toutes les recherches convergent sur le fait que la taille des groupes a un impact réel sur la viabilité des mutuelles. En effet, la taille du groupe et la probabilité de survenue des sinistres sont liés. En théorie, les groupes d'environ mille personnes et plus sont plus viables que ceux aux alentours de cent personnes.

Pour S. BONNEVAY et al (2001), les petits groupes sont plus vulnérables à la variation du nombre moyen de sinistre et aux pertes exceptionnelles que les grands groupes. Le lien entre la sinistralité des réserves est faible au sein des groupes importants. Cela suppose que les mutuelles doivent accroître leurs effectifs en améliorant le taux de pénétration dans la population cible.

En effet, SHAW P. et GRIFFIN C. (1995) appuient cette idée, ils affirment que les « statisticiens se servent de la « loi des grands nombres » pour montrer que la maladie qui est un événement aléatoire et prévisible au sein des groupes d'une équivalente au sein des groupes d'une certaine taille ». Les grands groupes facilitent à l'assureur le calcul des primes équivalentes moyennes de la maladie. La collecte de ces primes constitue des réserves importantes pour assurer le financement des périodes morbides. En plus, la moyenne des coûts par sinistre est plus stable au sein des grands groupes.

Cependant, pour S BONNEVAY et al (2001), « les caractéristiques théoriques mentionnées ci dessus peuvent et doivent être relativisées par la réassurance des structures de micro assurance».ces dernières ont largement montré leur pérennité avec des groupes de tailles modeste. Etant donné que l'assureur ne cède qu'une partie des risques en échange d'une prime au réassureur, la question de la taille du groupe ne sera que résolue. DROR (2001) affirme que « deux de leurs grandes faiblesses résident dans leurs petites tailles qui réduit la répartition des risques au sein de la population et l'insuffisance des revenus des membres qui limitent les montants de financement à mobiliser dans les communautés pauvres. La solution au premier problème est liée à la réassurance.

En effet, la première fonction de la réassurance est d'augmenter le plein de souscription de la cédante. Par la cession au réassureur d'une partie de ses charges, l'assureur initial peut ainsi augmenter son plein de rétention nette. YEATMAN J(1998) soutien que si la réassurance n'existait pas les assureurs ne pourraient jamais souscrire une part de risque supérieur en valeur ou en sinistre maximum possible à leur plein de conservation. Du fait de leur petite taille les rétentions nettes sont moindres pour les mutuelles de santé.

Le partage de risque au sein des mutuelles est la base même de la solidarité qui si développe. Ainsi, les unes prennent en charge les problèmes de santé des autres au moment des pathologies. Fonder la logique des mutuelles sur la solidarité est louable, en effet les charges qui sont ainsi partagées encouragent les unes et les autres à ne pas entamer des mouvements importants de retrait. S'il y'a un phénomène qui perturbe fortement la viabilité de ces structures de micro assurance santé, c'est bien le mouvement d'adhésion et de retrait. L'instabilité des mutuelles de santé est due en grande partie au portefeuille et à la sinistralité de celui-ci. Ces deux derniers aspects découlent de la taille des membres, du calcul des primes des adhérents et de l'instabilité des dépenses.

Protection contre les écarts de probabilités

Très souvent les mutuelles de santé sont confrontées à une escalade anormale des coûts des prestations, et à la fluctuation du nombre de sinistres par rapport aux attentes, et quelques fois à des sinistres exceptionnels. Ces différents aspects ont l'inconvénient d'augmenter l'insolvabilité du portefeuille des cédantes. La cause de la variation inconsidérée des sinistres est l'indisponibilité des données épidémiologiques sur la population afin de prévenir ces exceptions. Les causes de l'escalade des coûts sont essentiellement imputables aux prestataires de soins qui font plus qu'il n'en faut et aux assurés par le biais du risque moral.

Les statistiques antérieures de la cédante fournissent une base de données importante au réassureur pour une gestion future. Etant donné que des écarts à la moyenne et à la normale existent toujours et qu'ils ne sont pas forcément corrélés aux résultats précédents, leur prévision permet de stabiliser la sinistralité du portefeuille de la cédante et donc son péril. « Les réassureurs interviennent pour lisser les résultats techniques nets d'une année sur l'autre malgré les écarts en coûts et en fréquences de la survenue des sinistrés » YEATMAN J : (1998).

En ce qui concerne les performances financières des structures de micro assurances maladies et la capacité pour un réassureur de les financer afin de les stabiliser, S BONNEVAY et al (2001) apportent des réponses. L'œuvre défend l'idée selon laquelle la réassurance permet de stabiliser les résultats financiers d'un ensemble de mutuelles. Pour eux, l'anticipation des sinistres des assureurs initiaux par le biais des données statistiques antérieures est nécessaire. Cette probabilité d'occurrence de la sinistralité des réserves permet au réassureur de prévoir ses propres pertes et la solvabilité de son portefeuille.

L'œuvre de YEATMAN J (1998) a des apports très intéressants pour notre étude. En effet, pour l'auteur, « la tarification en excédent de sinistre tient compte de l'expérience du réassureur principal dans le marché et la branche considérée, mais aussi du niveau de la franchise et de la statistique produite par chaque cédante qui doit fournir la liste des sinistres importantes des cinq dernières années au moins qui précèdent la souscription du traité. Les réassureurs ne demandent pas seulement la liste des sinistres dont le coup total a dépassé la franchise, mais de tous ceux qui s'en sont approchés. » Pour le réassureur principal, les statistiques sur les sinistres importants du quinquennat précédent de la cédante sont des données pour mesurer la fiabilité des premières évaluations, et pour mesurer l'impact des sinistres sur le portefeuille de la cédante. Ces informations permettent au réassureur de prévoir l'incidence des sinistres à sa charge supérieure au plein de conservation de la cédante fixée dans le traité et par conséquent sur ses réserves.

Homogénéisation des rétentions nettes

La conjugaison de l'existence de données actuarielles sur la morbidité et la mortalité par groupe d'âge permette de mieux déterminer les coûts probables (BORCH : 1990). Les statistiques antérieures des cédantes concourent à homogénéiser les rétentions nettes des assureurs initiaux. La cession au réassureur d'une proportion des sinistres en échange d'une fraction des primes laisse à la charge de la cédante des risques de mêmes qualités.

Pour les mutuelles de santé à défauts de données épidémiologiques sur la population, les données statistiques permettent de définir des charges moyennes pour les mutuelles et l'excédent de sinistre pour le réassureur. L'homogénéisation des retentions

nettes est indispensable à la cédante pour se préserver des proportions anormales des sinistres. Cette homogénéisation traduit la cession au réassureur des sinistres à fréquences anormalement élevées ou pointes de risque et la conservation des risques inférieurs au plein de conservation. « Ce qui donne une bonne homogénéisation en valeur à la mutualité des risques assurés ».

Faciliter la trésorerie des cédantes

L'instabilité des mutuelles provient de ce qu'elles enregistrent des mouvements de flux des membres. Elles ne peuvent opérer à la manière des assureurs privés, car si elles se déchargent sur le peu d'adhérents cela risque d'encourager le retrait massif de ces derniers. Cette situation est aggravée par l'écart entre les ressources attendues et celles réellement collectées. La baisse des contributions pour mauvaise collecte des primes peut être également attribuée à la fluctuation des revenus qui dépendent des cycles des récoltes.

En outre, à cause de leur nature sociale les mutuelles fournissent toujours leurs services même si elles s'exposent à l'instabilité financière. Or, les assureurs ne peuvent pas compter éternellement sur l'aide extérieure pour financier leur déficit. C'est dans ce cadre qu'intervient la réassurance. Cette stratégie contraint l'assureur initial à collecter les primes exactes calculées afin de couvrir au moins les coûts moyens des sinistres attendus et les charges administratives. Le cessionnaire introduit une rigueur de gestion afin que la cédante parvienne à faire des bénéfices au cours des exercices. Cette rigueur de gestion en faveur de la stabilisation des dépenses n'implique pas le changement de la vocation sociale des assureurs initiaux mais de baser les primes sur de meilleures connaissances (DROR 2001).

C'est pourquoi YEATMAN J (1998) affirme que « un rôle classique de la réassurance est celle de faciliter la trésorerie de l'assureur initial ». L'apport de ressources financières du réassureur offre à la cédante la possibilité de régler les indemnités des membres dans les situations exceptionnelles catastrophes naturelles et le plus grand nombre de victimes.

Dans le cadre de ce pré financement, le devoir de rentabilité et donc de viabilité inscrit une relation de confiance entre la cédante et le cessionnaire dans un traité à long terme. Cette projection dans le temps permet au cessionnaire d'entrer en possession de ses pertes initiales mais également de stabiliser le développement des affaires de la cédante.

L'assistance technique du réassureur

La réassurance n'est pas qu'apport de capitaux par le cessionnaire, un autre avantage est le partage de l'expérience et de l'expertise du réassureur. Le partage de cette expertise offre à la cédante l'occasion de répondre qualitativement au besoin de couverture de ses clients. Le réassureur de par sa position se charge de surveiller et de conseiller les cédantes. Cet apport technique peut se muer « en offre de service en matière de formation

pour faire bénéficier le personnel des assureurs initiaux de leur expérience en matière technique, administrative ou financière ». Cette expertise est indispensable aux cédantes afin d'améliorer leur performance.

C'est cet aspect technique stratégique dont la maîtrise fait défaut aux gérants pour pérenniser les cédantes qu'apporte le cessionnaire. Pour YEATMAN J (1998) « L'expérience accumulée au cours des années par les grands assureurs est surtout utile aux cédantes les plus petites qui n'ont pas la surface suffisante pour disposer de services technique compétents dans tous les domaines ». L'assistance technique des cessionnaires est un besoin précieux des mutuelles de santé. La réassurance offre l'opportunité aux mutuelles d'accéder à cette expertise afin d'améliorer leurs performances et développer leurs activités.

En outre, le CODE CIMA tome I et II (1996), analyse indifféremment assurance et réassurance et montre leur interrelation. Il s'agit plus de la légalisation en matière d'assurance et réassurance dans son application concrète que d'une analyse de la réassurance. Cette œuvre technique est un instrument pour résoudre les litiges éventuels qui émergeront entre les assureurs. Les deux premières œuvres didactiques ont permis de faire un choix quant à la nature de la réassurance et la modalité qui est la meilleure pour les mutuelles de santé. Elles ont également présenté les quatre fonctions de la réassurance comme des réponses aux différentes difficultés auxquelles sont confrontées les cédantes.

Par ailleurs, certaines œuvres exposent leurs analyses sur l'assurance et les mécanismes de mise en application telle que l'œuvre de WILLIAM S et al (1996). Ces auteurs décrivent les moyens pour chaque assuré d'éviter les pièges de l'assurance et payer moins cher la prime et les différentes polices d'assurance incompréhensibles. Ces auteurs affirment que pour plusieurs gestionnaires, l'assurance est un mystérieux mais nécessaire démon, or cela ne devait pas être le cas. Pour dire que l'assureur doit être aussi prolix que possible afin de rassurer les clients et de leur permettre de comprendre ce pour quoi ils souscrivent.

