



Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique
Un programme appuyé par WSM, ANMC, BIT/STEP, GTZ, PHRplus, AIM, RAMUS, UNMS, MFP, MGEN et AWARE/RH

Suivi du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'ouest et du centre

Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique Rapport de la Côte d'Ivoire

Jean Pierre SERY
consultant

Avec la collaboration de :

**Gnonka Florent
Zahourou Serges
Kouakou Rodrigue
Lorougnon Hervé
Koubi Boli
Bagaté Hassan
Bodoua Adélaïde
Zago Solange**

Avant propos

Le développement des mutuelles de santé est un sujet d'une importance capitale dans le contexte notamment de la mobilisation de plusieurs types de structures qui interviennent dans le secteur. Il est en effet important que ce développement se mesure régulièrement pour apprécier la contribution effective du mouvement à l'accès aux soins de santé de qualité pour les populations, particulièrement celles qui n'ont aucune forme de protection dans le domaine de la santé.

Depuis quelques années, les populations sont de plus en plus informées de cette alternative qui leur permet, par une organisation propre, à garantir leur propre prise en charge des soins de santé. Aussi, des innovations sont apportées dans les approches et stratégies pour mettre en oeuvre ces programmes. Des partenariats se nouent et les autorités étatiques sont de plus en plus intéressées à accompagner de telles initiatives.

La concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique est entre autre un réseau de partage d'informations et expériences sur les mutuelles. Une de ses principales activités est le suivi du développement des mutuelles de santé. Par des études de cas, des inventaires, recueil et diffusion des pratiques, la Concertation se positionne notamment comme un observatoire utile au mouvement mutualiste, à ses partenaires et structures d'appui. Les informations éditées du *système de suivi du développement des mutuelles de santé* sont compilées et diffusées tous les trois ans.

Ce document présente les principaux résultats du deuxième inventaire réalisé par la Concertation en 2003 au Bénin (les résultats du premier inventaire [2000]). L'enquête elle-même contient plus de 568 variables autour de 67 questions. La base de données complète des mutuelles de santé inventoriées est disponible sur demande à la Concertation.

Il est évident qu'un tel travail a le mérite, à côté d'autres initiatives, de participer à la compréhension du comportement des mutuelles de santé. On se rend compte, après lecture de ce rapport, de l'évidence qu'il y a encore beaucoup de travail à faire auprès de mutuelles. La Concertation encourage les acteurs nationaux à étudier les modalités d'un système d'information systématique sur les mutuelles pour en faciliter la compilation.

La Concertation se félicite de la contribution à ses travaux d'un grand nombre de partenaires. Elle tient à exprimer sa sincère gratitude :

- aux chercheurs et enquêteurs qui ont réussi à collecter cette masse importante d'informations dans des conditions difficiles ;
- aux organisations qui ont co-financé la réalisation de l'inventaire ;
- aux points focaux qui ont encadré l'activité dans les pays ;
- aux promoteurs de la Concertation qui ont financé et accompagné techniquement tout le processus ;
- aux mutuelles de santé et autres systèmes d'assurance maladie qui se sont prêtés volontiers à l'enquête.

La Concertation est la concrétisation d'une des principales recommandations de l'atelier organisé à Abidjan en juin 1998, sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé. Ses activités ont démarré en avril 1999 et concernent : (i) l'animation d'un site internet (www.concertation.org), (ii) la diffusion d'une lettre d'information le «*Courrier de la Concertation*», (iii) le suivi du développement des mutuelles (synthèse tous les trois ans), et (iv) l'organisation d'ateliers thématiques tous les deux ans.

Les activités de la Concertation touchent 11 pays africains : Sénégal, Bénin, Burkina Faso, Guinée, Tchad, Togo, Cameroun, Mauritanie, Côte d'Ivoire, Mali et Niger. Plusieurs autres pays africains, notamment central et anglophone souhaitent intégrer le réseau. La Concertation est également partenaire de plusieurs organisations nationales et internationales.

Dans chaque pays, un point focal joue un rôle clé dans le fonctionnement en facilitant la communication avec la Cellule de coordination des activités et en servant d'interface entre les membres nationaux, les acteurs locaux et leurs partenaires régionaux et internationaux. Des cadres nationaux de concertation sont également mis en place.

La Concertation

Les publications de la Concertation sont disponibles gratuitement pour tout acteur intéressé par le développement des mutuelles de santé en Afrique. Toutefois, la référence au contenu des documents de la Concertation doit dûment mentionner la source. Les publications éditées par La Concertation n'entraînent pas que tous les promoteurs de l'organisation souscrivent systématiquement aux propos contenus dans l'ouvrage. Toute demande de reproduction ou de traduction devra être adressée à :

La Concertation,
BP 414, Dakar - Fann
Sénégal

© La Concertation sur les mutuelles de santé en Afrique
Mars 2004

SOMMAIRE	Page
INTRODUCTION.....	1
Présentation du pays.....	1
<u>I. JUSTIFICATION DE L'ENQUETE.....</u>	<u>6</u>
<u>II. OBJECTIF.....</u>	<u>7</u>
<u>III. APPROCHE METHODOLOGIQUE.....</u>	<u>7</u>
III. 1. Revue documentaire	7
III. 2. Collecte des données.....	8
. III. 3. Exploitation des données.....	8
<u>IV. LIMITES ET DIFFICULTES.....</u>	<u>8</u>
<u>V. RESULTATS.....</u>	<u>10</u>
V.1. Les associations de gestion des formations sanitaires à base communautaire... 10	10
V.2. Les mutuelles d'entreprises en auto-assurance..... 15	15
V.3. Les organisations non gouvernementales..... 18	18
V.4. Les associations intersectorielles..... 19	19
V.5. Les mutuelles d'entreprises en convention de gestion avec une société privée... 20	20
<u>CONCLUSION</u>	<u>21</u>
ANNEXES : Liste d'organisations identifiées et Guide d'entretien	24

INTRODUCTION

Présentation du pays

Située en Afrique de l'Ouest, sur le Golfe de Guinée, la Côte d'Ivoire, est entourée par le Libéria, la Guinée, le Mali, le Burkina-Faso et le Ghana. 15.446.231 personnes (en 1998) occupent les 322 462 Km² constituant son territoire. Colonie française, la Côte d'Ivoire est devenue indépendante le 7 août 1960; c'est une république, qui a longtemps connu une relative stabilité politique et une prospérité économique. Mais depuis le 19 septembre 2002, elle est confrontée aux affres de la guerre. Les pourparlers de paix qui ont été entamés ont abouti à la mise en place d'un gouvernement de transition.

