

**Contribution actuelle et potentielle des
Mutuelles de santé au financement,
à la fourniture et à l'accès aux soins de santé :
Cas du Sénégal**

Introduction

Les mutuelles de santé sont des organisations créées sur la base de liens communautaires ou professionnels. Elles se sont développées en Afrique de l'Ouest et du Centre au cours de ces dernières années dans un contexte marqué par des réformes importantes du secteur de la santé. L'émergence des mutuelles a suscité l'intérêt des gouvernements, des ONG et des organisations internationales, en particulier de celles intéressées par des réponses novatrices aux difficiles questions du financement de la santé et de l'accès aux soins dans la sous-région.

C'est cet intérêt qui a poussé plusieurs organisations internationales à travailler en partenariat pour étudier la contribution actuelle et potentielle des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Ce partenariat a regroupé le programme Partnerships for Health Reform (PHR) – financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), le Bureau international du Travail (BIT), à travers ses programmes « Appui associatif et coopératif aux initiatives de développement à la base » (ACOPAM) et « Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté » (STEP), l'ONG Solidarité mondiale (WSM) et l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes de Belgique (ANMC).

L'étude a porté sur neuf pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Elle a été composée de :

- un inventaire des mutuelles dans six pays : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Mali, Sénégal et Togo ;
- 22 études de cas réalisées également dans six pays : Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Nigeria et Sénégal ;
- une synthèse publiée sous le titre « Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ».

L'étude a été réalisée sur la base d'un guide méthodologique qui a permis d'en assurer la cohérence.

Le présent rapport a trait aux études de cas réalisées au Sénégal. Il examine systématiquement les contributions effectives et potentielles des mutuelles étudiées sur le plan de la mobilisation des ressources, de l'efficacité, de l'équité, de l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins de santé, de la pérennisation et de la gouvernance démocratique du secteur de la santé.

Ce rapport a été réalisé par Nathalie MASSIOT, en avril 1998.

Table des matières

I. Contexte et objectifs de l'étude	7
1. Méthodologie.....	7
a. Sélection des mutuelles.....	7
b. Méthodes et degré d'investigation.....	10
2. Difficultés liées à l'étude	12
3. Aperçu du système de santé au Sénégal	13
a. Evolution du système de santé jusqu'à l'initiative de Bamako.....	13
c. L'offre de soins depuis l'initiative de Bamako	13
d. le financement de la santé	15
II. Situation de la mutualité au Sénégal.....	17
1. Contexte de la mutualité au Sénégal.....	17
2. Données générales	18
a. Nombre de mutuelles et personnes couvertes	18
b. Caractéristiques	18
c. Financement	18
d. Prestations	19
III. La mutuelle des Volontaires de l'Education Nationale.....	21
1. Présentation	21
a. Contexte de création	21
b. Organisation	21
c. Statut juridique.....	22
d. Bénéficiaires	22
e. Cotisations.....	23
f. Prestations	23
g. Suivi des bénéficiaires	23
h. Les comptes	24
i. Moyens matériels	25
2. Evaluation.....	25
a. La mobilisation des ressources	25
b. La contribution d'efficacité	26
c. L'équité.....	28
d. L'accès a des soins de qualité.....	28
e. La viabilité de la mutuelle.....	28
f. La contribution a la gouvernance démocratique	30
3. Perspectives et recommandations.....	30
IV. La mutuelle FAGGU	31
1. Présentation	31
a. Contexte de création	31
b. Organisation	31

c. Statut juridique	32
d. Bénéficiaires	32
e. Cotisations	32
f. Prestations.....	33
g. Suivi des bénéficiaires	34
h. Les comptes	34
i. Moyens matériels.....	35
2. Evaluation	35
a. La mobilisation des ressources	35
b. La contribution d'efficacité	36
c. L'équité	37
d. L'accès a des soins de qualité	37
e. La viabilité de la mutuelle	38
f. La contribution a la gouvernance démocratique	39
3. Perspectives et recommandations	39
V. La mutuelle de Lalane Diassap	41
1. Présentation.....	41
a. Contexte de création	41
b. Organisation	41
c. Statut juridique	42
d. Bénéficiaires	42
e. Cotisations	43
f. Prestations.....	43
g. Suivi des bénéficiaires	43
h. Les comptes	44
i. Moyens matériels.....	44
2. Evaluation	44
a. La mobilisation des ressources	44
b. La contribution d'efficacité	46
c. L'équité	46
d. L'accès a des soins de qualité	47
e. La viabilité de la mutuelle	47
f. La participation a la gouvernance démocratique.....	48
3. Perspectives et recommandations	48
VI. Incidences des mutuelles de santé sur la fréquentation de l'hôpital Saint Jean de Dieu à Thiès	51
1. Rappel du contenu des accords	51
2. Impact des mutuelles sur le fonctionnement de l'hôpital Saint Jean de Dieu	52
a. Participation des mutuelles au financement des soins.....	52
b. Attitude de l'hôpital vis à vis des mutuelles	53
Conclusion.....	55
Glossaire.....	59