L'œuvre est un manuel de compréhension des modalités de l'assurance dans le détail afin que l'assuré ait un contrôle total sur les primes à payer comme dans le cas des charges d'impôts. Elle précise ce qui peut et doit être assuré sans exposer sa structure aux risques non assurés.

Critiques à la réassurance

Par ailleurs, certains auteurs mettent en garde contre la réassurance qui ne doit pas être vue comme une panacée. Cette stratégie n'a pas que des avantages elle a aussi ces inconvénients. En effet, l'expérience de la réassurance qui est en train d'être proposée aux

mutuelles de santé de Thiès mérite quelques réflexions .Les mutuelles dans leur développement veulent introduire la réassurance .Dans ce cadre, le CREDES (N° 53 Juin 2002) s'interrogeait dans son bulletin mensuel si trop d'assurance pouvait être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé « .Cette synthèse de l'œuvre montre que la demande de soin est élastique au prix. Selon que l'on est en présence ou non d'assurance, la quantité de soins consommée varie .Le risque moral ex ante et ex post est un levier important de la variation exponentielle de la quantité de soin consommée et donc de l'insolvabilité du portefeuille des assureurs .Le couple patient / prestataire est donc à contrôler car il fait payer à l'assureur des services plus chers. En dépit de cela, les auteurs concluent pour dire : « En tout état de cause, aucune étude empirique ne permet actuellement de trancher sur le caractère néfaste pour la collectivité d'une assurance trop généreuse ». La réassurance n'est pas néfaste ; seulement le contrôle du risque moral, de la sélection adverse et des prestataires est nécessaire.

En outre, pour YEATMAN J (1998) : « le traité en excédent de sinistre quelles que soient ses variantes, ne protège la cédante que contre la survenue des gros risques, supérieurs à la priorité convenue .Ce traité ne la protège pas contre une fréquence anormale de petits ou moyens sinistres exceptionnels est avantageux en soi. Cependant, elle reste exposée à la proportion anormalement élevée des sinistres à sa charge .Les responsables des mutuelles de santé doivent donc renforcer les contrôles non seulement des membres vis-à-vis du risque moral, de la sélection adverse et des fraudeurs mais aussi vis-à-vis des structures hospitalières .Cette stratégie de contrôle pourra dans le long terme réduire de façon drastique la fréquence anormale des petits risques, ce qui est un gage de réussite du projet de réassurance.

L'œuvre de CHEIKH KA (1977) abonde dans le même sens que YEATMAN J (1998) qui critique les méfaits de la réassurance. En effet, dans la seconde partie de son œuvre l'auteur dénonce l'attitude des grandes sociétés d'assurances qui collectent les primes de réassurance dans les états en développement et vont les investir dans les pays développés. Dans sa mise en garde contre les dangers de la réassurance l'auteur précise que les ressources financières

Collectées auprès des membres sont en grande partie rétrocédée aux réassureurs.

CHEIKH KA (1977 : 54) affirme que : « En Afrique, la majorité des compagnies se réassurent à concurrence d'environ 80 en moyenne de leur portefeuille ».Etant donné que les sinistres aussi importants sont rares mais coûteux, les sorties de capitaux sont excessives. La perte pour l'économie nationale est inestimable puisque ce n'est qu'une

infime partie des sommes collectées qui retourne sous forme d'investissement salaire et provision technique.

La préoccupation de CHEIKH KA est la rétention maximum des primes cédées aux réassureurs afin de réduire la saignée financière des PVD .Lorsque l'on se met dans le contexte des mutuelles de santé ne se réassureront pas auprès des grand groupes encore moins auprès des cessionnaires privés .Quand on sait que les réserves de ces mutuelles ne sont pas très importantes et qu'en plus elles doivent se réassurer à hauteur de 80% de leur portefeuille leur pérennité peut s'en trouver hypothéquée. Dans le projet de réassurance, la capacité de rétention financière des mutuelles doit être très importante afin qu'elles n'en sortent pas financièrement lessivées .L'auteur reconnaît que la micro assurance, l'assurance et la réassurance sont intimement liées et donc : « les rapports sains et objectifs ne peuvent être entretenus avec la réassurance qu'autant que la micro assurance et la macro assurance reposent sur de nouvelles bases répondant aux exigences nationales » .L'incidence de la pérennité des mutuelles de santé, la question de la maximisation de la rétention des primes est à surveiller de très près.

Après avoir analysé la question de la réassurance dans la revue de la littérature nous allons traiter la partie objectifs et méthodologie de cette étude ?

III OBJECTIF ET METHODOLOGIE

Compte tenu de notre problématique, nous formulerons les objectifs de notre étude avant de décrire la méthodologie que nous allons suivre, et d'en situer les limites.

1. LES OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif général de notre travail peut être formulé de la façon suivante :

Objectif général

« Analyser l'utilité d'un dispositif de réassurance pour les mutuelles de santé de la région de Thiès et formuler des propositions de mise en place ».

Pour atteindre cet objectif général, nous nous fixerons les objectifs spécifiques suivants :

Objectifs spécifiques

- 1. Analyser la situation des créances des mutuelles de santé de Thiès
- 2. Apprécier le degré de connaissance et d'acceptation de la réassurance par les mutuelles de santé de Thiès
- 3. Proposer des modèles de réassurance pour les mutuelles de santé de Thiès.

Notre hypothèse de travail est qu'un système de réassurance qui tient compte de la capacité financière des mutuelles de santé et des soins hospitaliers qu'elles doivent prendre en charge, est une solution aux difficultés financières des mutuelles de santé. Un tel système devra bénéficier du soutien des structures d'appuis et des partenaires de la mutualité à Thiès.

2. MÉTHODOLOGIE.

Nous rappellerons d'abord les indicateurs que nous observerons dans notre démarche d'analyse de la situation des mutuelles, avant de décrire la démarche de notre recherche.

2.1 INDICATEURS.

Pour analyser la situation financière des mutuelles, les indicateurs suivant seront analysés.

- ✓ Le statut de la mutuelle (membre ou non) de la CRMST
- ✓ Le nombre d'adhérents et de bénéficiaires
- ✓ Les conditions d'adhésion à la mutuelle
- ✓ Le nombre de bénéficiaires à jours de leurs cotisations
- ✓ Le montant de la caution déposé dans les structures de santé
- ✓ La gestion de la réassurance
- ✓ La tarification ou la facturation des soins
- ✓ L'existence de retard dans le règlement de la facturation
- ✓ Le montant des cotisations
- ✓ La capacité financière de chaque mutuelle
- ✓ Le montant des hospitalisations
- ✓ Le montant des dépenses sanitaires durant les trois dernières années
- ✓ La durée des hospitalisations
- ✓ Les prestations couvertes et les taux de prise en charge
- ✓ Les montants dont les mutuelles sont disposés à contribuer
- ✓ Les bases de calcul de la participation financière au système de réassurance
- ✓ Les taux de contribution qui seront appliqués à chaque mutuelle
- ✓ Les relations entre l'Etat, les partenaires et les mutuelles de santé
- ✓ Leur apport financier à la réassurance

2.2 DÉMARCHE DE RECHERCHE

La présente étude est basée essentiellement sur les outils et méthodes de recherche en sciences sociales. Ainsi elle est composée des différentes phases suivantes :

a) - La recherche documentaire

Divers espaces ont été visités à cet effet. Il s'agit principalement des bibliothèques du CESAG et de l'ENEA où existe une riche documentation sur le financement de la santé en général et des mutuelles de santé en particulier, Internet a été également un outil très précieux dans la recherche documentaire. Certains sites spécialisés comme celui de la concertation du Sénégal ainsi que le moteur de recherche google nous ont permis d'accéder à une documentation assez riche et diversifiée. Les thèmes généralement abordés par ces documents (rapports, études, etc.) sont liés à des études concernant la pérennité des mutuelles de santé, à la viabilité des mutuelles de santé à Dakar et surtout à Thiès. Par ailleurs, la documentation disponible sur place à la coordination régionale des mutuelles de Thiès a été exploitée. Ces documents traitent en général des mutuelles de santé de Thiès, des fiches de suivi des mutuelles de santé.

b) - Les cibles d'enquête.

Les cibles primaires sont les mutuelles de santé de Thiès. L'intitulé du thème autorise à affirmer que l'enquête devrait concerner toutes les mutuelles de santé de la région de Thiès. Mais, après concertation avec la cellule technique de la CRMST, nous avons dégagé des critères d'inclusion qui étaient la prise en charge par la mutuelle des gros risques comme l'hospitalisation et les actes chirurgicaux, ainsi il a été retenu que les enquêtes ne vont concerner que 11 mutuelles il s'agit de la mutuelle de fandéne, soppanté, koudiadiène, petit dialy, wer werlé, léhar, lalan diassap, tiénaba, montrolland, mbaback, mboro.

Vu le nombre relativement restreint de ces dernières, une enquête exhaustive a été menée pour garantir une fiabilité et une plus grande richesse des données recueillies.

Seulement la mutuelle de Faggu n'est pas visitée car tous ses adhérents étaient à jours pour les cotisations.

Les cibles secondaires sont les personnes les mieux indiquées, susceptibles de fournir des informations sur le sujet. Ce sont les agents du CRAIM le service technique de la

coordination, les mutualistes, les gérants des mutuelles, les prestataires de soins, les gérants d'hôpitaux, les professeurs du CESAG etc.

Pour ces entretiens, nous avons élaboré un questionnaire (voir en annexe) qui a été discuté et amélioré avec la CRMST afin de pouvoir prendre en compte toutes les informations relatives à une bonne étude de faisabilité de la réassurance. Les enquêtes se sont déroulées sur toute la région de Thiès et ont duré 15 jours. Nos cibles principales ont été les gérants de mutuelles de santé parce qu'ils maîtrisent mieux leurs problèmes.

Les informations recueillies portaient sur les indicateurs indiqués précédemment. Nous avons pu ainsi connaître le nombre d'adhérents et de bénéficiaires en situation régulière et irrégulière pour chaque mutuelle, les prestations couvertes, leurs relations avec les prestataires de soins, leurs dépenses en soins de santé ces trois dernières années, les dépenses d'hospitalisation, d'actes chirurgicaux, et de soins de santé primaires. Ces entretiens ont aussi permis d'une part de préciser les difficultés que rencontre chaque mutuelle et d'autre part de recueillir les avis des gérants de ces mutuelles sur les bases de calcul possibles pour évaluer leurs contributions financières et le montant maximal et minimal qu'elles sont prêtes à fournir pour un dispositif de réassurance.

Notons que les questionnaires ont été soumis à des tests préalables pour s'assurer de leur validité et de leur pertinence au regard des informations qu'ils sont censés fournir. Toutefois, ce test s'est limité à la mutuelle de Sopanté.

c) - Méthode de collecte des données.

Pour l'ensemble des outils confectionnés, le mode d'administration face à face a prévalu.

Pour les questions n'ayant pas traités directement à des engagements que la mutuelle doit prendre avec la réassurance, le gérant se chargeait de fournir les réponses (nombre d'adhérent, de bénéficiaires, les adhérents à jours de leur cotisation, les bénéficiaires à jours, la date de création, le montant des factures, les prestations couvertes, etc.). Mais s'agissant des questions relatives à des engagements à la réassurance, le débat était ouvert et chaque membre s'exprimait librement et à la fin il donnait une réponse consensuelle.