La capitale politique est Yamoussoukro tandis que la capitale économique demeure Abidjan. L'Économie ivoirienne.

Le PIB du pays était estimé à 8.73 milliards de USD en 1992. En 1994, le montant des exportations ivoiriennes s'élevait à 2804 millions de USD tandis que ses importations se chiffraient à 1642 millions de USD et le taux d'inflation était 32%. La monnaie est le franc CFA dont le taux de change est \$1 pour environ 600F CFA

On entend souvent que le succès de la Côte d'Ivoire repose sur l'agriculture; en effet, celle-ci occupe une place prépondérante dans l'économie du pays. Les principales ressources proviennent des cultures industrielles (café, cacao, ananas, hévéa, palmiers à huile, coco...) le plus souvent destinées à l'exportation. L'exploitation forestière et la pêche sont aussi des activités très développées.

Le secteur industriel comporte surtout des industries agroalimentaires. Si les industries textile et pétrolière prennent de l'ampleur, la plupart des industries de transformations demeurent absentes du paysage économique ivoirien.

Le développement du secteur tertiaire, avec l'implantation des banques commerciales internationales et l'accroissement du nombre de sociétés de services, semble être la tendance de ces dernières années.

Élément typique des pays en voie de développement, le secteur informel avec ses petits métiers de toute sorte, est prépondérant.

Avec plus de 70% de la population ayant moins de 25 ans, la Côte d'Ivoire est confrontée aux problèmes de scolarisation de ces jeunes, ainsi qu'à un taux élevé de chômage.

Le Système de santé

Le pays s'est doté en 1996 d'un Plan National de Développement Sanitaire exécutable sur une décennie; ce PNDS ambitionne de réduire la morbidité et la mortalité liées aux grands problèmes sanitaires par une amélioration de l'accès à des soins de qualité, tant sur le plan économique que géographique.

Le Système de Santé est constitué d'une offre de soins largement publique pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire, mais une évolution remarquable a été amorcée pour

diversifier cette offre à l'aide de formules garantissant l'accessibilité aux citoyens à revenus modestes.

L'offre privée de soins est abondante surtout dans les centres urbains (un millier d'acteurs à Abidjan), insuffisamment identifiée en dehors des grands cabinets médicaux et des cliniques. À l'offre de soins moderne viennent s'ajouter de nombreux tradipraticiens, qui vendent à leurs clients des prestations basées sur la pharmacopée traditionnelle.

Le Système de Santé comporte un accès aux médicaments favorisé depuis quelques années par une promotion des médicaments essentiels sous dénomination commune internationale; la Pharmacie de la Santé Publique irrigue de plus en plus efficacement les structures publiques de santé (1200 points de distribution)

Les ressources humaines du secteur, qui trouvaient un destin naturel presque exclusif dans le secteur public (environ 17.000 personnes) se tournent également vers le secteur privé. Le ratio médecin/habitant s'établit à 1 pour 8716, tandis que le ratio infirmier par habitant est de 1 pour 2 124 et le ratio sage-femme par femme en âge de procréer est de 1 pour 1 900.

Economie de la santé.

Les principales sources de financement de la santé sont, par ordre d'importance, les ménages (63 % des dépenses totales de santé dont 8 % au titre de l'assurance publique et privée), l'Etat (32%) et les bailleurs (5%)

La prévoyance sociale

En l'absence de régime d'assurance maladie sociale, plusieurs types de couvertures pour la santé se sont développés: les assurances, la médecine d'entreprise et des mutuelles, des liaisons existant parfois entre elles.

Une vingtaine de compagnies d'assurance proposent une assurance maladie, aux conditions de financement et d'accès très variés. Les primes sont généralement acquittées par l'entreprise qui en récupère une partie auprès des salariés. Le nombre de salariés affiliés est très variable, d'une cinquantaine à près de 4000, mais ce type de produit qui a représenté au milieu des années 90 près de 25% du chiffre d'affaires des compagnies semble d'une gestion délicate. Si le portefeuille maladie continue d'être géré par les compagnies bien qu'il soit déficitaire, c'est qu'il constitue un produit d'appel pour accéder à des produits plus rentables économiquement (assurance des biens, assurance vie..)

La médecine d'entreprise est le fruit de deux volontés: celle de l'Etat qui impose aux entreprises en fonction de leur taille de disposer de services sanitaires et celle des employeurs qui inscrivent à leur politique sociale la possibilité de permettre à leurs salariés et à leurs familles de se soigner.

S'agissant des mutuelles spécifiques de santé, l'existence de la majorité d'entre elles est liée à l'activité professionnelle. En effet, des travaux récents indiquent qu'à Abidjan, les mutuelles patronales et professionnelles représentent près de 95 % des adhérents, des ayants droits, des recettes et des prestations versées, les 5% restants étant le fait d'associations de quartiers et d'ONG.

La caractéristique commune à toutes les mutuelles est leur fragile équilibre financier, certaines étant en déficit à la limite du "dépôt de bilan".

Au total l'on estime à moins de 15% le taux des personnes bénéficiant d'une couverture maladie formelle. Ce qui situe l'enjeu de l'assurance maladie universelle que le gouvernement a décidée de mettre en place.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'INVENTAIRE

Il est de notoriété publique que les populations africaines éprouvent d'énormes difficultés d'accès aux soins de santé. L'accessibilité reste limitée, tant pour les raisons économiques que pour des considérations liées à la qualité des soins (Perrin 1999. Pour un ménage pauvre (personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté), une affection grave absorbe près de 70% de son revenu en frais de médicament et 54% en frais d'hospitalisation (Kacou, 1999)

Face à cette situation, les gouvernements font de plus en plus appel à la participation des populations pour la gestion et le financement du secteur de la santé. Le gouvernement ivoirien notamment a entrepris une vaste réforme du financement du secteur de la santé en vue d'accroître l'accessibilité aux soins de santé pour l'ensemble de la population. Pour ce faire, un certain nombre d'instruments opérationnels ont été créés. Ce fut d'abord la Commission nationale de la sécurité sociale dont les travaux en 1994 avaient préconisé l'instauration d'un système général de couverture médicale destiné à garantir à tous un égal accès à des soins de santé de qualité et partant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion. Pour les membres de ladite commission, « l'assurance maladie, de préférence doit être mise en oeuvre par des organisations mutualistes de façon à responsabiliser les acteurs quant au strict respect de l'équilibre économique du risque ».