. Contexte et objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'expérience des mutuelles de santé et leur potentiel en tant que mécanisme d'assurance maladie, en tentant de répondre aux questions suivantes :

- comment évaluer la contribution actuelle des mutuelles au développement et notamment au financement du secteur de la santé au Sénégal ?
- de quel potentiel disposent-elles pour apporter une plus grande contribution et quelles contraintes ou conditions empêchent la réalisation d'un tel potentiel ?
- comment et avec quel appui ce potentiel peut-il se réaliser ?

1. Méthodologie

Les études de cas ont été réalisées suivant trois étapes :

- l'identification des critères de choix des mutuelles devant faire l'objet de l'étude ;
- la détermination des méthodes d'investigation ;
- l'établissement d'une liste de points clés à aborder afin de pouvoir évaluer la contribution actuelle et potentielle des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès des soins de santé.

a. Sélection des mutuelles

Plusieurs critères ont permis de sélectionner les mutuelles :

- *la définition d'une mutuelle de santé* : selon le Guide pratique sur les mutuelles de santé en Afrique¹, « une mutuelle pourrait être définie comme un système d'assurance volontaire, à but non lucratif, élaboré 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. Dans sa forme d'assurance maladie »... « l'implication de cette définition est qu'une mutuelle applique des cotisations ou primes dont les taux sont fixés sur une base communautaire et non individuelle ».

Cinq critères doivent donc être retenus :

- association volontaire
- à but non lucratif
- qui met en œuvre la solidarité

¹ *Mutuelles de santé en Afrique : guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*. ANMC-WSM/BIT-ACOPAM, Dakar 1997

- qui est gérée par ses membres
- et qui pratique une activité de prévoyance et d'assurance maladie.

Cette définition de la mutualité de santé nous a amené à exclure un certain nombre d'organisations qui ne répondaient pas de façon rigoureuse aux critères définis ci-dessus. Ce choix est délibéré et l'on ne doit pas perdre de vue que de nombreuses formes de prise en charge de la santé proches des mutuelles de santé existent au Sénégal. Cependant, l'objet même de l'étude nous a poussé à les écarter.

- *la liste des mutuelles recensées lors de l'inventaire* : cette étude a servi de base pour le choix des mutuelles devant faire l'objet d'études de cas. Toutes les structures répondant à la définition ci-dessus ont été identifiées dans l'inventaire et les renseignements collectés ont permis de sélectionner les mutuelles qui allaient être étudiées.
- *la typologie des mutuelles* distingue 4 catégories :
 - les mutuelles traditionnelles basées sur l'appartenance ethnique ou clanique de ses membres ;
 - les mutuelles non traditionnelles ou à base communautaire. Elles peuvent être professionnelles (créées dans une entreprise, un secteur d'activité ou un syndicat) ou sociales (mutuelle de quartier, de femmes, religieuses, etc.).
 - les systèmes simples d'assurance à financement communautaire, généralement mis en place par une structure sanitaire comme système d'assurance pour améliorer son niveau de recouvrement des coûts et étendre l'accès aux soins de santé au plus grand nombre dans le ressort territorial de l'institution.
 - les systèmes complexes de financement communautaire, dans lesquels la collectivité se charge de gérer le premier niveau des soins médicaux (centres de santé), à travers des structures de participation.

Toutes ces mutuelles de santé peuvent être urbaines ou rurales. Elles interviennent au premier franc (dès la première dépense) ou en complément d'un autre système de prise en charge (sécurité sociale, intervention de l'état, etc.).

Les études de cas doivent si possible concerner une mutuelle de chaque catégorie. Cette typologie est donc un critère de choix important parmi l'ensemble des mutuelles recensées dans l'inventaire.