Par ailleurs, nous nous sommes rapprochés de spécialistes de la coordination pour recueillir leurs éclairages et conseils à toutes les étapes de cette recherche ; cela évidemment en sus de l'encadrement assuré par un directeur de mémoire et autres professeurs au niveau de l'institution de même qu'au niveau de la coordination.

d) - Traitement des informations

Une combinaison d'un traitement manuel et informatique a été adoptée pour traiter et analyser à la fois les données qualitatives et quantitatives recueillies au moyen des interviews semi-structurées, des questionnaires et des guides d'entretien.

Pour le cas spécifique des questionnaires, le logiciel SPSS a été mis à contribution pour le traitement, l'analyse des données ; au besoin le logiciel EXCEL pour la meilleure qualité de présentation des informations qu'elle permet.

2.3 LIMITES ET DIFFICULTÉS DE L'ÉTUDE.

La démarche systématique qui a guidé la réalisation de cette étude devrait conduire à des résultats scientifiques. Cependant, aucune méthodologie, aussi élaborée soit-elle ne peut prétendre surmonter toutes les limites probables d'une recherche de ce genre. Ceci est inhérent même au domaine des sciences sociales où la nature de l'homme (qui est ici sujet et objet d'étude), alimente à souhait bien des interrogations et un relativisme in pondéré.

La première difficulté à laquelle nous avons été confronté est l'insuffisance de l'encadrement. Ce manquement est dû au départ pour paris de notre premier directeur de mémoire. Nous avons été privé d'un encadrement qui aurait pu être d'une grande importance pour notre étude. Cela est d'autant plus vrai que c'est une personne qui a une bonne connaissance pédagogique et une bonne maîtrise de notre thème.

Aussi, a-t-il été difficile notamment l'enclavement et la méconnaissance de la position géographique de certaines mutuelles. Pour pouvoir se rendre dans certaines mutuelles il fallait emprunté les pistes latéritiques malgré l'absence de moyen financier.

Par ailleurs, l'étude a souffert d'une non-disponibilité de certaines informations pour approfondir les analyses. Cela concerne plus particulièrement les informations d'ordre quantitatives pouvant étayer l'analyse de la réassurance. A titre d'exemple, il n'existe aucune information chiffrée permettant d'estimer les coûts réels des actes chirurgicaux. De même il n'existe aucune confiance dans la plupart des mutuelles et la CRMST.

Au regard de ces carences qui ont marqué la recherche, nous invitons les éventuels utilisateurs à la prudence en se gardant de considérer les conclusions tirées comme une panacée. En effet, ce document n'est que le fruit du travail d'un stagiaire en fin de formation, et en tant que tel ne saurait prétendre à la perfection. Néanmoins, les difficultés énumérées ci-dessus n'ont pas entamé de façon absolue la scientificité de la recherche, d'autant plus que beaucoup d'entre elles ont été plus ou moins surmontées. En

conséquence, le document peut tout au moins aider à la prise de décision et servir de tremplin à d'éventuels chercheurs désireux d'approfondir la recherche.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

IV. CADRE DE L'ETUDE

L'analyse du cadre de l'étude se fera par la présentation de la région de Thiès ensuite par l'analyse de l'état de santé des populations suivie par une présentation de l'offre de soins et enfin nous présenterons la mutualité dans la région mère qui est Thiès.

1. PRÉSENTATION DE LA RÉGION DE THIÈS

La région de Thiès, vaste de 6610 km² soit 3,32 % de la superficie du Sénégal est limitée à l'est par les régions de Diourbel et de Fatick ; à l'ouest par la région de Dakar et l'océan Atlantique, au nord par la région de Louga et au sud par la région de Fatick.

Du point de vue administratif, la région de Thiès comprend 3 départements, 10 communes, 10 arrondissements et 31 communautés rurales.

La population totale est estimée à 1.310.000 habitants avec une densité moyenne de

199 habitants/ km² et un taux de croissance de 2,72%.

Les principales caractéristiques démographiques sont la prédominance de la frange jeune dont les moins de 20 ans représentent 60 % des habitants de la région et celle des femmes représentant 52 % de la population.

Les populations vivant respectivement en milieu rural, urbain et péri-urbain représentent 61% et 39%. La taille moyenne des ménages est de 8 personnes et 17% de ces ménages sont dirigés par des femmes.

A l'image du reste du pays, 71 % des revenus se retrouvent entre les mains de 40 % de la population urbaine tandis que les ruraux (60 %) se partagent les 29 % restants. Le PNB est de 529 \$ us depuis la dévaluation alors que le taux d'accroissement passe de 1,2 % à 5 %.

Le principal secteur d'activités reste l'agriculture suivie de la pêche et du tourisme.

Le secteur de l'informel est très dynamique et concerne 60 % des actifs de la région mais sa part dans la valeur ajoutée est très peu maîtrisée. Le taux de chômage et de sous-emploi est de l'ordre de 24 %.

La mobilité entre les secteurs formel et informel n'est pas non plus bien cernée. Le taux brut de scolarisation est de 67 % et celle des filles est estimée à 25 %.

La région compte 750 groupements de femmes et 15 associations de femmes ainsi que de très nombreuses ASC (associations sportives et culturelles). Toutes ces organisations participent aux diverses activités de prévention et de promotion de la santé dans le cadre de la collaboration avec le Développement à la base, le Développement Communautaire et les responsables des services de santé.

2. L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS

L'état de santé de la région est dominé par les maladies infectieuses à la tête desquelles se trouve le paludisme. Les informations disponibles dans les statistiques sanitaires révèlent les indicateurs sanitaires suivants :

- ✦ Taux de natalité : 46/ 1.000
- ✦ Taux de mortalité maternelle : 510/ 100. 000 naissances vivantes
- ✦ Grossesses attendues = 60.260
- ✦ 49% des femmes enceintes ont recours au CPN avec un taux d'achèvement de 46%
- ✦ Le nombre de grossesses à risque attendues est de 12 %
- ✦ 67% des femmes vues en CPN accouchent dans les maternités
- ✦ Le taux de couverture contraceptive est de 7 %
- ✦ 1. 570 interventions chirurgicales / an
- ✦ 270 césariennes sur les 13. 500 attendue
- ✦ Hospitalisations = 24. 867
- ✦ Dépenses publiques de santé = 450 francs CFA/ personne/ an.

Au niveau des ménages, la dépense mensuelle moyenne de chaque individu est de 70,6 francs CFA pour la cotisation et 329, 5 francs CFA pour les médicaments.

3. L'OFFRE DE SOINS

Du point de vue de l'offre, la région est couverte par :

- ✦ 176 cases de santé
- ✦ 94 postes de santé dont 77 publics et 17 privés
- ✦ 9 centres de santé qui correspondent aux hôpitaux de district
- ✦ 2 hôpitaux (1 public et 1 privé).

La région de Thiès est une région pionnière dans le domaine des mutuelles de santé au Sénégal mais aussi en Afrique de l'ouest et offre une riche expérience sur la mutualité. Une coordination y est créée depuis 4 ans par les promoteurs. C'est une structure ayant pour vocation d'harmoniser l'ensemble des approches mutualistes et de servir d'interface en vue de faciliter les relations entre les mutuelles de santé et leurs partenaires. Parallèlement, la coordination diocésaine contrôle les mutuelles de santé rurales. Elle est plus ancienne que la coordination régionale dont la naissance occasionna quelques conflits de positionnement jusqu'à une période récente.

4. LA MUTUALITÉ À THIÈS

Tous les aspects de la mutualité seront traités dans cette partie de la définition en passant par les cotisations, les risques couverts et en dernier lieu les effectifs des mutuelles enquêtées.

4.1 LES MUTUELLES

a) La mutualité

Une mutuelle de santé est un mécanisme d'assurance volontaire, à but non lucratif, élaborée sur la base d'une éthique d'aide mutuelle, de solidarité et de prise en charge collective des risques sanitaires et dont les membres participent effectivement à la gestion et au fonctionnement.

Les mutuelles de santé remplissent les mêmes fonctions d'intermédiation (fonctions de collecte de revenus et d'achat des soins de santé) et de couverture contre les risques financiers associés à la maladie (fonction d'assurance) pour leurs membres que les autres systèmes traditionnels d'assurance maladie (assurance sociale, assurance commerciale). Quatre critères, cependant, les distinguent de ces systèmes traditionnels :

Ce sont des organisations basées sur l'association volontaire, à but non lucratif, qui mettent en œuvre la solidarité qui se traduit par la fixation des droits d'adhésion, des primes

et des cotisations sur une base communautaire et non individuelle, qui sont gérées par leurs membres.

Les mutuelles de santé enquêtées ont emprunté leur structure organisationnelle des modes d'organisation et de fonctionnement du mouvement associatif et des principes de l'économie sociale.

La mutuelle est fondée et contrôlée par les membres bénéficiaires eux-mêmes, pour répondre à leurs besoins en matière de santé; les membres des organes de gestion sont élus selon les règles démocratiques. A l'image de toutes autres formes d'organisation du mouvement associatif, les mutuelles de santé disposent de structures comme l'assemblée générale, le conseil d'administration et un bureau avec différentes commissions.

Leurs ressources sont presque exclusivement composées des droits d'adhésion et des cotisations des membres.

b) Les cotisations des mutuelles de Thiès

Tableau I: la répartition des cotisations des mutuelles enquêtées

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Valide	100	3	27,3	27,3
	150	3	27,3	54,5
	200	3	27,3	81,8
	250	1	9,1	90,9
	665	1	9,1	100,00
	Total	11	100,00	

Source : enquête Mémoire DSES CHEIKH M SARR, CESAG, 2006

Le tableau ci-dessus montre que trois mutuelles ont des primes d'assurances de 100 F CFA et aussi le même nombre de mutuelles pour la cotisation de 150 F CFA par bénéficiaires et par mois. Les primes de trois micro assureurs s'élèvent à 200 F CFA par bénéficiaires alors qu'une mutuelle a fixé les cotisations à 250 F CFA. Seul une mutuelle à des primes d'assurances individuelles de plus de 500 F CFA, c'est Faggu avec 665 F CFA référence tableau1. Ces informations montrent que ce sont effectivement des assureurs

sociaux pour des populations à faibles revenus. En effet, les primes ne sont pas très élevées compte tenu de la spécificité des personnes concernées, naturellement cela à un impact sur le niveau des réserves.

c) Les soins couverts par les mutuelles de Thiès

Les mutuelles prennent en charge leurs membres qui subissent des risques. On peut les classer en deux sortes :

Les petits risques : ils concernent les cas de maladie pris en charge au niveau des centres de santé et qui ne nécessitent pas par ailleurs de grosses dépenses. Il s'agit des consultations, vaccinations, petite chirurgie, accouchements simples etc.