Ensuite, fut votée la loi du 9 octobre 2001, portant institution, organisation et fonctionnement de l'assurance maladie universelle et qui confère aux organisations mutualistes la prise en charge des soins complémentaires au régime de base. Cet appui à la promotion du financement communautaire et associatif de la santé s'est accompagné d'un cadre institutionnel avec la mise en place de la cellule d'appui aux mutuelles et institutions de financement communautaire de la santé (CAMIFCS). La cellule a pour rôle de favoriser l'émergence et la consolidation des mutuelles et autres associations de financement communautaire de la santé en leur apportant un appui technique.

Dans ce contexte, il faut saluer l'initiative de la Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre d'organiser un inventaire des mutuelles de santé dans les onze pays membres. En 2000 déjà, la Concertation avait réalisé son premier inventaire diffusé sous le titre « Banques de données sur les organisations mutualistes et leurs structures d'appui, travaux de recherche dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. L'actualisation des données est programmée tous les trois ans. L'inventaire 2003 entre dans le cadre du suivi du développement des mutuelles de santé. Il permettra d'évaluer le potentiel social et économique des organisations mutualistes ivoiriennes en vue de s'assurer de leur capacité à faire face à leurs nouvelles obligations découlant de la loi sur l'assurance maladie universelle.

II. OBJECTIF

L'objectif général de l'inventaire 2003 est de contribuer à la réalisation et à la mise à la disposition des acteurs sur les mutuelles de santé, d'une base de données actualisée.

Plus concrètement, l'inventaire vise à :

- ✓ apprécier la situation sanitaire du pays et les atouts pour un meilleur développement de la mutualité ;
- ✓ inventorier les mutuelles fonctionnelles, naissantes ou en cours de mise en place dans le pays ;
- ✓ inventorier les autres formes de prise en charge communautaire des soins de santé ;
- ✓ analyser l'évolution des mutuelles, en partant des résultats de l'inventaire de 2000 et des études de cas et inventaires précédents ;
- ✓ analyser la typologie et la composition des mutuelles, leur organisation, spécificités et mode de fonctionnement ;
- ✓ analyser leurs relations avec les partenaires et l'offre de soins et ;
- ✓ analyser le rôle des mutuelles dans la contribution à l'accès aux soins et leurs performances en tant qu'organisations communautaires.

III. APPROCHE METHODOLOGIQUE

L'inventaire a été précédé par le recrutement et la formation de dix enquêteurs ayant au moins le brevet de technicien supérieur ou une licence. Ces enquêteurs ont été formés notamment à l'administration du questionnaire qui avait été préalablement élaboré par la Concertation.

En vue d'obtenir un meilleur ciblage des populations à enquêter, cinq équipes composées de deux personnes par équipe ont été constituées et affectées à des zones géographiques spécifiques. Chaque semaine, les équipes faisaient le point avec le consultant principal.

III. 1.Revue documentaire

Comme l'objectif de l'inventaire était d'actualiser les données de l'inventaire 2000, il a fallu faire une revue documentaire relative aux résultats antérieurs. Ainsi l'on a pu parcourir le répertoire des mutuelles de santé d'Abidjan. La revue a été complétée par la liste des ONG, des associations et organisations œuvrant dans le domaine de la santé et ayant été récemment agréées par le Ministère de l'Intérieur.

III.2. Collecte des données

Les données documentaires ont été complétées par un travail de proximité dans les principaux quartiers de la ville d'Abidjan. A cet effet, des lettres d'introduction et d'explication ont été adressées à chacune des organisations visitées afin de justifier l'objet et l'intérêt de l'inventaire. Les organisations enquêtées ont été retenues sur la base de ce qu'elles ne font que de l'assurance santé. Il a donc été exclu toutes les organisations de santé dans lesquelles l'on ne retrouvait pas les principes de la solidarité, de la participation et de la responsabilité.

III.3. Exploitation des données

La collecte des données a consisté à repérer à partir des listes disponibles, les organisations actives dans le domaine de la santé et ayant un caractère mutualiste ou associatif. Ce travail

s'est effectué sur une longue période (du 30 juin 2003 au 30 septembre 2003) compte tenu d'un certain nombre de difficultés qui seront évoquées plus loin. Les résultats enregistrés ont été directement envoyés au siège de la concertation à Dakar pour la saisie immédiate. Pendant ce temps, la copie du fichier a été saisie sur le logiciel EXCEL pour constituer la base de données qui va alimenter le contenu du rapport. Les mutuelles enquêtées ont été regroupées par caractéristiques, ce qui a permis l'établissement d'une typologie.

IV. LIMITES ET DIFFICULTES

L'enquête a rencontré des limites et des difficultés.

IV.1. Les limites

L'enquête n'a pas pu se dérouler sur toute l'étendue du territoire en raison de la situation de guerre que vit le pays. Les enquêtes ont été circonscrites à la zone d'Abidjan ; les autres régions n'étant pas faciles d'accès en raison du fort taux d'insécurité qu'on y rencontre. Cependant, quelques rares situations de mutuelles à l'intérieur du pays ont pu être décrites grâce aux apports des structures d'appui basées à Abidjan.

IV.2. Les difficultés

Les sites visités ont présenté un certain nombre de difficultés qui varient d'un site à un autre.

IV.2.1. Les difficultés d'accès

L'une des difficultés majeures au cours de l'enquête résulte de l'inaccessibilité géographique des lieux d'enquête. Certains quartiers abritant des structures à visiter n'étaient pas lotis de telle sorte qu'il était difficile de les localiser. Si par contre la situation géographique était meilleure, il n'y avait pas cependant des panneaux d'orientation, ni de téléphone encore moins de fax.

IV.2.2. La disponibilité des interlocuteurs

A cote des difficultés d'accès des sites, une autre difficulté majeure est à souligner, c'est celle relative à la disponibilité des interlocuteurs qui n'arrivaient à honorer les rendez-vous successifs pris avec eux. Lorsqu'il arrivait aux interlocuteurs de recevoir les enquêteurs, c'était pour s'entendre dire qu'ils préféraient remplir eux-mêmes plus tard le questionnaire parce qu'ils sont pris à d'autres charges.

IV.2.3. La longueur du questionnaire

Le remplissage du questionnaire n'a pas été facilité par la longueur des questions. Ce questionnaire qui comportait 67 rubriques finissait par lasser rapidement l'interlocuteur qui devait y consacrer au moins une heure de temps alors qu'il a d'autres activités plus pressantes qui l'attendaient.

IV.2.4. La forte technicité des questions

Sans doute rédigées par des spécialistes de l'assurance, les questions sont apparues très souvent hermétiques aux enquêtés qui comme cela a été dit plus haut, n'avaient pas toujours

le temps de remplir le questionnaire en présence des enquêteurs. Certaines questions sont apparues particulièrement ardues pour la compréhension des personnes enquêtées. Il s'agit notamment des questions 23, 29, 30, 32, 33. A ce propos, il convient de relever que la plupart des dirigeants des mutuelles de santé n'ont pas toujours les capacités gestionnaires requises pour maîtriser l'environnement de leurs entreprises.