- enfin, les mutuelles choisies doivent apporter des informations exploitables dans le cadre des objectifs de l'étude. Elles peuvent être représentatives, c'est à dire refléter la situation dominante dans le pays ; elles peuvent aussi être originales, dans le sens où leur expérience particulière présente un intérêt et est susceptible d'être reproduite.

Le critère est donc leur propension à devenir des exemples, des modèles pour le développement du mouvement mutualiste dans le pays.

Dans l'optique inverse, on peut aussi retenir des mutuelles en faillite afin d'identifier les causes de l'échec et éviter ainsi qu'elles ne se reproduisent.

C'est l'application de l'ensemble de ces critères qui a orienté le choix des mutuelles faisant l'objet d'études de cas. Nous allons voir concrètement comment ils ont joué pour la sélection des mutuelles au Sénégal.

La liste des mutuelles de l'inventaire a servi de base pour l'identification des mutuelles de santé au Sénégal. Toutes ces mutuelles ont ensuite été classées selon la typologie décrite ci-dessus.

Cependant, toutes les catégories ne sont pas représentées au Sénégal : il n'existe que des mutuelles communautaires professionnelles ou sociales. Aucune mutuelle traditionnelle et aucun système simple ou complexe de financement communautaire n'ont été identifiés.

Les cas étudiés concernent donc :

- une mutuelle communautaire professionnelle au premier franc : la mutuelle des Volontaires de l'Education Nationale (urbaine/rurale)
- une mutuelle communautaire professionnelle complémentaire : la mutuelle Faggu (urbaine)
- une mutuelle communautaire sociale : la mutuelle Lalane Diassap (rurale).

La mutuelle des Volontaires a été retenue pour son caractère original qui est issu de la nature même du statut de Volontaire (situation précaire et temporaire). De plus, elle concerne un nombre important de personnes (3 700).

La mutuelle de Faggu couvre les retraités de l'IPRES (Institut de Prévoyance et de Retraite du Sénégal) ; ici aussi, c'est son caractère original qui a retenu notre attention : elle intervient en faveur d'une population à risque et en complément de la prise en charge de l'IPRES.

Enfin, la mutuelle Lalane Diassap sert de référence à toutes les mutuelles rurales de la région de Thiès. A l'heure actuelle, elles sont une dizaine à fonctionner sur le même modèle.

Les trois mutuelles retenues fonctionnent de façon satisfaisante ; aucune mutuelle en difficulté n'a été choisie pour deux raisons : d'une part, les situations de crise rendent les enquêtes très délicates et la fiabilité des données n'aurait pas pu être assurée. D'autre part, les cas de faillite au Sénégal sont souvent liés à des conflits de personnes qui ne nous auraient rien apportés sur les causes profondes des difficultés.

Les choix opérés reflètent donc le plus possible la diversité des situations du mouvement mutualiste au Sénégal. Outre les critères dégagés plus haut, nous avons tenu compte de la taille des mutuelles, des populations cibles, de l'étendue géographique, etc.

L'offre de soins

L'objectif de l'étude étant d'évaluer la participation des mutuelles au financement et à l'accès des soins de santé, il nous a paru intéressant d'interroger les prestataires de soins qui travaillent en collaboration avec les mutuelles.

Il a donc fallu identifier les structures sanitaires susceptibles de nous fournir des renseignements à ce sujet. Le choix n'a pas été difficile, car un seul hôpital entretient des relations suivies avec les mutuelles de santé : il s'agit de l'hôpital Saint Jean de Dieu à Thiès.

Quelques données sur l'impact des mutuelles sur la gestion de l'hôpital Saint Jean de Dieu feront l'objet d'une analyse pour compléter les études de cas.

a. Méthodes et degré d'investigation

➤ *Méthode*

Ces études ont été réalisées selon le guide méthodologique qui définit les méthodes d'investigation et de collecte des données.

Ce guide dresse d'abord une liste de points clefs à analyser, et de questions à soumettre aux personnes enquêtées. En outre, il propose un questionnaire qui regroupe l'essentiel des informations.

Pour les études de cas au Sénégal, plusieurs passages dans les mutuelles ont été nécessaires pour obtenir les informations souhaitées. Les premiers rendez-vous ont eu lieu en présence du président et d'un (ou des) membre(s) du bureau ou conseil d'administration. L'essentiel des données a été recueilli lors de ces entrevues.