Les gros risques : ils concernent les cas de maladie graves pris en charge au niveau des hôpitaux. Bien que la survenue des gros risques soit rare, leur prise en charge se révèle très coûteuse. Les gros risques comprennent les hospitalisations, actes chirurgicaux, accouchements compliqués et les actes spécialisés etc.

d) les effectifs de bénéficiaires des mutuelles

La mutuelle de wer ak werlé a un effectif de 2319 bénéficiaires, celle de Lallane Diassap et léhar ont des tailles respectives de 1960 et 1220 bénéficiaires. Koudiadiène et Petit Thialy se retrouvent avec respectivement 2602 et 1129 membres et ayant droits. Thiénéba(1150) Faggu (1528), Soppanté et fandéne se retrouvent avec 6426 et 3580, ce qui constitue de très bons effectifs pour la mutualisation des risques. De manière globale les cédantes de la région de Thiès ont de très bon niveau d'effectif pour la mutualisation des risques.

4.2 PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL : 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 toutes les ressources,

- ☞ la promotion du développement des sociétés locales par l'intégration et la diversification des activités professionnelles,
- ☞ 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

CESAG - BIBLIOTHEQUE

V. LES RESULTATS

La présentation se fera en deux parties, la première consistera à exposer les informations qui militent en faveur de la réassurance comme moyen efficace pour répondre aux difficultés auxquelles sont confrontées les mutuelles de santé. L'exposé sera axé sur les problèmes financiers des mutualistes. Ensuite nous allons voir le système remboursement des mutuelles de santé de Thiès.

Les indicateurs qui seront utilisés dans cette étude sont nombreux. Les arriérés de cotisation, les dettes de prestation, les primes d'assurance et les dépenses de santé serviront à mesurer les difficultés financières des cédantes. La gamme des soins est constituée de l'hospitalisation et des actes chirurgicaux. Le but est de déterminer les durées moyennes de séjour et les coûts moyens de ces périls couverts. La fluctuation des risques couverts, l'estimation des risques assurés et les coûts administratifs fourniront les prémices d'informations de la réassurance.

1. ANALYSE DE LA SITUATION DES MUTUELLES THIÈS

Elle concerne les problèmes que rencontrent les mutuelles de Thiès les créances des mutuelles sur les mutualistes caractérisées par les arriérés de primes et les dettes des prestations.

1.1 Les créances des mutuelles sur les mutualistes

Les ressources financières que les mutualistes doivent aux assureurs initiaux et qui sont présentées dans cette partie sont de deux ordres à savoir les arriérés de primes, source essentielle de revenu des mutuelles et les dettes pour prestation. Cette dette est occasionnée par les séjours d'hospitalisation au delà de la période contractuellement prise en charge. La présentation vise à montrer le volume et l'ampleur afin que des mesures correctives soient prises.

Toutes les mutuelles ne prennent en charge les séjours d'hospitalisation.

Ces journées d'hospitalisation varient entre cinq et quinze jours ; en outre, seul Faggu et fandéne prennent en charge les actes chirurgicaux. Par ailleurs, les consultations, les médicaments et les soins maternels font la plus grande attention des assureurs initiaux. De plus quatre mutuelles prennent en charge les analyses médicales et d'autre type de prestation.

1.1.1 Les arriérés de primes

Ce tableau retrace le montant des arriérés de cotisation par mutuelle qui peut avoir des conséquences sur la continuité du service.

La sanction des gérants entraîne dans la plus part de cas à une exclusion du bénéficiaire.

Tableau II: Arriérés de prime d'assurance par mutuelle

Nom de la mutuelle	Arriérés de cotisation			
	Moyenne	Effectif concerné	Ecart-type	Total
Fandéne	2608,49	59/3035	3486,92	153901
Grand thialy	31447,22	72/339	27935,63	2264200
Petit thialy	3530 ; 77	13/2034	2245,14	45900
And faggaru	10304,88	82/1675	13851,74	845000
Wer werlé	6409,26	81/177	6450,54	519150
Lalane diassap	10861,03	145/294	15968,54	1574850
Koudia diéne	5954,07	135/2184	9620,29	803800
Léhar	2771,63	104/2180	2695,52	288250
Mboro	17665 ,97	144/1158	17919,68	2543900
Gaye gaye	2748,67	113/	2081,37	310600
Pout	4209,09	66/1040	3888,67	277800
Tiénaba	7314,29	21/	6569,40	153600
Mont rolland	16195,29	85/	8805,95	1376600
Fissel	7213,95	43/503	4792,23	310200
Sangué	7496,92	130/823	8010,63	974600
Mbaback	7773,71	116/1077	6851,11	901750
Jappo	19310,75	186/1164	36446,63	3591800
Tivaoune	1875,00	4/292	1117,66	7500
Unacois mbour	10028,74	111/	7734,44	1113190
Total	10559,41	1710	17609,42	18056591

Source : enquête 2002 PHR+

Par déficit de données fiables sur les primes celles recueillies par PHR+ en 2002 ont été exploitées pour donner une information sur les arriérés de primes des mutuelles.

Le choix des mutuelles étudiées étaient bien expliqué dans la partie méthodologie l'exploitation de ce tableau concernera que les mutuelles enquêtées dans notre étude.

Les informations au sujet des arriérés de prime que les adhérents doivent aux assureurs sont intéressantes. La moyenne globale de ces arriérés par bénéficiaires est de 10.560 F CFA. Cependant, des inégalités apparaissent lorsque les mutuelles sont prises

individuellement. Les mutualistes de Mont Rolland doivent en moyenne par bénéficiaires 16.195 F CFA avec un écart à la moyenne de 8.805 F CFA.

Pour les adhérents de lallane Diassap, la moyenne des arriérés de prime oscille aux alentours de 10.000 F CFA. Toutes les autres mutuelles visitées ont des arriérés de cotisation dans l'intervalle de [5000-10.000].

Le déficit de sept mutuelles en matière de prime d'assurance non collectée oscille entre 0 et 5.000 FCFA. Les effectifs concernés ne sont pas uniformément répartis au sein des mutuelles. Pour moins de 50 bénéficiaires ayant des arriérés de prime seulement deux mutuelles sont concernées. Trois assureurs initiaux sont concernés par la fourchette de 50 à 100 bénéficiaires qui ont des primes à payer. Deux mutuelles ont plus de 100 personnes liées au phénomène d'arriérés de prime d'assurance.

Le total du déficit de réserve lié à la question des primes non collectées est de 18.056.590 F CFA. Ce déficit est de l'ordre de plus du million pour six cédantes ; mais seule deux mutuelles enquêtées font partie de ce lot ce sont lallane Diassap qui totalise 1.574.850 F CFA soit 8,72%, Mont Rolland avec 1.376.600 F CFA soit 7,62%. Deux micros assureurs ont des primes non collectées qui avoisinent le million. Ces mutuelles sont Baback qui totalise 901.750 F CFA, Kouadiadiène avec 803.800 F CFA. Seule la mutuelle de Petit Thialy a des arriérés 45.900 F CFA, les deux autres n'ont pas pu collecter des cotisations qui oscillent entre 100.000F CFA et 500.00 F CFA. Les primes non collectées ne sont pas les seules à causer le déficit des réserves des assureurs, le préfinancement des mutuelles de sante pour les prestations au-delà de la période contractuelle sont en cause également. Le tableau ci-dessous présente la situation des arriérés de frais de prestation par mutuelle.

1.1.2 Les arriérés de prestation

Les arriérés concernent essentiellement les dettes des prestations dues par les dépassements de la durée d'hospitalisation. Ce tableau retrace les montants par mutuelle.

Tableau III : montant des dettes de prestation par mutuelle

Nom de la mutuelle	Moyenne	Effectif	Ecart-type	Total
Fandéne	21705,83	60/3035	54724,09	1302350
Grand thialy	0,00	72/339	0,00	0
Petit thialy	2692,31	13/2034	9707,25	35000
And faggaru	385,37	82/1675	3489,64	3489,64
Wer werlé	1640,49	81/177	9175,23	132880
Lalane diassap	5338,06	144/294	18922,79	768680
Koudia diéne	3804,15	135/2184	12164,26	513560
Léhar	4052,88	104/2180	12862,59	421500
Mboro	0,00	144/1158	0,00	0
Gaye gaye	0,00	113/	0,00	0
Pout	0,00	66/1040	0,00	0
Tiénaba	2190,48	21/	7890,62	46000
Mont rolland	7784,71	85/	60773,08	661700
Fissel	0,00	43/503	0,00	0
Sangué	2695,31	128/823	18230,07	345000
Mbaback	0,00	116/1077	0,00	0
Jappo	94,59	185/1164	1059,62	17500
Tivaoune	0,00	4/292	0	0
Unacois mbour	0	111	0	0
Total	2504,84	1707	19653,18	4275770

Source : enquête 2002 PHR+

La première remarque importante est que les adhérents doivent 4.275.770 F CFA au titre des prestations. Fandéne est la mutuelle qui possède le plus de dette de prestation sur les mutualistes, la somme s'élève à 1.302.350 F CFA. Ces ressources financières de prestation non remboursées sont de 768. 680 F CFA pour Lallane Diassap, 661 ;700 F CFA pour Mont Rolland, 513.560 F CFA pour Koudianéne, 421.500 F CFA pour Léhar, tandis qu'elles sont de 132.880 F CFA à la micro assurance de Wer Werlé. Deux assureurs ont des préfinancements de prestation non remboursées de moins de 50.000 F CFA alors que pour les trois autres mutuelles cette dette est nulle.

En moyenne, les mutualistes doivent par structures de micro assurance maladie et par bénéficiaire la somme de 2.505 F CFA au titre des prestations. La mutuelle de Fandéne a une moyenne de dette de prestation de 21.710 F CFA, ce qui fait huit fois la moyenne générale. Quant à la mutuelle de Mont Rolland, sa moyenne est de 7.790 F CFA, six mutuelles comprises entre 1.000 F CFA et 5 .000 F CFA.

1.1.3 Les créances menacent la survie des mutuelles

Le minimum des ressources financières non collectées est 850 F CFA et le maximum de 552.500 F CFA. Quelques cas de mutualistes ayant des arriérés de prime et de non-remboursement des ressources financières pour prestation ont été constatés. Or ces cas ne devraient pas se produire dans la mesure où les adhérents ayant des retards de primes ne doivent pas être pris en charge.

Le volume des primes d'assurance non collecté s'élève à 1.056.590FCFA alors que celui des dettes au titre des prestations est de 4.275.770FCFA. Le total donne la somme de 22.332.360 FCFA sur la période de 1997 à 2001 ; Ce déficit est un manque à gagner qui pèse sur la sinistralité du portefeuille des micros assureurs maladie. Le nombre restreint des bénéficiaires par mutuelle et par an concernés par des arriérés de cotisation et des frais de prestation non remboursés semble être à la base de l'insouciance des gérants vis à vis de ce phénomène qui prend de l'ampleur. Si ce déficit continu de s'accroître avec un nombre de plus en plus important de bénéficiaires, et que celui des prestations atteint la valeur des cotisations, les mutuelles de santé risquent de se trouver en situation de cessation de paiement des prestations. Or c'est une situation qui n'est pas de nature à crédibiliser ces structures de financement.

En outre, l'ampleur du phénomène est importante dans la mesure où c'est neuf micros assureurs maladie sur 10 qui sont concernés par les remboursements de frais de prestations et la quasi-totalité de ceux-ci pour des arriérés de cotisation. 1710 mutualistes sont concernés par les primes non collectées tandis que 100 parmi eux le sont pour les frais de prestation non remboursés. L'ampleur du phénomène et le volume des ressources financières dues aux mutuelles de santé contrastent avec les réponses des gérants sur la situation des micros assureurs autofinancés.