V.LES RESULTATS

Le travail de repérage et d'enquête a permis de recenser 40 (quarante) organisations ayant des activités de solidarité et d'entraide mutuelle. Cependant toutes ces structures ne sont pas du même type. La typologie fait ressortir des associations communautaires, des organisations non gouvernementales, des mutuelles d'entreprises, des associations et des mandataires privés.

Nous verrons successivement les associations communautaires, les organisations non gouvernementales, les mutuelles d'entreprises, les associations et les mandataires.

V.1. Les associations de gestion communautaire de la santé

V.1.1. Contexte, définition et caractéristiques

Dans le souci d'élargir l'accessibilité géographique aux soins de santé de qualité à moindre coût à travers la diversification de l'offre de soins, le Projet santé Abidjan financé par la coopération française, a appuyé la création des Formations sanitaires urbaines à gestion communautaire (FSU-COM). On en dénombre une trentaine mais seulement 16 d'entre elles ont pu être répertoriées dans le cadre du présent inventaire.

L'objectif général des FSU-COM tel qu'il est défini dans la charte des FSU-COM est de « contribuer de façon permanente et durable à l'amélioration de la santé des populations qu'elles servent ».

Ce sont des associations à but non lucratif et qui fonctionnent avec une gestion communautaire bénévole. L'expérience acquise a suscité une volonté d'élargir le champ d'action par la création d'une fédération des FSU-COM.

Ces formations qui se trouvent majoritairement dans les quartiers périphériques d'Abidjan offrent aux usagers un système d'abonnement qui ne constitue pas encore une véritable mutuelle ou partage de risque, mais selon Galland, Kaddar ET Debaig (1997), représentent plutôt un système naissant de prépaiement non mutualisé.

Dans toutes ces structures, un système d'adhésion est à la base de l'implication de la communauté. La forte majorité d'entre elles font appel à une adhésion familiale ; quelques rares cas préconisent l'adhésion individuelle. Le taux d'adhésion en général est fixé de manière à ce qu'il ne constitue pas une barrière à une forte inscription. Ce taux dans la plupart des cas, tourne en moyenne autour de 5000 FCFA avec un minima de 500 F CFA et une crête de 10 000 FCFA. Très peu d'associations fixent le taux d'adhésion en tenant compte de l'âge de l'adhérent ou de l'ayant droit. Seules deux associations modulent ce taux en fonction du statut de l'adhérent (adulte ou enfant) ou du mode d'adhésion (adhésion individuelle, familiale ou de groupe).

Le système d'adhésion est géré directement par le prestataire de soins, et il n'y a pas de gestion séparée entre l'offre de soins et le système d'abonnement. Ces associations communautaires font face à une demande potentiellement importante au regard de la forte concentration démographique des zones desservies. Par exemple, 45% de ces associations s'adressent à une population cible qui varie de 50 000 à plus de 100 000 effectifs et 30% visent une population comprise entre 5 000 et 50 000.

L'adhérent et sa famille bénéficient de demi-tarif pour les actes curatifs et préventifs. Il n'y a pas de réduction pour les médicaments, ni pour les consultations spécialisées.

Tableau1. Age des associations inventoriées (à partir du début de l'activité d'assurance)

< 1 an*		1 – 3 ans		> 3 ans		Total	
Nombre	% du total	Nombre	% du total	Nombre	% du total	Nombre	% du total
0		5	25	15	75	20	100

Les organisations sont relativement anciennes (la plupart ont plus de 3 ans).

Tableau 2. Distribution en fonction de la population cible et du nombre de bénéficiaires

Nombre de FSU-COM de desserte	population cible	Nb de bénéficiaires	Taux de pénétration
0	Moins de 1000	0	
1	de 1000 à 3000	8	
0	de 3 000 à 5 000	0	
4	de 5 000 à 10 000	677	
3	de 10 000 à 50 000	75	
7	de 50 000 à 100 000	783	
3	Plus de 100.000	258 000	
2	Non estimé	6 000	
20	TOTAL		

L'on observe que 75% des organisations (15 sur 20) ont moins de 1000 adhérents alors que 17 sur 20 soit 85% s'adressent à des communautés d'au moins 5000 personnes. Cela signifie que malgré la faiblesse actuelle de leur taille, elles disposent d'un potentiel de croissance au regard de l'importance démographique des zones de desserte.

Tableau 3 : mode d'adhésion

Adhésion individuelle	Adhésion familiale
7	13

Plus de la majorité des organisations encouragent le système d'adhésion familiale, ce qui est un atout dans la lutte contre la sélection adverse.

V.1.2. Performance et contribution au développement de la santé

V.1.2.1. mobilisation des ressources

L'impact des associations communautaires de la santé sur la mobilisation des ressources a été analysé au regard de leurs mécanismes de financement. Sur ce point, il faut noter que toutes les organisations mettent en œuvre une certaine forme d'assurance qui se traduit par le versement de cotisations et de droits d'adhésion. Cependant, le faible taux de pénétration des populations cibles et la prise en charge d'une partie relativement importante des personnes sans ressources limitent de fait les capacités de mobilisation financière de ces organisations.

V.1.2.2. efficience

L'efficience du fonctionnement d'une mutuelle dépend de facteurs tels que l'emploi de techniques de gestion du risque, les méthodes utilisées pour réduire les abus ou pour contrôler efficacement l'utilisation des services et, lorsque les médicaments sont couverts, la mise en place ou non d'une politique de médicaments essentiels et génériques.

Le but de la présente analyse est de mettre en évidence l'incidence des caractéristiques structurelles des mutuelles sur l'efficience.

Tableau 5 Distribution en fonction des prestations couvertes

Niveau primaire	Niveau secondaire	Médicaments	Spécialités médicales	Examens complémentaires	Transport évacuation
	20	20	20	20	

Les prestations couvertes sont très étendues. Elles sont toutes proposées en option unique.

a) La sélection adverse

La sélection adverse est plus difficile à combattre dans les systèmes d'assurance volontaire. Dans toutes les organisations répertoriées, il n'existe pas d'adhésion obligatoire, comme il n'est pas non plus institué une période d'observation pendant laquelle les membres cotisent sans avoir droit aux prestations. La seule mesure instituée par quelques organisations est l'incitation à la souscription de tous les membres de la famille de l'adhérent en proposant des taux de cotisations modulés selon la taille de la famille.

b) Le risque moral

Pour combattre le risque moral (comme la fraude et l'abus), 18 associations imposent un copaiement (tickets modérateurs) et un plafond de remboursement. Le taux du copaiement est assez élevé puisqu'il représente 50% du coût des soins. Une seule association accorde une prise en charge à 100% tandis qu'une autre impose un ticket modérateur uniquement pour les consultations.