En ce qui concerne la mutuelle de Faggu et Lalane Diassap, nous avons pu rencontrer des mutualistes qui ne faisaient pas partie des instances de décision. Ces entretiens nous ont permis d'obtenir le point de vue des utilisateurs de la mutuelle et de connaître leurs motivations et leurs attentes. Cette démarche n'a pas été possible pour la mutuelle des Volontaires de l'Education Nationale car, au moment des enquêtes, la rentrée scolaire a rappelé chaque enseignant dans sa province d'affectation.

Le questionnaire n'a pas été utilisé, car la totalité des informations a été recueillie lors des entretiens. De manière générale, les rendez vous se sont passés de la façon suivante :

- entretien libre au début de l'entrevue ; les personnes interviewées présentaient leur mutuelle spontanément en mettant en avant les points qui leur paraissaient essentiels.
- Ensuite l'entretien était recentré sur des questions importantes ou restées sans réponse.

L'étude de certains documents comme les statuts, le règlement intérieur, les documents comptables et les registres de suivi des bénéficiaires ont permis de compléter les informations.

Enfin, le premier draft a été transmis aux mutuelles pour qu'elles puissent valider les informations recueillies.

➤ *Informations recueillies*

Les enquêtes menées devaient recueillir le maximum de données sur les mutuelles sélectionnées. Les thèmes abordés ont été les suivants :

- contexte de création
- organisation
- statut juridique
- bénéficiaires

- cotisations
- prestations
- suivi des bénéficiaires
- situation financière
- moyens matériels
- bilan : points forts, points faibles, perspectives.

➤ *Traitement des données*

L'organisation et le fonctionnement de chaque mutuelle sont d'abord décrits de façon succincte, pour permettre d'avoir une vision globale des structures.

L'analyse de leur activité est ensuite développée à travers les thèmes dégagés dans la méthodologie. Il s'agit de :

- **la mobilisation des ressources** : elle détermine le potentiel des mutuelles à contribuer à la mobilisation des ressources au profit du secteur de la santé. Elle concerne à la fois la capacité des mutuelles à prélever les cotisations, et l'utilisation par les structures sanitaires de ces fonds. Ce second point a soulevé des difficultés car il concerne les structures sanitaires et non les mutuelles. Seul l'hôpital Saint Jean de Dieu a fait l'objet d'une enquête et les données disponibles ne permettent pas de connaître l'affectation des sommes versées par les mutuelles.
- **l'impact d'efficacité** : c'est l'évaluation de l'efficacité des prestations offertes par les mutuelles. L'efficacité se mesure en interne (comment les mutuelles optimisent-elles leur activité ?) et en externe (quel est l'impact de la mutuelle sur les prestataires de soins ?).
- **l'équité** : elle se définit au niveau du financement et des prestations. L'équité dans le financement signifie que la contribution à la mutuelle dépend des revenus de chacun. L'équité dans les prestations implique que des personnes d'égaux besoins bénéficient des mêmes prestations. Il s'agit donc de savoir si les mutuelles respectent ces principes.

Cette notion peut aussi être élargie à des groupes de personnes ou des zones géographiques. Les mutuelles contribuent-elles à rééquilibrer l'accès aux soins au profit des populations les plus démunies ou des régions les plus pauvres.

- **l'accès à des soins de qualité** : les mutuelles peuvent contribuer à un meilleur accès aux soins de santé de deux manières :
 - en rendant les soins financièrement accessibles,
 - en améliorant les prestations servies par les structures sanitaires.
- **la viabilité des mutuelles** : cet aspect couvre un certain nombre de données analysées dans les thèmes précédents. Plusieurs facteurs interviennent pour évaluer la viabilité des mutuelles : ils peuvent être d'ordre social, financier, de gestion, et institutionnel.
- **la contribution à la gouvernance démocratique** : il s'agit d'étudier les rapports entre les mutuelles, les autorités sanitaires et les instances de décision en matière de financement et de prestation de services de santé.

L'étude de ces différents thèmes permet donc une évaluation de la contribution actuelle et potentielle des mutuelles au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins. La dernière partie de l'analyse consiste à déterminer les moyens pour renforcer l'efficacité de ces mutuelles.

Le présent rapport s'organise donc de la façon suivante :

- un aperçu du système de santé au Sénégal,
- un compte rendu de la situation du mouvement mutualiste au Sénégal,
- les études de cas mutuelle par mutuelle comprenant :
 - un descriptif de leur organisation et fonctionnement
 - l'analyse et l'évaluation de leurs activités selon les thèmes dégagés dans la méthodologie
 - des recommandations sur les moyens à mettre en œuvre pour soutenir et renforcer leur efficacité.
- l'étude de l'impact des mutuelles de la région de Thiès sur le fonctionnement de l'hôpital Saint Jean de Dieu.