De plus, la prime d'assurance de la majorité des assureurs initiaux est de 100 FCFA.

Ces primes insuffisantes ne peuvent pas couvrir convenablement leurs dépenses de santé compte tenu des pertes constatées. Etant donné l'existence des arriérés de primes et des prestations, l'idée des difficultés dans la couverture des dépenses de santé est peut être renforcée.

Un autre point qui concourt au renforcement de l'idée de la réassurance est le nombre de mutuelles dans le pooling des risques. En effet, plus le nombre est important plus la prime /mutuelle et les charges administratives payables aux cessionnaires sont petites. Ce qui est le cas actuel avec ces assureurs. En outre, puisque certaines séantes ne couvrent pas les actes chirurgicaux, en élargissant la gamme des prestations à celle-ci, il est possible

d'intéresser un nombre plus important de personnes .L'augmentation de la taille des groupes est un levier important dans l'application de la réassurance.

1.1.4 L'origine principale des créances : le coût des séjours hospitaliers

Les durées d'hospitalisation des deux structures sanitaires de prises en charge des patients et des membres des mutuelles sont répertoriées dans le tableau ci-dessous

Tableau IV : Durées moyennes d'hospitalisations par hôpital

Nom de la structure	moyenne	N	Ecart type	Médiane	Médiane de groupes	Variance	Somme
Hôpital Saint Jean de Dieu	7,02	420	4,857	6,00	5,81	23,589	2950
Hôpital Régional de Thiès	9,89	199	9,564	7,00	6,78	91,469	1969
Total	7,95	619	6,863	6,00	5,97	47,00	4919

Source : enquête 2002 PHR+

La durée d'hospitalisation est de 7,02 jours pour l'hôpital Saint Jean de Thiès avec un écart double type de 4,86. Celle-ci est de 9,89 jours pour l'hôpital Régional de Thiès avec un écart double de 9,56 pratiquement identique à la moyenne. Ce grand écart à la moyenne est la preuve que les hospitalisations sont plus longues à l'HRT, cela parce que l'HSJD a enregistré le plus grand nombre identique à la somme des carrés de cette classe, cette moyenne des carrés intra-classe est égale à 47,12. La P- value de 0,394 est largement supérieur.

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

NOM DES MUTUELLES	Coût moyen en 2004	Coût moyen en 2005	Pourcentage d'augmentation
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

Source : enquête Mémoire DSES CHEIKH M SARR, CESAG, 2006

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

Ce qui entraîne beaucoup plus de dépense aux mutuelles de santé.

La part de chaque prestation dans la dépense totale en soins de santé des mutuelles enquêtées.

Tableau VI: la répartition des dépenses de santé de 2004 et de 2005 des mutuelles enquêtées

ANNEES	2004	2005
HOSPITALISATION	63%	55%
ACTES CHIRURGICAUX	13%	10%
SOINS PRIMAIRES	24%	35%

Source : enquête Mémoire DSES CHEIKH M SARR, CESAG, 2006

Ce tableau montre que les hospitalisations absorbent 63% des dépenses de santé de l'année 2004 contre 13% pour les actes chirurgicaux et 24% pour les soins de santé primaires.

En 2005 la part des hospitalisations et des actes chirurgicaux diminue au profit des soins primaires ceci peut être expliqué par le montant très élevé des dettes des mutualistes par rapport à la mutuelle d'une part mais aussi par la cherté des hospitalisations et des actes chirurgicaux d'autre part. Par ailleurs on a constaté à l'HSJD, 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 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.

Par ailleurs reste à s'informer sur le système de remboursement des ressources financières que les mutualistes doivent aux micros assureurs.

1.2 Les potentialités de la réassurance

Cette partie traite les différents types de réassurance ensuite les problèmes que peut résoudre ce système et enfin de donner la perception de la réassurance par les mutualiste.

1.2.1 Les différents types de réassurance

On peut définir la réassurance comme un contrat par lequel le cédant qui est l'assureur direct se décharge sur le cessionnaire de tout ou partie des risques qu'il a souscrit et les cotisations correspondantes.

En guise de rappel global sur la réassurance il faut savoir que les contrats de réassurance sont de deux natures : elle peut être proportionnelle et non proportionnelle. Elle a trois modalités : elle peut être soit facultative, soit facultative obligatoire, soit obligatoire. Enfin, elle a quatre fonctions qui sont :

- Augmenter le plein de souscription de la cédante
- Protéger les résultats techniques nets contre les écarts de probabilité
- Homogénéiser les rétentions de la cédante
- Faciliter le règlement des sinistres importants ou le démarrage de certaines branches par un apport de trésorerie.

Le traité en excédent de sinistre ou « Excess loss »

« Dans cette forme de traité de la réassurance non proportionnelle, le réassureur peut convenir de prendre à sa charge moyennant le paiement d'une somme convenue la partie des sinistres qui est supérieure à une priorité ou franchise fixée dans le traité » (YEATMAN J : 1998 :209). Cette forme de la réassurance est celle qui protège la cédante contre les sinistres exceptionnels. Ce sont ces excédents de sinistres qui seront rétrocédés au cessionnaire afin qu'il ne reste à la charge des assureurs initiaux que les priorités. ces franchises sont celles qui sont conformes à la capacité des mutuelles.

Les périls couverts

Les périls couverts ou risques couverts évoquent ce à quoi les biens assurés sont exposés. Concernant les mutuelles de santé, c'est l'ensemble des pathologies dont peuvent souffrir les assurés. La gamme de prestation circonscrite à la création des mutuelles de

santé aux soins de santé primaires s'élargie de plus en plus aux soins secondaires et tertiaires. Ces périls couverts font l'objet d'une attention particulière dans le cadre d'une négociation entre cédante et cessionnaire.

La liste retenue dans cette étude sur la réassurance concerne les gros risques comme les hospitalisations et les actes chirurgicaux dont la demande est de plus en plus forte au sein de la population mutualiste. Ces prestations sont onéreuses et considérées comme catastrophiques. En dehors de ces prestations d'autres mutuelles presque toutes veulent se décharger totalement dans la caisse de la réassurance et considèrent que même les soins de santé primaires (SSP) doivent être comprises dans le paquet de service de la réassurance.

Le risque

Le risque concerne la personne ou le bien exposé au péril couvert. Dans le projet de réassurance, le risque prend en compte l'ensemble des bénéficiaires (les mutualistes et leurs ayants droits). Les micro assurances autofinancées accordent leur protection à ces personnes en échange d'une prime. Le cessionnaire après examen du portefeuille des assureurs initiaux, analyse du profil de risque des cédantes par le biais des statistiques des sinistres antérieurs et en accord avec son expérience peut mesurer son exposition à partir priorité fixée et sa solvabilité.

Le sinistre ou la perte

C'est la matérialisation du risque pour l'assureur à la suite de la manifestation du péril couvert. Dans l'étude, la perte est l'intervention chirurgicale fait sur un mutualiste ou un ayant droit et/ou l'hospitalisation de l'un d'eux. Lorsque le montant du sinistre est supérieur à la franchise, le réassureur est engagé pour l'excédent. Son règlement se fera sur la base d'une « perte nette définitive » ou « ultimate nette loss » qui comprend la somme des indemnités dues au sinistre et les frais supportés par la cédante.

L'événement

Au sens de la réassurance facultative, sera considéré comme un seul événement réassuré le total des indemnités d'assurance dû en règlement de sinistres résultant d'un même fait générateur ou d'une même fait générateur ou d'une cause unique, délimitée dans le temps et dans l'espace, quel que soit le nombre de ces sinistres ou, en cas de cession conjointe des polices originales affectées. Pour l'étude qui est développée ici, il s agit de l'ensemble des indemnisations pour toute pathologie ayant occasionné des actes chirurgicaux et ou des séjours d'hospitalisation excédant la priorité au cours de l'exercice.

1.2.2 Les problèmes que peut résoudre la réassurance

Les dettes contractées par les adhérents auprès de leur mutuelle commencent à poser problème notamment au niveau des mutuelles les plus anciennes, Fandéne par exemple.

Cette situation découle :

- a. d'une durée de séjour à l'hôpital du bénéficiaire au delà de la période contractuellement prise en charge par la mutuelle et qui va de 8 à 15 jours. L'adhérent dans le cas d'espèce signe une reconnaissance de dette pour le montant de la facture à sa charge et que la mutuelle à régler à l'offreur de soin. Il négocie ensuite les modalités de règlement de cette dette à des conditions arrêtées d'accord partie en lui même et le gérant de la mutuelle. Mais dans la plus part des cas les mutualistes ne sont pas en situation d'honorer les souscrits.
 - b. de la quote part du coût des prestations relatives aux actes chirurgicaux pour les rares mutuelles qui offrent dans la gamme des services pris en charge par la mutuelle, l'accès aux prestations chirurgicales. Cette quote part pour la mutuelle de fandéne est de 50% pour l'adhérent, la mutuelle réglant à l'offre de soin la totalité de la facture et faisant signe à l'intéressé
- ☞ Une reconnaissance de dette
 - ☞ Une échéance de règlement

Les dettes peuvent être importantes selon la taille et l'ancienneté de la mutuelle d'une part, l'implication dans la prise en charge des actes chirurgicaux d'autre part.

En effet les prestations pour actes chirurgicaux sont chères.

- ☞ K ayant valeur de 1500 Fcfa à Saint Jean de Dieu et les mutuelles compte tenu de la réduction de 30% sur la base d'une moyenne de 80 K le coût de la prestation serait de l'ordre de 84000 f dont 42000f à la charge de l'adhérent
- ☞ A titre indicatif à la maladie de la prostate l'opération s'évalue à 120 K $(1050 \times 120) = 126000f$

L'enquête auprès de deux mutuelles donne :

- Offre limitée à l'hospitalisation
- Offre incluant les actes chirurgicaux à relevé les situations suivantes
 - Lalane Diassap : 584555 F de dette
 - Fandéne : 4800000 F de dette dont 75% de dette concerne les coûts de prestations chirurgicales soit
 - 1200000 F (hospitalisation)
 - 3600000 F (chirurgie)

La situation de l'endettement grève lourdement les réserves lesquelles s'étiolent au point d'exposer la mutuelle à une situation de cessation de paiement dans un proche avenir si des mesures idoines n'étaient prises à temps à l'effet de juguler l'évolution de la situation des créances des mutuelles sur les membres.

De plus en plus la question qui se pose en milieu mutualiste est de savoir relativement à l'équité s'il est normal pour une assurance limitée à 10 jours par exemple de réclamer le règlement de trois journées supplémentaires aux bénéficiaires alors que celui-ci ou un membre du même ménage n'a consommé antérieurement que 5 jours, donc la moitié de la durée contractuelle. Elle devrait permettre de gérer les cas d'hospitalisation et les créances sur les primes, comme nous le montrerons dans nos deux propositions détaillées.