V1.2.3. équité

L'équité a été analysée au regard du financement et de la délivrance des soins de santé.

En ce qui concerne l'équité dans le financement, il a été pertinent d'examiner la structure des cotisations et la présence d'éléments d'évaluation du risque individuel.

Pour l'équité dans la délivrance des soins, la question pertinente a été de savoir si les prestations sont liées à la contribution financière de l'individu et quel apport a été fait au bénéfice des plus démunis, c'est - à- dire ceux qui n'ont pas les moyens de payer les cotisations. Un autre élément concernant l'équité a été de savoir quelle partie de la population et quelles régions du pays sont ciblées par les mutuelles.

Toutes les organisations répertoriées prévoient des cotisations fixes par personne, sans tenir compte des capacités contributives individuelles. Peu d'entre elles utilisent une échelle de cotisations basée sur la taille de la famille et qui est structurée de façon à rendre l'adhésion de la famille plus attractive que celle des individus.

Aucune organisation n'établit de distinction basée sur le genre(femme/homme) dans la fixation des taux de cotisation. Il y a par contre des mécanismes d'exemption de cotisations pour les personnes très pauvres. La plupart des organisations octroient des prestations gratuites aux personnes jugées indigentes. Cet aspect risque de mettre en péril l'équilibre financier des organisations en raison du nombre relativement important des indigents.

En ce qui concerne l'équité dans la délivrance des soins de santé, il faut noter que les prestations offertes ne sont pas liées aux montants des contributions.

S'agissant de l'équité géographique et sectorielle, la restriction du champ d'application de l'étude n'a pas permis d'avoir des données satisfaisantes sur la question. En effet les organisations enquêtées se trouvent à 99% à Abidjan. Cependant, à l'intérieur de l'échantillonnage, on observe une équité sectorielle dans la mesure où les 20 organisations ciblent des personnes vivant dans des zones périurbaines, qui constituent un groupe défavorisé en matière d'accès aux soins de santé puisque n'étant pas couverts par les systèmes formels de sécurité sociale.

V.1.2.4. la qualité

Les systèmes de santé publique ont la réputation de proposer des services de faible qualité. Les mutuelles peuvent améliorer la qualité de ces services de santé en engageant des négociations avec les prestataires (par exemple pour réduire le temps d'attente et améliorer le comportement du personnel à l'égard des patients), en vérifiant la prescription et la qualité des soins et en aidant à la création de fonds de roulement de médicaments. Dans le cas des FSU-COM, la non-séparation des fonctions entre le payeur et le prestataire de soins rend difficile le contrôle des prescriptions des prestataires.

II. Les mutuelles de santé en auto assurance dans les entreprises

II.1. Contexte, définition et caractéristiques

Cinq mutuelles de santé d'entreprises ont été répertoriées. Les mutuelles de santé sont des organisations professionnelles ou syndicales qui sont instituées au sein des entreprises. Ces mécanismes de financement s'inscrivent dans le cadre de l'application des conventions collectives de travail qui imposent aux entreprises d'une certaine taille d'assurer la couverture médicale de leur personnel.

Les mutuelles d'entreprises assurent la protection de leurs membres et de leurs familles. Elles sont régies pour l'instant par la loi sur les associations en attendant le code de la mutualité en cours d'élaboration par le gouvernement.

Ces organisations sont financées par les cotisations des salariés, prélevées à la source et par des contributions d'équilibre accordées par l'employeur.

La gamme des prestations offertes est très étendue et couvre tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Très souvent, les prestataires conventionnés se recrutent au niveau de l'élite médicale c'est à dire les cliniques très modernes et les établissements tertiaires du secteur public.

Tableau1. Age des mutuelles d'entreprises inventoriées (à partir du début de l'activité d'assurance)

< 1 an*		1 – 3 ans		> 3 ans		Total	
Nombre	% du total	Nombre	% du total	Nombre	% du total	Nombre	% du total
0		1		4		5	100

La presque totalité des mutuelles sont anciennes de plus de 3 ans, ce qui leur confère une certaine stabilité et une grande expérience dans la gestion du risque maladie. Ces mutuelles sont nées lorsque les entreprises ont compris qu'elles pouvaient elles mêmes gérer le portefeuille maladie en auto-assurance, à moindre coût comparativement aux coûts pratiqués par les assurances privées.

Tableau 2. Distribution en fonction de la population cible et du nombre de bénéficiaires

Nombre de MSE	population cible	Nb de bénéficiaires	Taux de pénétration
1	Moins de 1000	300	30% environ
	de 1000 à 3000		
	de 3 000 à 5 000		
	de 5 000 à 10 000		
	de 10 000 à 50 000		
	de 50 000 à 100 000		
3	Plus de 100.000	489395	Plus de 100%
1	Non estimé	2500	

Tableau 3 : mode d'adhésion

Adhésion individuelle	Adhésion familiale
2	3

II.2. Performance et développement au système de santé

II.2.1. Mobilisation des ressources

Toutes les mutuelles de santé d'entreprises instituent des systèmes assuranciers qui se traduisent par le versement de cotisations patronales et salariales. Le mode de prélèvement des cotisations à la source garantit l'effectivité du recouvrement et de ce fait assure un bon niveau de trésorerie.

II.2.2. Efficience

Les prestations couvertes sont très étendues. Elles sont toutes proposées en option unique. L'ensemble des organisations a mis en place des mécanismes de lutte contre la sélection adverse et le risque moral.

a) La sélection adverse

Les mutuelles de santé d'entreprises n'ont pas de problème de sélection adverse en raison du fait qu'elles pratiquent le système d'adhésion de groupe obligatoire. En outre, la plupart de ces organisations ont institué une période d'observation allant d'une semaine à 6 mois, pendant laquelle les membres cotisent sans avoir droit aux prestations.

b) Le risque moral

Pour combattre le risque moral (comme la fraude et l'abus), 4 mutuelles sur 5 imposent un co-paiement (ticket modérateur). Le taux du copaiement contrairement aux FSU-COM est relativement bas puisqu'il varie de 20 à 30% du coût des soins. Une seule mutuelle accorde une prise en charge à 100%.