1. Difficultés liées à l'étude

La portée de ces études est conditionnée par la sélection des mutuelles : celles ci devaient être suffisamment significatives pour pouvoir dégager des caractéristiques et des moyens d'actions reproductibles sur l'ensemble du mouvement mutualiste au Sénégal.

Les choix opérés respectent la diversité des situations présentes au Sénégal. On peut cependant regretter l'absence de mutuelle communautaire sociale en milieu urbain. La mutuelle de Dimeli Yoff, à Dakar, aurait pu servir d'exemple pour cette catégorie, mais le contexte du moment rendait l'enquête délicate. En effet, cette mutuelle a déjà fait l'objet de nombreuses études et les dirigeants semblaient réticents à nous recevoir.

Dans l'ensemble, les enquêtes se sont déroulées dans de très bonnes conditions. Il faut cependant noter une certaine méfiance de la part de la mutuelle Lalane Diassap, lors de la première prise de contact. Ces dernières années, les mutuelles de la région de Thiès ont été largement sollicitées par différents organismes pour répondre à de nombreuses enquêtes. Elles n'ont pas toujours été informées sur les objectifs de ces études et ont rarement bénéficié d'action de soutien en retour. Le président de Lalane Diassap était donc assez hostile à toute nouvelle ingérence extérieure dans la vie de sa mutuelle et il nous a fallu l'accord de la Coordination Régionales des mutuelles de Thiès pour pouvoir démarrer notre étude. Une fois cet accord obtenu, les entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions.

Pour les trois mutuelles, l'ensemble des informations demandées nous a été communiqué sans aucune réticence et les responsables ainsi que les mutualistes se sont montrés très disponibles. En ce qui concerne la mutuelle des Volontaires de l'Education Nationale, il n'a pas été possible de rencontrer des membres en dehors du bureau exécutif. L'enquête s'est déroulée la veille de la rentrée scolaire et chaque volontaire devait donc rejoindre sa région d'affectation.

Malgré ces quelques difficultés, les études de cas se sont donc déroulées dans de très bonnes conditions ; la fiabilité des données est ainsi assurée. On peut dire que l'objectif de l'étude a

été atteint, même si l'échantillon de mutuelles étudiées offre forcément une vision réduite de la situation du mouvement mutualiste au Sénégal.

1. Aperçu du système de santé au Sénégal

Nous rappellerons ici brièvement l'évolution du système de santé sénégalais depuis l'indépendance, pour comprendre sa structure actuelle et situer le contexte dans lequel les mutuelles de santé se développent².

. Evolution du système de santé jusqu'à l'initiative de Bamako

Jusqu'en 1970, le Sénégal, à l'instar des autres pays d'Afrique connaît une croissance satisfaisante et le système de santé financé exclusivement sur des fonds publics est considéré comme un héritage positif de la période coloniale.

Le début des années 70 peut être considéré comme l'amorce d'un déclin économique. Plusieurs facteurs sont à l'origine de ce phénomène ; les crises pétrolières, la mauvaise pluviométrie, le faible taux d'industrialisation et la monoculture de l'arachide ont contribué à la chute de l'économie sénégalaise.

En 1990, la dette extérieure atteint 66,5 % du PNB³.

Le budget consacré à la santé a suivi le même chemin : en 1970 près de 10 % du budget national était affecté à la santé contre 5,2 % en 1992.

Parallèlement à cette crise économique, sont venus se greffer les programmes d'ajustement structurel qui visent à la réduction des dépenses publiques non productives. Le secteur de la santé a donc été frappé de plein fouet par cette politique des bailleurs de fonds. De 1980 à 1988 le nombre d'habitants par infirmier passe de 3 000 à 8 000 personnes. Les structures sanitaires ne sont plus approvisionnées en médicaments, le recrutement du personnel qualifié fait cruellement défaut et l'entretien des établissements n'est plus assuré.

Tous ces facteurs réunis entraînent la désaffection des structures sanitaires par la population. A ceci vient s'ajouter la lourdeur de l'organisation du système de santé, très centralisé et mal réparti sur le plan géographique.

a. L'offre de soins depuis l'initiative de Bamako

C'est en 1987 que se réunissent à Bamako les ministres africains de la santé afin d'adopter une stratégie de réformes des systèmes de santé. Cette initiative vise à conforter la promotion des

2 Trois sources bibliographiques ont été utilisées pour élaborer cette présentation :

- Issue in Health care financing, World Bank, 1992
- The private sector delivery of Health care : Sénégal, James C. KNOWLES, Abdo S. YASBECK, Steven BREWSTER, Abt. Inc., 1994
- Mise en place de l'initiative de Bamako au Sénégal, Cheikh NIANG, Hélène BENGHA, Cheikh T. ATHIE, 1997.