1.2.3 Les perceptions de la réassurance par les mutuelles

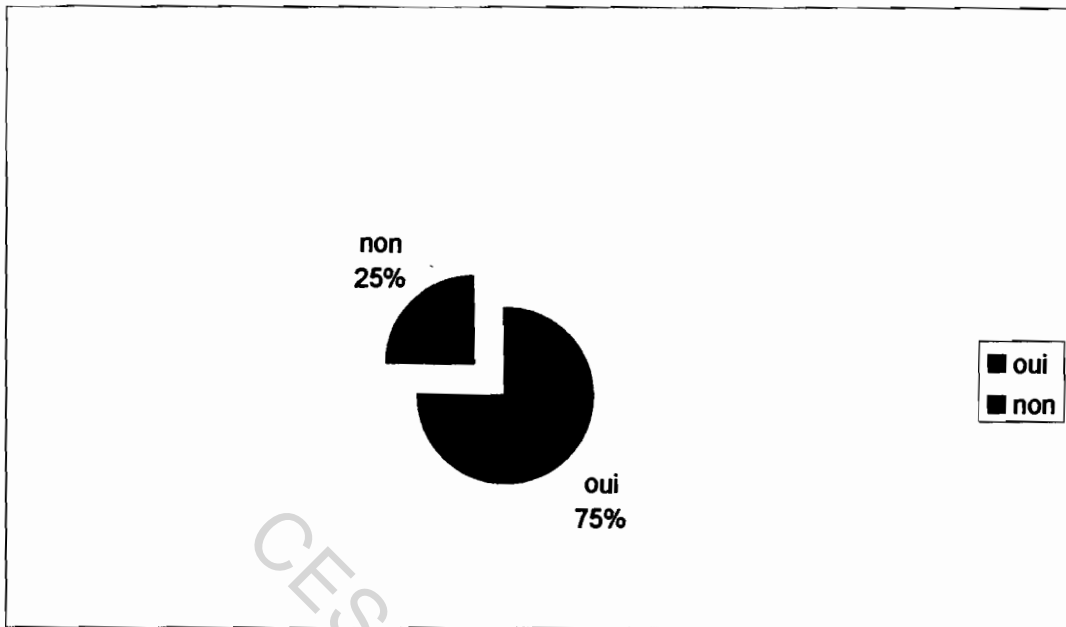
Les principaux acteurs qui pourraient contribuer à la constitution de ce fond sont :

Les mutuelles de santé du fait qu'elles seront les principales bénéficiaires. Or les enquêtes ont révélé que 100 % des mutuelles de santé sont pour la création de ce système de réassurance mais deux mutuelles ont émis des réserves par rapport à la gestion.

Toutes les mutuelles de santé visitées prennent en charge les gros risques (hospitalisations, actes chirurgicaux).

75% des mutualistes connaissent la réassurance contre 25%. Comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique n°1 : avez-vous entendu parler de la réassurance



Source : enquête Mémoire DSES CHEIKH M SARR, CESAG, 2006

Base de calcul de la participation financière

La mise en place de réassurance nécessite une participation financière des mutuelles de santé qui seront les principales bénéficiaires. Les mutuelles enquêtées en acceptent le principe et en précisent les modalités.

75% des mutuelles enquêtées estiment que la caisse de réassurance doit être calculée au prorata des cotisations.

Graphique n°2 : Base de calcul de la participation financière des mutuelles de santé

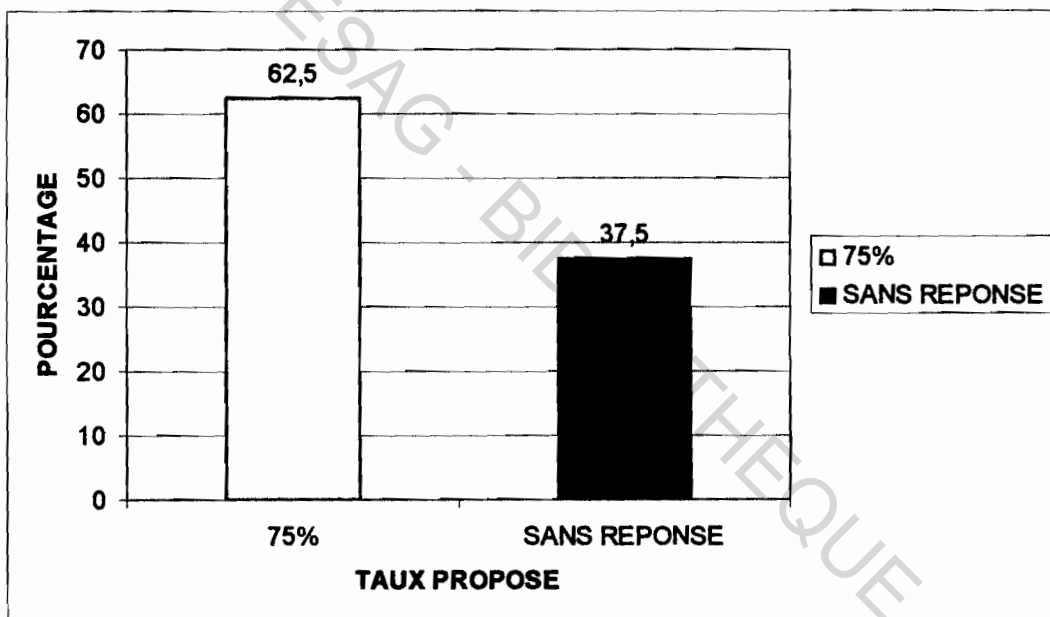


Source : enquête Mémoire DSES CHEIKH M SARR, CESAG, 2006

Ainsi un taux serait appliqué sur le montant total des cotisations de chaque bénéficiaire. Il est à noter cependant que le problème de recouvrement des cotisations pourrait être un handicap pour la réussite de la réassurance. Mais pour toutes les mutuelles enquêtées ce problème ne se pose pratiquement pas du fait de la faiblesse de leurs cotisations variant de 100F à 250F, à l'exemption de faggu qui est une mutuelle des retraités.

Après une proposition de base de calculs, il faut nécessairement un taux d'application.

Graphique n°3 : Option sur le taux de cotisation des bénéficiaires



Source : enquête Mémoire DSES CHEIKH M SARR, CESAG, 2006

Parmi les 75% des mutuelles de santé proposant la cotisation comme base de calcul de la participation financière 62,5% estiment qu'un taux de 75 % contre seulement 37,5% de sans réponse.

Les sans réponse estiment que la coordination régionale ne doit pas gérer la réassurance du fait d'un manque de transparence dans la gestion actuelle des affaires des mutuelles. Et se disent prêtes pour un recrutement d'un cabinet extérieur pour la gestion de la réassurance.

Ainsi en fonction des réalités du terrain évoquées en haut, nous formulons les recommandations et les propositions techniques et financières pour que la réassurance soit une réussite et réponde aux attentes des mutuelles de santé

CESAG - BIBLIOTHEQUE

2. Propositions : deux scénarii de réassurance

Dans notre analyse il ressort que la réassurance est faisable aussi bien techniquement que financièrement. Ainsi après analyse nous formulons ces propositions.

2.1 Les dispositifs proposés

Etant donné que la coordination des mutuelles de THIES regroupe toutes les mutuelles de santé nous proposons que cette structure négocie et recrute un cabinet qui se chargera de la gestion administrative et financière de la réassurance. Mais aussi elle peut se charger de la gestion mais au préalable il faut une discussion avec les mutuelles et ou un renouvellement du bureau de la coordination afin que tous les acteurs se sentent impliqués.

les mutuelles de santé

Les enquêtes ont révélé que les mutuelles ont émis deux sortes de réassurance.

Une première basée sur les gros risques (hospitalisation et actes chirurgicaux).

Une deuxième qui se calculera sur la base des cotisations et qui prendra même en charge les soins primaires. Ainsi la mutuelle se charge de la gestion administrative comme la délivrance des lettres de garantie de recouvrer les cotisations et verse en contre partie 75% de ses cotisations à la réassurance celle ci se chargera de régler la facture à chaque fois que la mutuelle à un malade. Les 25% des cotisations des mutuelles seront utilisés pour le fonctionnement et le paiement des transports des patients dans les lieux de soins.

Obligations de la coordination

Réception des adhésions et dépôts des mutuelles ayant adhéré à la réassurance

Procéder au recouvrement des cotisations des mutuelles membres de la réassurance.

Négocier avec les prestataires pour obtenir la diminution des coûts des hospitalisations et des actes chirurgicaux.

Faire valider cette présente étude de faisabilité de la réassurance par une assemblée générale de la coordination régionale de mutuelles de Thiès

Faciliter les conventionnements entre les mutuelles et les prestataires de soins

☛ L'Etat

La CRMST devrait solliciter l'appui de l'Etat par le biais du ministère de la Santé et de la prévention Médicale ce dernier devrait octroyer des subventions d'exploitation et d'investissement pour permettre au CRAIM de bien mener sa mission d'encadrement et d'appui aux mutuelles à la base.

Le système de réassurance peut aider les MS face à des problèmes pareils par la répartition des risques parce qu'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.

☛ Les Partenaires

Ils peuvent dans un premier temps supporter les frais d'administration de la réassurance.

L'octroi d'une subvention annuelle pour permettre la bonne marche de la réassurance

2.2 Premier scénario : La réassurance du gros risque (hospitalisations et actes chirurgicaux)

La gamme des services à offrir dans le cadre de la réassurance concerne les hospitalisations et les actes chirurgicaux. Ces prestations sont celles dont l'éventualité des dépenses à un caractère catastrophique car très onéreux. Leur prise en charge au niveau de la réassurance est salutaire pour les mutuelles qui se déchargent ainsi d'un fardeau qui grève fortement leur réserve.

Comme constaté dans l'analyse la réassurance doit concerner en premier lieu les hospitalisations et les actes chirurgicaux car les dettes des mutualistes envers les mutuelles sont dues soit d'une durée de séjour du bénéficiaire au delà de la période de prise en charge garantie par la mutuelle et comprise dans une fourchette de 8 à 15 jour.

Soit pour une cause d'une prise en charge partielle par la mutuelle des actes chirurgicaux (dont les prestations sont fort onéreuses) les bénéficiaires des dites prestations n'ayant pas les moyens d'assurer le règlement de leur quote part.

Compte tenu de ce qui précède, il sera proposé une stratégie distincte pour les deux cas de figure.

2.2.1 HOSPITALISATION

A l'examen des factures d'hospitalisation l'on constate que si des dépassements du plafond de séjour pris en charge par la mutuelle sont relevés dans bien des cas, par contre ce plafond est loin d'être atteint le plus généralement.

Il vient alors à l'esprit que la mise en place d'un mécanisme de régulation, de compensation pourrait constituer une solution au problème évoqué qui pourrait schématiquement se présenter comme suit

- a) Définition d'une durée moyenne d'hospitalisation sur la base de trois années et pour l'ensemble des mutuelles fonctionnelles à partir de 2004.

L'enquête révèle à l'unanimité la durée de 10 jours comme la moyenne à verser pour toutes les mutuelles qui ont un cas d'hospitalisation.

- b) Consensus obtenu des mutuelles membres de la coordination de régler uniformément les factures d'hospitalisation sur cette base.