Concernant le contrôle de la sur prescription médicale ou de l'escalade des coûts en général, l'on constate qu'il n'y a aucune mesure puisque ces entreprises continuent de rémunérer les prestataires à l'acte s'agissant des soins ambulatoires et au prix de journée pour l'hospitalisation.

II.2.3. Équité

La plupart des mutuelles d'entreprises répertoriées prennent en compte le facteur équité. Les cotisations sont fixées en fonction des capacités contributives des différentes classes socioprofessionnelles. Certaines d'entre elles appliquent un système de taxation progressive, c'est à dire plus on s'élève dans la hiérarchie sociale de l'entreprise plus le taux de cotisation est élevé.

Par ailleurs, la rémunération du personnel n'étant pas différenciée selon le sexe, les considérations de genre n'interviennent pas dans les critères de détermination des taux de cotisation. Les hommes et les femmes paient donc les mêmes cotisations s'ils ont le même niveau de rémunération. Il n'y a pas non plus des mécanismes d'exemption de cotisations pour les personnes très pauvres puisque à priori, il n'y a pas de classes sociales défavorisées. En outre, il est rare que certaines organisations acceptent d'assurer les anciens salariés qui ont été admis à faire valoir leurs droits à la retraite et qui ne bénéficient plus de ce fait d'aucune protection.

En ce qui concerne l'équité dans la délivrance des soins de santé, elle est parfaitement réalisée puisque les prestations sont servies à chacun selon ses besoins et non pas selon ses capacités contributives.

II.2.4. Qualité

Les mutuelles d'entreprises sont généralement outillées pour contrôler la qualité des prestations fournies par les services de santé. Elles ont passé toutes des conventions avec les

prestataires de soins pour non seulement recevoir leurs assurés mais également pour préciser notamment le mode de rémunération des actes. Elles disposent d'un contrôle médical chargé de contrôler la qualité de la prescription.

III. Les organisations non gouvernementales

Cinq Organisations Non Gouvernementales s'occupant de la prise en charge des soins de santé ont été identifiées. Ces ONG sont presque toutes subventionnées par des partenaires extérieurs, et ont une vocation humanitaire ou religieuse ; ce qui leur permet de disposer d'une certaine solvabilité.

Elles demandent à leurs membres des cotisations et des droits d'adhésion. L'adhésion est exclusivement individuelle.

Les ressources ne sont pas destinées seulement au financement des soins de santé, elles servent également à promouvoir des activités génératrices de revenus ou de renforcement des capacités des adhérents.

La gamme des prestations est assez large. Les prestations sont dispensées par des prestataires conventionnés ou par des structures propres à l'ONG. Il n'y a aucune période de stage avant l'entrée en jouissance des droits.

Tableau1. Age des ONG

< 1 an*		1 – 3 ans		> 3 ans		Total	
Nombre	% du total	Nombre	% du total	Nombre	% du total	Nombre	% du total
0		1		4		5	100

Tableau 2. Distribution en fonction de la population cible et du nombre de bénéficiaires

Nombre	population cible	N de bénéficiaires
1	Moins de 1000	1624
1	de 1000 à 3000	800-1000
1	de 3 000 à 5 000	+ 4500
1	de 5 000 à 10 000	7
0	de 10 000 à 50 000	0
0	de 50 000 à 100 000	0
0	Plus de 100.000	0
1	Non estimé	124
	TOTAL	

Tableau 3 : mode d'adhésion

Adhésion individuelle	Adhésion familiale
5	0

IV. Les associations intersectorielles

Les associations intersectorielles sont des regroupements de personnes basés sur la même appartenance géographique, régionale, ethnique ou socioprofessionnelle. Ces regroupements qui adoptent des statuts et règlements intérieurs ont pour objet d'assurer les soins de santé des

adhérents et de leurs familles, au moyen des cotisations dont ils s'acquittent individuellement.

Dans l'enquête, il a été dénombré six associations dont une a un statut de fédération. Toutes ces associations adoptent les mêmes dispositions dans la gestion du risque que les autres structures déjà analysées à savoir : conventionnement des prestataires de soins, tiers-payant, copaiement.

Tableau1. Age des Associations

< 1 an*		1 – 3 ans		> 3 ans		Total	
Nombre	% du total	Nombre	% du total	Nombre	% du total	Nombre	% du total
0		1		5		6	100

Tableau 2 : mode d'adhésion

Adhésion individuelle	Adhésion familiale
4	2

Tableau 3. Distribution en fonction de la population cible et du nombre de bénéficiaires

Nombre	population cible	N. de bénéficiaires
1	Moins de 1000	105
1	de 1000 à 3000	3000
1	de 3 000 à 5 000	0
1	de 5 000 à 10 000	125
0	de 10 000 à 50 000	275
0	de 50 000 à 100 000	inconnu
0	Plus de 100.000	0
1	Non estimé	250

V. Les mutuelles de santé en convention de gestion avec un opérateur privé

Les mutuelles de santé en convention de gestion avec des opérateurs privés sont des mutuelles d'entreprises qui ont confié la gestion du risque à un professionnel. Elles ont le statut de société de droit privé.

Selon le mandat qui lui est confié, ces sociétés assument les tâches suivantes :

- ✓ L'immatriculation des assurés
- ✓ Le choix et le conventionnement des prestataires de soins
- ✓ Le contrôle de la prescription
- ✓ Le paiement des fournisseurs de soins
- ✓ La tenue des statistiques de consommation de chaque bénéficiaire.

Quant à la mutuelle concédante, elle est responsable du choix de l'étendue de la gamme des prestations, de la fixation et du recouvrement du montant des cotisations et de la mise en oeuvre du contrôle social.

Dans le cadre du présent inventaire quatre structures de gestion ont été enquêtées. Celle qui exerce la plus forte attirance de la clientèle a un portefeuille de 7 mutuelles totalisant des effectifs de plus de 33 000 bénéficiaires.

CONCLUSION.

L'inventaire 2003 des mutuelles de santé a retenu comme principal critère de sélection, les organisations qui utilisent les techniques d'assurance et de partage du risque.

Dans ces organisations, l'assurance et le partage du risque sont utilisés comme méthode de couverture du risque maladie par le paiement anticipé des cotisations aux fins de faire face à la survenue du risque encouru par chaque adhérent. Les cotisations versées ne sont pas redistribuées aux assurés en cas de non-utilisation. Les risques couverts sont connus et décidés par les membres.

Partant de ces principes, l'inventaire 2003 se démarque de l'inventaire 2000 qui avait dans son champ d'application un certain nombre d'organisations ne répondant pas aux critères de la mutualité et de l'assurance. En outre, le contexte national du pays (conflit armé) n'a pas permis d'étendre les investigations sur toute l'étendue du territoire. Même à l'intérieur de la zone de ciblage de l'enquête, un grand nombre d'organisations n'ont pu répondre au questionnaire en raison de l'instabilité institutionnelle engendrée par le conflit.