3 Banque Mondiale, 1993

soins de santé primaires décidée à Alma Ata en 1978. Elle a pour objectif le renforcement des soins de santé primaires à assise communautaire en vue d'accélérer l'accès à la santé pour tous.

Cette nouvelle politique cherche à promouvoir une plus grande mobilisation des ressources, notamment en adoptant le système de recouvrement des coûts (tant pour les consultations que les médicaments), à améliorer la gestion des structures sanitaires en sollicitant la participation des populations et à décentraliser le système public de santé.

Au Sénégal, elle est accompagnée d'une réforme de la politique du médicament qui passe par la réorganisation de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement et sa décentralisation. La promotion du médicament essentiel sous sa dénomination « générique » se généralise à l'ensemble du territoire.

D'un point de vue administratif, le Ministère de la santé publique et de l'action sociale entreprend des réformes à partir de 1991. Le pays est divisé en 45 districts qui regroupent environ 250 000 habitants et 15 à 25 postes de santé articulés autour d'une structure de référence (centre de santé ou hôpital régional).

La structure du système santé est désormais la suivante :

- case de santé au niveau du village
- poste de santé qui comporte au moins un infirmier
- centres de santé avec un médecin
- hôpitaux sous régionaux et régionaux
- centres hospitaliers universitaires.

En dehors des réorganisations administratives, la société civile s'organise en comités de santé : associations de participation à l'effort de la santé. Les premières initiatives datent de 1980 mais elles ne sont reconnues et légalisées que depuis 1992. Leurs objectifs sont :

- d'exprimer les besoins de la communauté en matière de santé
- de mobiliser et de répartir les ressources pour financer leurs actions de promotion de la santé
- de participer à la mise en œuvre des programmes de santé publique
- de contribuer à l'équipement et la réfection des structures sanitaires

Parallèlement à ces réformes structurelles du secteur public de la santé, le secteur privé a largement contribué à l'amélioration de l'offre de soins, notamment en milieu urbain.

Le secteur privé peut être regroupé en deux catégories :

- les institutions religieuses à but non lucratif et qui bénéficient largement de subventions extérieures,
- le secteur à but lucratif.

Cette deuxième catégorie de prestataires s'est fortement développée depuis les années 90. Elle pratique des tarifs supérieurs aux tarifs publics, mais garantit une qualité de soins bien supérieure.

La clientèle de ce genre d'établissement fait partie de la population privilégiée, qui se compose essentiellement de la couche aisée de la population et des personnes bénéficiant d'une couverture sociale.

Tous ces efforts aboutissent à une décentralisation du système de santé, à une plus forte implication des populations dans la gestion et à une politique de recouvrement des coûts qui pallie au désengagement progressif de l'Etat.

A l'heure actuelle, l'initiative de Bamako s'est implantée dans toutes les régions du Sénégal et permet un accès facilité aux soins de santé primaire et aux médicaments.

A titre d'illustration voici quelques chiffres des tarifs pratiqués dans les centres de santé :

Prestations	Milieu rural (en FCFA)	Milieu urbain (en FCFA)
Consultation adulte	100	200
Consultation enfant	50	100
Consultation pré et post natale	100	200
Planning familial	100	200
Vaccination	50	50
Accouchement	1 000	2 000 à 3 000

Il faut noter l'appui de l'UNICEF pour la réalisation de cette politique.

a. le financement de la santé

En 1989, le financement de la santé (publique et privée) se répartit de la manière suivante :

- Ministères : 30%
- Aide internationale : 17%
- Entreprises : 10%
- Ménages : 41%

La part la plus importante du coût de la santé repose donc désormais sur les ménages, qui deviennent le premier acteur du financement de la santé. Si l'initiative de BAMAKO a permis de mettre à la portée de la majorité de la population les soins de santé primaire, la politique de recouvrement des coûts rend l'accès à l'hôpital de plus en plus difficile pour tous.