- c) l'organisme de régulation qui est la caisse de réassurance est gérée au niveau de la coordination et aurait pour effet de réguler les dépassements par les économies réalisées sur les factures d'hospitalisations n'ayant pas atteint la moyenne convenue

Exemple la moyenne est de 10 journées soit à raison de 2000 Francs, la journée, le coût moyen par hospitalisation est de 20 .000 FCFA les mutuelles verseraient à la caisse de réassurance, le coût moyen arrêté (quel que soit par ailleurs le montant de la facture hospitalière). La caisse par contre verserait à l'hôpital le montant effectif de la facture d'hospitalisation.

Dans le cas de figure où la facture d'hospitalisation dépasserait vingt mille francs la caisse accuserait une perte.

Dans le cas de figure où la facture d'hospitalisation n'atteindrait pas vingt mille francs la caisse accuserait un bénéfice.

Ainsi donc d'une manière générale les pertes seraient régulées par les bénéfices.

2.2.2 ACTES CHIRURGICAUX

S'agissant des actes chirurgicaux le problème est plus complexe.

Il convient de signaler tout d'abord que seules quelques mutuelles prennent en charge les prestations relatives aux actes chirurgicaux dont :

- Fandène 50%
- Soppanté 35%

Devant les sollicitations de plus en plus pressentes de leurs membres, la tendance est à la généralisation de l'expérience de fandène.

Laquelle consiste à abaisser le plateau de prise en charge de l'hospitalisation (de 15 à 10 par exemple) à l'effet permettre à la mutuelles détendre l'assurance aux actes chirurgicaux à hauteur de 35 à 50 %.

Comme on le contact donc la quadrature du cercle demeure la pauvreté et corrélativement spirale quelle développe.

- Faible capacité contributive des membres (cotisations)

Entraînant

- Possibilité financière réduite des mutuelles

Débouchant sur

- Le plafonnement de la prise en charge limitée à 10 jours
- La limitation de l'assurance à l'hospitalisation et l'exclusion des actes chirurgicaux

L'effet de permettre la prise en charge par les mutuelles des actes chirurgicaux et à moindre risque la contribution de divers acteurs devant être sollicitée

a) L'offre de soin privée ou publique (réduction de 40 % du coût) de manière à ramener la valeur K à $1\,500 \times 60/100 = 900$

b) Le coût étant ramené à ce tarif préférentiel devant être pris en charge :

- par le mutualiste à hauteur de 20%
- par la mutuelle à hauteur de 40%
- par la caisse de réassurance à hauteur de 40%

La caisse de réassurance devrait tirer ses ressources

- de 75 % d'un fonds d'appui soit 15 % du montant de la facture au prix préférentiel
- 25% de la coordination régionale par contribution des mutuelles sur leurs fonds de réserve.

N.B : Pour cette forme de réassurance c'est très difficile de calculer compte tenu des données que nous disposons le montant annuel que les mutuelles de santé doivent verser à la réassurance.

2.3 Deuxième scénario : La réassurance globale

Cette forme de réassurance concerne les hospitalisations, les actes chirurgicaux et les soins de santé primaires. La mutuelle se décharge complètement de la caisse de réassurance gérant ainsi les lettres de garantie, le transport des malades dans les structures de soins.

Le règlement de la facture est géré par la réassurance, la participation des mutuelles est calculée sur la base des cotisations de leurs membres.

Deuxième scénario : la base de calcul est au prorata des cotisations

Tableau VII: Récapitulatifs des mutuelles visitées par rapport au montant de la cotisation le nombre d'adhérents et de bénéficiaires

nom de la mutuelle	montant de la cotisation /benf/mois en FCFA	nombre d'adhérents	nombre de bénéficiaires
wer ak werlé thiès	250	1120	2319
petit dialy	150	214	1129
sopanté	200	1071	6426
koudiadiène	100	413	2602
paddé de fandéne	200	533	3580
montrolland	150	326	1843
thiénaba	200	289	1150
lalane thiasap	200	441	1 960

Source : enquête Mémoire DSES CHEIKH M SARR, CESAG, 2006

Tableau VIII : Résultats du montant que les mutuelles doivent versées à la réassurance

Nom de la mutuelle	Montant de la cotisation /benf/mois en FCFA	Nombre de bénéficiaires	Montant du versement =75% de la cotisation	Montant mensuel à verser à la réassurance	Montant en FCFA annuel à verser à la réassurance
wer ak werlé thiès	250	2319	$250 \times 75 / 100 = 187,5$	434812,5	5217750
petit dialy	150	1129	$150 \times 75 / 100 = 112,5$	127012,5	1524150
sopanté	200	6426	$200 \times 75 / 100 = 150$	963900	11566800
koudiadiéne	100	2602	$100 \times 75 / 100 = 75$	195150	2341800
Paddé de fandéne	200	3580	$200 \times 75 / 100 = 187,5$	671250	8055000
montrolland	150	1843	$150 \times 75 / 100 = 112,5$	207337,5	2488050
thiénaba	200	1150	$200 \times 75 / 100 = 150$	172500	2070000
lalane thiasap	200	1 960	$200 \times 75 / 100 = 150$	294000	3528000
TOTAL		21009		3.065.962,5	36.791 .550

Source : enquête Mémoire DSES CHEIKH M SARR, CESAG, 2006

En plus de cette somme chaque mutuelle doit verser 10fcfa par bénéficiaire et par mois soit 2.521.080FCFA. Cette somme est destinée au fonctionnement de la réassurance.

CONCLUSION

La mutuelle dans le contexte africain, et sénégalais en particulier, a, comme il ressort de notre étude, un triple rôle :

1. Celui d'assurer aux populations l'accès à des soins de santé hospitaliers de qualité et dont le coût ne leur est pas accessible individuellement,
2. Celui d'affermir les liens de solidarité préexistants à travers une plus grande concertation pour des préoccupations communes fondamentales,
3. Celui de contribuer à l'éducation et à la sensibilisation des populations sur les mesures de prévention à appliquer pour éviter la maladie.

L'option pour le développement des mutuelles de santé au Sénégal a été celle dite ascendante, qui consiste à laisser les populations le soin de concevoir les formes d'organisation de mutuelles en fonction des réalités qui leur sont propres. C'est ainsi que selon les contextes, des mutuelles se sont créées avec des modes d'organisation et de fonctionnement différents.

L'avantage de cette démarche est de favoriser l'éclosion d'initiatives et une meilleure adaptation des mutuelles à leur environnement.

Au terme de l'étude portant sur La faisabilité d'un système de réassurance pour les mutuelles de santé de la région de Thiès, il convient de tirer les constats générales suivantes :

- ☞ L'importance des dettes des mutualistes vis à vis de la mutuelle
- ☞ Le changement de tarification de l'hôpital saint jean de dieu
- ☞ La rupture dans la prise en charge des prestations
- ☞ La difficulté de prendre en charge les actes chirurgicaux

Ce sont là autant de raisons qui en fin de compte posent des problèmes de fonctionnement et risquent de freiner le développement des mutuelles de santé de Thiès.

Si depuis des années, beaucoup d'effort ont été consenti pour la promotion et la mise en place de mutuelles de santé, les développements récents et les expériences vécus sur le terrain conduit à réfléchir sur la mise en place en place d'un mécanisme de leur pérennisation, et en particulier à la mise en place de la réassurance.

A la lumière de la situation ci dessus décrite, que la réassurance est faisable ainsi des recommandations ont été formulées allant dans le sens de la mise en place de ce système.

Des recommandations techniques qui se résument à confier la gestion de la réassurance à la CRMST.

Et des recommandations financières allant dans le sens de propositions de deux options de la réassurance avec même une estimation du montant annuel que les mutuelles doivent verser à la réassurance.

La réassurance est une assurance à second degré dont l'objectif est d'offrir aux mutuelles membres les services suivants :

- ☞ Renforcer le dynamisme des mutuelles
- ☞ Augmenter la gamme de service des mutuelles de santé
- ☞ Eviter les dettes des mutualistes par la prise en charge totale des hospitalisations et des actes chirurgicaux
- ☞ Crédibiliser les mutuelles de santé auprès des prestataires de soins
- ☞ Faciliter les conventionnements entre les mutuelles et les prestataires de soins

Ainsi une assemblée générale doit être organisée d'une manière participative avec toutes les mutuelles afin de faire un choix définitif d'une option de réassurance.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRE

ACOPAM : Mutuelles de santé en Afrique

- Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants
- Edition programme BIT-ACOPAM, Dakar, Sénégal, 1999

ATIM Chris : vers une meilleure santé en Afrique : Etude comparé du financement communautaire et de la mutualité, WSM /ANMC, Brussels, 1996

AURAY, JEAN PAUL ARIEL BENESNIAK, JEAN PIERRE CLAVERANNE ET GERARD DURU: dic commenté d 'Economie de la Santé, Ed. Masson, Paris 1996, 290 P.

BANQUE MONDIALE : Rapport sur le développement du monde : Investir dans la santé : indicateur du développement dans le monde, Ed. Oxford University Press, Washinton, 1993,339P.

BARESNIAK Ariel et GERARD DURU : Economie de la santé, Ed Masson, Paris, 2001,216P.

bled O et E : cours supérieur d'orthographe: cycle d'observation,6° Ed . CLASSIQUES HACHETTE, PARIS, 1954, 282P.

CODE CIMA TOME I : l'assurance dans les pays membres de la CIMA, Ed.les nouvelles éditions Africaines

CODE CIMA TOME II : Le régime juridique uniforme des entreprises d'assurance des pays membres de la CIMA, Ed. Juridique Africaine (EDJA), Dakar, février.1996, 202 P

David M DROR and Alexander S PREKER: SOCIAL RE- INSSURANCE: A new approach to Sustaining Community Heath Financing, The world Bank Washington, Sept 17, 2001, Op cit: J François Osterville: what risks can re-insurance couver. Principles of a re-insurance program.

CONTANDROPOULOS André-Pierre et al: Savoir préparer une recherche : la structurer, la financer, Ed. Les Presse de l'université de Montréal, Québec, 1990,180P.

DROR DAVID M AND ALEXANDER S PREKER: SOCIAL RE INSURANCE: A new approach to Sustaining Community Health Financing, The World Bank Washington, September 17, 2001, Op Cit Alexander. **PREKER, Jack LANGENBRUNNER** challenges in health care financing et **Mélitta JAKAB: Development**.

EVANGELOS A.C. Ajustement et Croissance en Afrique subsaharienne - Le chantier inachevé en Finance et Développement. L'Afrique à la croisée des chemins FMI, Mars 1999, PP. 6-9

EWARD FRANÇOIS ET LORENZI JEAN HERVE : Encyclopédie de l'assurance, Ed.Economica, Paris 1998, pp 1327-1485

JANOVWITZ B. MESASHAM D. ET WEST C. Aspects du financement des services de planification familiale en Afrique Sub saharienne
Axes prioritaires de gestion et de recherche, Guide sommaire 1
Rapport, FHI, Kenya, Naïrobi 1999

KA CHEIKH A. T. : assurance : les invisibles de l'Afrique de l'ouest,Ed. Les Nouvelles Editions Africaines, Dakar, Abijan, 1977, pp53-67.

LABOURDETTE Andé : Economie de la santé, Ed. Masson, Paris, 2001,216P.