Ainsi au total, le nombre des organisations (40) figurant dans l'inventaire actuel a été réduit par rapport à celui de 2000 (64).

Les organisations mutualistes recensées sont relativement anciennes. La plupart ont plus de 3 ans. Par rapport aux données de 2000, l'on observe en 2003 une dynamique sociale et un meilleur enracinement institutionnel des organisations malgré le contexte circonstanciel défavorable. On peut relever à cet égard que le nombre d'organisations non fonctionnelles a baissé par rapport à 2000 et par ailleurs on relève un nombre relativement élevé de mutuelles d'entreprises en auto assurance. Les assurés de ces mutuelles étaient pour la plupart liés à des assureurs privés il y a deux ans.

Une autre constatation majeure est la réduction progressive du rôle des structures d'appui. Il y a 3 ans, la promotion des organisations mutualistes de la santé était pratiquement le fait des partenaires au développement et accessoirement de l'Etat. Ces deux dernières années, l'on assiste à un renversement de la tendance grâce à l'action remarquable de la société civile qui essaie de suppléer le vide laissé par l'Etat qui a officiellement abandonné l'option mutualiste au profit d'un régime universel d'assurance obligatoire. Cette position gouvernementale a quelque peu freiné l'ardeur des partenaires au développement qui avaient misé sur la promotion de la demande communautaire pour assurer la gouvernance démocratique du secteur de la santé. Sur cinq structures d'appui qui jusque là s'étaient impliquées dans l'essor du mouvement mutualiste, il n'en reste plus aujourd'hui pratiquement aucune, laissant sans encadrement les organisations en gestation. Face à cette situation, quelques personnes de bonne volonté parmi la société civile prennent l'initiative de promouvoir des mutuelles sans cependant prendre la précaution de réaliser au préalable une étude de faisabilité pour s'assurer de l'attractivité de ces mutuelles par les potentiels bénéficiaires. Cette situation explique le faible taux de pénétration des organisations par rapport aux populations cibles.

De manière générale, l'ensemble des structures rencontrent un certain nombre de difficultés. Pour la plupart du temps, elles sont confrontées au problème de la maîtrise des coûts, de la bonne gestion, de l'accroissement des effectifs et de l'appui institutionnel. Sur ces problèmes spécifiques, elles attendent beaucoup de la Concertation en qui elles placent volontiers leur confiance pour les aider à maîtriser davantage l'environnement socioéconomique d'une organisation mutualiste. De ce point de vue, l'inventaire 2003 aura été très utile non seulement pour la Concertation qui s'en est servi pour une meilleure diffusion de ses objectifs mais également pour l'éveil des consciences au sein des organisations mutualistes. Celles-ci se voient désormais offrir des perspectives de développement avec tous les canaux de diffusion et de promotion que développe la Concertation.

ANNEXE I : LISTE DES ASSOCIATIONS DE GESTION COMMUNAUTAIRE

Identification	situation	Population cible	Bénéficiaires	Mode d'adhésion	Droit d'adhésion	garantie	Copaiement	Mode de paiement	Durée de stage	Cotisation	Accès aux soins	Mode de rémunération
CSU-C Koumassi 05	Fonctionnel depuis 20/3/00	5 000 – 10 000	40	Familiale et volontaire	7 200	Unique	Ticket modérateur	Tiers payant	Non	7 200	limité	N D
FSU- Vridi Canal	1998	5 000 – 10 000	277	Individuelle & familiale	1 000	+ 3	T M	Forfait	Non	4 000	Limité	Acte
FSU-COM Abobo Avocatier	1995	70 000	71	Familiale	5 000	+ 3	Plafond	Forfait	Non	5 000	Limité	Episode – acte & par journée
FSU-COM Anoumabo	1997	50 000 – 100 000	230	Familiale	10 000	+ 3	TM	T P	Non	5 000	Libre	Pourcentage par prestation
CSU COM Koumassi Campe-ment	1996N D	+ 100 000	N D	Individuelle	4 000	Unique	T M	T P	Non	4 000	Libre	N D
AS-COM Abobo Clouetcha	1999	+ 100 000	100 0000	Individuelle	5 000	Unique	Ticket Modérateur	Forfait	Non	5 000	Limité	Acte + forfait
CSU-COM Banco sud	1999	62 000	49	Individuelle	5 000	+ 3	Plafond	Forfait	Non	3 500	Unité	Acte
CSU-COM Divo Koumassi	2 000	Inconnue	6 000	Individuelle	5 000	+ 2	Non	N D	Non	5 000	Libre	Commande
CSU-COM Anono	2002	30 000 – 50 000	ND	Volontaire	6 000	+ 3	Plafond	Forfait	Non	6 000	Limité	Episode
CSU-COM Vridi	2002	5 000 – 10 000	91	Familiale	4 000	+ 3	T M	T P	Non	4 000	Limité	N D

CSU-COM PK 18 Assomin	1999	60 000	70	Familiale	5 000	+ 3	T M	Forfait	Non	5 000	Limité	Episode + acte
FSU-COM Abobo Akeikoi	1996	16 000	20	Individuelle & familiale	4 000	+ 3	Plafond	Forfait	Non	4 000	Limité	Acte
FSU-COM Abobo Baoulé	1996	40 000	200	Individuelle & familiale	1 000 & 500	+ 3	Non	Forfait	Non	1 000 & 500	Limité	Episode - Acte & par journée
CSU-COM Abobo Nord	1999	60 000	474	Individuelle	5 000	+ 3	Plafond	Forfait	Non	5 000	Limité	Episode – acte & forfait
CSU-COM Agban	2000	10 000 – 30 000	5	Familiale	5 000	+ 3	Plafond	Forfait	Non	5 000	Limité	Episode
CSU-COM Angré	2001	50 000 – 100 000	65	Volontaire	10 000	+ 3	Plafond	Forfait	Non	10 000	Limité	Acte
FAS-COMCI Wassakara Attié	1995	149 328	114	Familiale	5 000	Unique	T M	T P	Non	5 000	Limité	N D
CDSS-G	1999	5 000 – 10 000	269	Individuelle	1 000 & 500	Unique	T M	T P	Non	4 000	Libre & limité	Acte
AFOSUP	1997	Inconnue	Inconnus	Familiale	5 000	Unique	T M	T P	Non	5 000	Libre	Acte
CSU-COM Treichville	1998	1 000 – 3 000	85	Individuelle & familiale	5 000	Unique	T M	T P	Non	50 000	Libre	Acte