Seule une minorité de la population sénégalaise bénéficie d'une couverture sociale pour la prise en charge de leurs frais médicaux. Il s'agit essentiellement des fonctionnaires (environ 300 000 personnes) et des salariés du secteur moderne qui sont couverts soit par une

Institution de Prévoyance Maladie (IPM) soit par une compagnie d'assurance privée. Cette catégorie de la population reste largement minoritaire et la couverture dont elle bénéficie n'est que partielle (entre 50% et 80% des frais).

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 de structures sanitaires, etc.

C'est dans ce contexte, que la mutualité a fait son apparition au Sénégal à la fin des années 80. Elle est un moyen parmi d'autres de faire face aux dépenses de santé, notamment en ce qui concerne l'hospitalisation.

Les avantages que propose le mouvement mutualiste, notamment en terme de solidarité et de répartition du risque font de lui aujourd'hui un élément à part entière des politiques de santé publique.

Situation de la mutualité au Sénégal

1. Contexte de la mutualité au Sénégal

Le mouvement mutualiste au Sénégal date d'une dizaine d'années, mais les premières initiatives sont restées isolées pendant longtemps. L'engagement politique de ces deux dernières années a favorisé leur développement.

Dès le départ, les mutuelles qui se sont mises en place étaient de véritables mutuelles de santé ; leur objet initial et principal était la couverture des risques liés à la santé, selon les principes de prévoyance et d'assurance. Dans les autres pays on constate souvent une confusion des risques (maladie, décès, naissance, etc.) et des modes de prise en charge (assurance, épargne, prêts, etc.).

Le mouvement mutualiste est essentiellement parti de l'initiative du diocèse de Thiès avec l'appui de l'hôpital Saint Jean de Dieu. Le diocèse a été à l'origine de la première mutuelle de santé : la mutuelle de Fandène en 1989. Pendant longtemps cette organisation a fait figure d'exemple et d'autres mutuelles, environ une dizaine, se sont progressivement mises en place, sur le même modèle.

Aujourd'hui, l'Eglise n'est plus le seul promoteur des mutuelles de santé dans la région.

Les mutuelles d'obédience catholique se sont regroupées dans la *Coordination Diocésaine des Mutuelles de Santé de Thiès*. Parallèlement, un autre collectif s'est mis en place : la *Coordination Régionale des Mutuelles de Santé de Thiès*, ouverte à toutes les mutuelles quelle que soit leur appartenance religieuse.

Malgré quelques difficultés d'ordre politique, ces coordinations ont le mérite d'exister et mènent des actions de sensibilisation et d'information. Elles représentent désormais des interlocuteurs incontournables dans la région.

Depuis deux ans, le mouvement mutualiste au Sénégal bénéficie d'appuis importants au niveau national et international.

Le Programme conjoint BIT-ACOPAM/WSM-ANMC, dont le siège est à Dakar, mène des actions de promotion et de formation dans le domaine des mutuelles de santé dans quatre pays de la sous région (Sénégal, Mali, Burkina et Bénin).

Plusieurs ateliers de formation ont déjà été organisés dans différentes régions du Sénégal.

Au niveau du Ministère de la Santé, un Projet d'Appui aux Mutuelles de Santé a été mis en place le 11 septembre 1997. Malgré quelques retards pris dans l'adoption de ce programme, le Ministère entend s'investir pleinement dans la promotion et la formation en matière de mutuelles de santé.

D'autres partenaires soutiennent les mutuelles de santé : il s'agit notamment de la Mutualité Française qui s'est engagée dans le développement de la mutualité à Rufisque.

On observe donc au Sénégal un contexte très favorable au développement de la mutualité. Les expériences relativement anciennes ont gagné la confiance des populations et elles peuvent désormais s'appuyer sur des programmes nationaux ou internationaux pour se développer.

Aujourd'hui, les mutuelles de santé sont concentrées dans deux régions : Dakar et Thiès. Dans la région de Kaolack, elles sont encore à l'état embryonnaire.

1. Données générales

a. Nombre de mutuelles et personnes couvertes

On compte 24 mutuelles de santé au Sénégal. Quinze d'entre elles sont fonctionnelles et neuf sont en voie de création.

Il faut noter qu'environ 60 autres projets de mutuelles sont à l'étude, mais leur état d'avancement est encore embryonnaire.

Le nombre de personnes couvertes (bénéficiaires) peut être estimé à 32 000 pour 10 500 adhérents. En écartant la mutuelle de Volontaires de l'Education Nationale (3 703 adhérents) qui ne couvre pas les familles, on obtient une moyenne de 3 ayant droits pour 1 adhérent.

a. Caractéristiques

60% des mutuelles sont situées dans la région de Thiès. La répartition entre mutuelles urbaines et rurales est équitable (12 en zone urbaine, 9 en zone rurale et 3 mixtes).