LANDEL JAMES ET MARTINE CHARRE-SERVEAU : Lexique juridique et pratique des termes d'assurance, 2°Edition, Ed l'ARGUS, Paris, Mai 1997,352P.

LE PLAN STRATEGIE DE LA MUTUALITE AU SENEGAL élaboré en juillet 2004

LE ROBERT édition 2006

OMS Micro-Entreprises et développement sanitaire : L'expérience de la mutuelle de santé "Wer Werley" de l'union des réseaux PROFEMU
Rapport de Binta Yade Cissé - OMS Dakar, Juin 1999

OUTREVILLE JEAN FRANÇOIS: Theory and practice of insurance, Kluwer Academic Publisher, Boston, 1998.

SHAW R PAUL ET CHARLES GRIFFIN C : Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services de l'assurance, B.M, washington, 1995,111 P.

WILLIAM S,Jack P GIBSON et Robert A BREGMAN : 101 Ways to Cut business insurance costs without sacrificing protection,2° Ed. International Risk Management Institute, Dallas,Texas,1996,199 P.

WHO - Health and poverty in the content of country développement strategy:
A case study of Bangladesh - "Macro economics Health and Development" series
Number 26 - WHO, Geneva, November 1997

YEATMAN Jérôme : Manuel international de l'Assurance, Ed. Economica, Paris, 1998, pp 192-222.

MEMOIRES

CAMARA KARIM: financement de la santé dans un contexte socio-économique de pénurie : l'exemplarité de la mutuelle des armées du Sénégal, CESAG- ISS DSGS, Dakar

DIABATE AMADOU : Etude de la pertinence de la réassurance des mutuelles de santé de Thiès 2003

MARINA YO MENEOUAN : Etude des facteurs favorisant la viabilité des mutuelles de santé dans la couverture des gros risques dans la région de Thiès, CESAG- ISS- DSES, Dakar 2002 mémoires de fin d'étude : diagnostique de la mutuelle de santé de l'UJPM

SIMONE YOBOUET : Adéquation ressources financières et prestations de soins : Etude rétrospective portant sur quatre mutuelles de santé, CESAG-ISS-DSES, Mai 2002

TRAORE CORNEILLE Etude des déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé : expérience de la mutuelle de Sirarou au Bénin Mémoire de fin d'études N0 203 / 99 - IRSP / IRSPCO/ Bénin, Cotonou, 1999

SITES INTERNET

Concertation : www.concertation.org

République du Sénégal : www.gouv.sn

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN OU QUESTIONNAIRE

Les cibles

Etat

Bailleurs

Les gérants des mutuelles

Représentants des adhérents

Les grandes questions

Historique de l'assurance santé

Qu'est ce qui justifie la création de l'assurance santé

Quels sont les objectifs

Les différentes instances et leurs rôles

Composition du conseil d'administration (degré de représentativité de tous les membres)

Quelles les prestations couvertes par l'assurance santé

Quelles sont les structures sanitaires en partenariats avec la mutuelle

Quels sont vos autres partenaires

Quelles sont les clauses de la convention et qui les définit

Les appréciations sur la qualité des membres du conseil d'administration

Qui est bénéficiaire des services offerts par la mutuelle

Quelles sont les structures d'appui et comment se passe la collaboration

Comment sont gérés les conflits

Votre appréciation sur l'organisation de la mutuelle (gestion des adhérents, cotisation des prestations)

Etes-vous membres de la CRMST

Quelles sont vos relations

Quelles appréciations faites –vous sur le travail de la CRMST

Attentes et suggestions

**QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE POUR LA MISE EN PLACE D'UN
SYSTEME DE REASSURANCE POUR LES MUTUELLES MEMBRES DE
CRMST**

Description de la mutuelle :

Date de création de la mutuelle :

Dénomination

Sigle :

Siège

Personnes contact :

Président :

.....
.....

Secrétaire général :

.....
.....

Trésorier :

.....
.....

Gérant :

.....
.....

Condition d'adhésion :

.....
.....

Montant de la cotisation :

.....
.....

Date de création :

Nom de la mutuelle :

Nombre d'adhérents :

Nombre bénéficiaires :

Type de mutuelle :

Statut de la mutuelle : (Membre CRMST ou non)

Prestations couvertes	Taux de prises en charges	Nbre de jours
Consultation
Médicaments
Hospitalisation
Accouchement
Chirurgie...
Analyse
Radiographie
Evacuation
Soins dentaires
Autres

Années Nombre d'adhérents actuels Nombre d'adhérents à jours (cotisation)
 2003
 2004
 2005

Années Nombre de bénéficiaires actuels Nombre bénéf à jours (cotisation)
 2003
 2004
 2005

Années Nombre d'adhérents démissionnaires Nombre de bénéf démissionnaires
 2003
 2004
 2005

Les raisons des démissions

Manque de satisfaction incapable à cotiser autres à préciser

Relation avec les prestataires de soins :

Nombre de prestataires de soins conventionnés :

Postes de santé :

Centres de santé :

Hôpitaux :

Cliniques privées

Pharmacies :

Cautions :

Avez-vous versé une caution dans les structures de santé ? Oui Non

Est ce que vous jugez normal le dépôt de ces cautions ? Oui Non

Le versement des cautions est-elle obligatoire auprès de tous les prestataires de soins ?

Oui Non

Selon vous, comment sont utilisées ces cautions par les structures de

santé ?.....

Quel est le montant de la caution par structure conventionnée ?

Structure de santé	Montant de la caution
Poste de santé	
Centre de santé	
Hôpital	
Cliniques	
Autres	
Total	

Avez-vous une fois renoncé à une convention pour cause de caution élevée ?

Oui Non

Si oui préciser la liste des prestataires concernés ?.....

Facturation

Quel mode de paiement pratiquez-vous ?

- Paiement des factures auprès des prestataires
- Remboursement des bénéficiaires
- Autres, à préciser

Quel est le délai de paiement des prestataires de soins ?

- Délai prévu dans vos Statut et votre RI.....
- Les délais pratiqués réellement

Jugez-vous ces montants élevés Oui Non

Quelle mode de facturation pratiquez-vous avec la structure sanitaire?

- Facturations par actes
- Forfait
- Autres à préciser

Comment appréciez-vous les tarifs appliqués aux niveaux ?

Structure de soins	ABORDABLE	CHER	TRES CHER
Poste de santé			
Centre de santé			
Hôpital			
Cliniques			
Autres.....			

Avez-vous accusé des retards dans le paiement des factures ?

- Oui Non

Quelles ont été les raisons de ces retards ?

Quelle solution aviez-vous préconisée ?

Vous est-il arrivé de subir des ruptures dans la prise en charge pour défaut de paiement ? Oui Non

Si oui, quelle solution aviez-vous préconisée?

.....

.....

.....

.....

Les dépenses de santé :

Combien avez vous dépensé en soins de santé pour les 03 dernières années ?

Années	payés	non payés
Montant en 2003
Montant en 2004
Montant en 2005

Numérotez par ordre d'importance, les prestations les plus chères :

Prestations	2003	2004	2005
Consultation			
Médicaments			
Hospitalisation			
Accouchement			
Chirurgie...			
Analyse.....			
Radiographie.....			
Evacuation.....			
Soins dentaires			
Autres.....			

La gestion de la mutuelle

Coût de fonctionnement

Année	montant
2003
2004
2005

Le Système de réassurance

Avez-vous entendu parler du Système de réassurance ? Oui Non

Par quelle occasion avez-vous entendu parler du système de réassurance pour la première fois ?.....

Pensez-vous que la contribution doit être uniforme pour toutes les mutuelles ?

Oui Non

Si non comment.....

.....
.....

Etes-vous prêt à participer financièrement à la mise en place du système?

Si, oui, quel est le montant dont vous êtes prêts à contribuer ?

Si non, pourquoi ?

.....

Quelle sera la base de calcul de la participation financière des MS? (au prorata des cotisations, du nombre de bénéficiaires, des excédents, des prestations, des réserves...)

Si la contribution au fonds est calculée sur un pourcentage des cotisations, quel taux proposez-vous ?

50% des cotisations des mutualistes ?

75% des cotisations des mutualistes ?

Autres, précisé

Quel est le montant maximal que vous êtes prêts à mobiliser annuellement pour le fonds ?

Qu'attendez-vous du Système de réassurance ?.....

.....

Vos suggestions :

.....

.....

Guide d'entretien structure sanitaire

Date d'enquête.....

1) Présentation de la structure, personnel ?

.....
.....

2) Quelle perception avez-vous de l'assurance santé ?

.....
.....

3) Quelle perception avez-vous des mutuelles de santé ?

.....
.....

4) Prestation offertes par la structure ?

.....
.....

5) Tarification des différentes prestations ?

.....
.....

6) Quel tarif des appliquez-vous aux mutuelles de santé ?

.....
.....

6) Les prestations couvertes par les mutuelles de santé ?

.....
.....

7) Vos rapports professionnels avec les mutuelles ?

.....
.....

8) Comment jugez-vous cette collaboration ?

.....
.....

9) Est-ce que vous avez des créances vis-à-vis des mutuelles ?

.....
.....

10) Si oui avez-vous des problèmes pour les recouvrir ?

.....
.....

11) connaissez-vous le système de réassurance ?

.....
.....

12) Si oui pensez-vous qu'il peut être la solution, pour une crédibilité des mutuelles ?

.....
.....

13) Quel peut être votre apport pour la réussite de ce système ?

.....
.....

14) Quelle recommandation pour la réussite de ce système

.....
.....

Guide d'entretien /partenaires

Date d'enquête :

Organisme :

Localisation :

Domaine d'intervention :

Vos rapports professionnels avec CRMST ?

.....
.....

Quels sont vos objectifs de partenariat ?

.....
.....

Peux-tu nous dire les problèmes de la CRMST ?

.....
.....

Que pensez-vous de CRMST?

.....
.....

Etes-vous prêt à élargir votre partenariat avec la CRMST ?

.....
.....

Connaissez-vous la réassurance ?

.....
.....

Pensez-vous que ce sera faisable ?

.....
.....

Est-ce que c'est une solution pour crédibiliser les mutuelles ?

.....
.....

Êtes-vous prêt à soutenir la CRMST pour la faisabilité de ce système de réassurance ?

.....
.....

Si oui quel genre de soutien pouvez-vous apporter ?

.....
.....

De combien ?

.....
.....

Quelles sont vos recommandations et suggestions

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE REPRESENTANT DE L'ETAT

Date de l'enquête.....

Présentation de la structure représentant l'ETAT

.....
.....

Quels sont vos objectifs ?

.....
.....

Quelles sont vos réalisations de le domaine de la l'assurance santé

.....
.....

Quelles perceptions avez-vous par rapport à l'assurance santé

.....
.....

Quelles sont vos relations avec les mutuelles ?

.....
.....

Que pensez-vous de la réassurance ?

.....
.....

Peut-il être un moyen pour crédibiliser les mutuelles de santé ?

.....
.....

Etes-vous prêt à apporter votre contribution pour la mise en place de la réassurance ?

.....
.....

Quelle sera la nature de cette contribution ?

.....
.....

Pour vous comment doit fonctionner ce système et qui doit le gérer ?

.....
.....

Quelles sont vos attentes et vos suggestions pour la réussite de la réassurance ?

.....
.....