ANNEXE II: LISTE DES ONG

Identificati on	situation	Population cible	bénéficiair es	Mode d'adhésion	Droit d'adhésion	garantie	Copaie- ment	Mode de paiement	Durée de stage	Cotisation	Accès aux soins	Mode de rémunérati on
CASM	1999	3000 à 5000	+ de 4500	Volontaire Individuelle	3000	unique	Ticket modérateur	Tiers payant	non	7200	limité	Nd
MILCA- TM	2000	1000-3000	800-1000	Individuelle	2000	unique	Ticket modérateur	TP	1 mois	300 000	Limité	N D
CAMS	1999	- de 1000	1624	Variée	5000	Unique	TM	TP	Non	Entre 5000 et 10 000	Limité	A l'acte
MESAD	2001	5000 à 10 000	7	Volontaire individuelle	20 000	Unique	TM	TP	Non	20 000	Limité	A l'acte
SANTE 3+	2002	Inconnue	124	Individ.	5 000	Unique	TM	Plafond	Non	5 000	Libre	Par épisode

ANNEXE III : LISTE DES SOCIÉTÉS EN CONVENTION DE GESTION AVEC LES MUTUELLES DE SANTÉ

Identification	situation	Population cible	bénéficiaires	Mode d'adhésion	Droit d'adhésion	garantie	Copaiement	Mode de paiement	Durée de stage	Cotisation	Accès aux soins	Mode de rémunération
ENPAS	1996	ND	2500	Obligatoire	Non	unique	TM	Tiers payant	non	13 000 000	limité	Episode
MSU	1999	10 000-30 000	3 292	Individ.	Non	Unique	TM	TP	Non	12 000 000	Limité	A l'acte
PANAS	2003	3000	13 000	Obligatoire	Non	Unique	TM	TP	Non	177000000	Libre + limité	Episode
Système Sant2 PAA	2003	7 250	1 350	Groupe obligatoire	Non	Unique	TM & ML	TP	3 mois	9 mois	Libre	Episode à l'acte & /journée
M C I	1998	33 537	33 537	Volontaire	4 000	+ de 3	TM & PL	TP RBS & forfait	3 mois	%/salaire brut	Libre & limité	A l'acte & forfait

ANNEXE IV : LISTE DES MUTUELLES DE SANTE D'ENTREPRISES

Identification	situation	Population cible	bénéficiaires	Mode d'adhésion	Droit d'adhésion	garantie	Copaiement	Mode de paiement	Durée de stage	Cotisation	Accès aux soins	Mode de rémunération
MUGEF-CI	1973	+ de 100 000	483 395	Volontaire individuelle &	Noon	2 options	Ticket modérateur	Tiers payant	3 à 9 mois	Entre 7 000 & 15 000	limité	Acte
MTLLE TV	1998	438	300	Volontaire Individuelle et	1 500	+ 3	Plafond	Forfait	1 semaine	Entre 500 & 1 000	Limité	Acte
FPM	1986	50 000 -100 000	Non déterminé	Automatique	Non	Unique	Non	TP	Non	Fonction du grade	Limité	Acte
CNPS	2002	3 000- 5 000	Non Déterminé	Automatique	Non	Unique	TM	TP & RB	6 mois	8 000 – 12 000	Libre	Acte

ANNEXE V : LISTE DES ASSOCIATIONS INTERSECTORIELLES

Identification	situation	Population cible	bénéficiaires	Mode d'adhésion	Droit d'adhésion	garantie	Copai-ment	Mode de paiement	Durée de stage	Cotisation	Accès aux soins	Mode de rémunération
U J K	1995	5000-10.000	125	Individ.	1 000	unique	Non	Forfait	1 an	500	Libre	Non déterminé
MUNE CI	1993	50 000-100 000	Inconnue	Volontaire	1 000	+ 3	Plafond	Forfait	Non	1 000	Limité	Acte
MS N'NHA	2001	25 000	275	Familiale	1 000	Unique	TM	TP	45 jours	5 400	Libre	Acte
ANAHPCI	1986	87	105	Individ.	1 500	Unique	Plafond	TP	Non	1 500	Limité	Non déterminé
MUDESA	1999	Inconnue	250	Volontaire	5 500	Unique	TM	TP	Non	5 500	Libre	Acte
C. SOLID	1973	1 000 -3 000	3 000	Familiale	Non	Unique	Non	TM+RB	4 mois	38 929 272	Libre	Acte

ANNEXE VI : TABLEAU RECAPITULATIF DES DONNEES STATISTIQUES.

Population	1975	1985	1990	1996
Totale (en millions)	6.76	9.93	11.97	14.73
urbaine (en %)	32.1	37.6	40.4	,,,
féminine (en %)	48.9	48.93	49.08	49.34
Population active (en pourcentage)				
dans l'agriculture	70.85	59.6	54.14	48.95
dans l'industrie	6.94	9.97	11.85	14.37
dans les services	22.21	30.43	34.01	37.47
Comptes nationaux (en millions de US\$ sauf indication contraire)				
PNB par tête (en US\$)	600	630	800	660
PIB au prix courant du marché	3893.71	6977.7	10,797.03	10,687.52
PIB au prix constant du marché de 1990	8057.34	10048.06	10,797.03	12554.41
Indicateurs sociaux				
scolarisation dans le primaire total (en %)	62	75	71	68 (en 94)
femmes (en %)	47	62	59	59 (en 94)
Scolarisation dans le secondaire total (en %)	13	20	23	25 (en 93)
femmes (en %)	7	13	15	17 (en 93)
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	121.2	99.54	91	85 (en 95)
Taux brut de mortalité (pour 1000)	18.09	15	14.7	14,5 (en 95)
Taux brut de natalité (pour 1000)	51.12	51	49.9	47,6 (en 95)
Taux de mort. mat(pour 100 000 naiss.viv)	...	...	810	887 (en 95)
Indice synthétique de fécondité (nombre)	7.41	7.04	7.41	6,88 (en 95)
Espérance de vie à la naissance total (en année)	47.9	51.9	51	49,5 (en 95)
hommes (en année)	45.4	50.1	50.2	49 (en 95)
femmes (en année)	48.66	56.36	52.9	51,5 (en 95)
Population ayant accès aux services de santé				
Accès à l'eau potable: population totale (en %)	69	82 (en 93)	...	...
pop. Urbaine (en %)	80	97 (en 93)	...	...
pop. Rurale (en %)	57	73 (en 93)	..	...

Source : Statistiques choisies sur les pays africains 1998 - publication de la Banque Africaine de Développement