Ce sont surtout des mutuelles communautaires sociales (80%) ; les mutuelles professionnelles représentent 20%.

Deux d'entre elles sont des mutuelles complémentaires ; les autres interviennent au premier franc.

Elles ont toutes des statuts et un règlement intérieur, mais seulement 9 d'entre elles les ont déposés auprès du ministère de tutelle (ministère de l'intérieur, en attendant un cadre juridique spécifique aux mutuelles de santé). Certaines attendent l'adoption d'une loi en matière de mutualité pour savoir auprès de quelle autorité elles doivent se déclarer.

a. Financement

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

67% des mutuelles prélèvent une cotisation individuelle d'un montant moyen de 100 FCFA par mois. En général tous les membres de la famille peuvent cotiser (conjoint, enfants, ascendants directs).

Seule la mutuelle des Volontaires de l'Education Nationale ne garantit pas la prise en charge de la famille, mais ce point est à l'ordre du jour de la prochaine assemblée générale.

Le précompte est très rare puisqu'il existe peu de mutuelles professionnelles, et le recouvrement des cotisations est un problème commun à toutes les mutuelles.

Malgré ces difficultés, les comptes sont en général en équilibre, mais la fiabilité des données appelle quelques réserves.

a. Prestations

Les prestations garanties sont le plus souvent l'hospitalisation et parfois les consultations et la pharmacie.

Il faut souligner la particularité des mutuelles de la région de Thiès : elles ont négocié une réduction de 50% du forfait hospitalier qui comprend l'hébergement, les soins, les médicaments, les analyses et les radios, soit 3 500 FCFA au lieu de 7 000 FCFA par jour.

Elles garantissent en général 100% de ce forfait pendant 15 jours. Ces prestations ne sont pas négligeables au regard du montant de la cotisation qui s'élève en général à 100 FCFA par mois et par personne.

Cependant, certaines mutuelles doivent être vigilantes vis à vis du respect du plafond de couverture. En effet, même si la mutuelle ne garantit que 15 jours d'hospitalisation, l'hôpital lui facture l'intégralité du séjour. Ainsi, une des mutuelles de Thiès (la mutuelle Saint Jean Baptiste) a enregistré jusqu'à 1 500 000 FCFA d'impayés à l'hôpital et a dû suspendre ses prestations.

. La mutuelle des Volontaires de l'Education Nationale

1. Présentation

a. Contexte de création

Pour faire face à la pénurie d'enseignants, notamment en milieu rural, à l'inégalité dans l'accès à l'éducation entre les filles et les garçons, au faible taux d'alphabétisation et au chômage des jeunes diplômés, l'Etat sénégalais a mis en place un programme de Volontaires de l'Education Nationale. Il s'agit de recruter des jeunes diplômés et de les affecter à des postes d'enseignants en milieu rural. Ces volontaires perçoivent une bourse d'un montant mensuel de 50 000 FCFA.

La durée de leur contrat est de 4 ans (2 ans renouvelables) et le Ministère est censé faciliter leur intégration à l'issue de ces 4 années. Le programme ayant commencé il y a 3 ans, il n'est pas possible de vérifier la réalité de l'engagement du Ministère.

Compte tenu de leur statut, les volontaires ne bénéficient pas de la prise en charge par l'Etat des frais médicaux. Ils se sont tout de suite posé la question de la couverture de leurs frais de santé (les premiers recrutements ont eu lieu en avril 95 et la mutuelle a été créée en décembre de la même année).

Avec l'aide du Ministère de l'Education de Base et le soutien financier de la Caisse Française de Développement, il a été décidé de créer la mutuelle des Volontaires de l'Education Nationale pour garantir les frais d'hospitalisation.

a. Organisation

La mutuelle des volontaires de l'éducation s'étend sur tout le territoire puisque les 3 700 volontaires sont répartis sur l'ensemble du Sénégal. Son organisation est donc décentralisée.

L'assemblée générale

Conformément aux statuts, l'assemblée générale est composée :

- des délégués départementaux désignés par les membres à jour de leur cotisations
- des membres du conseil d'administration.

Le nombre de délégués varie selon le nombre de volontaires dans le département :

- de 1 à 60 volontaires : 1 délégué
- de 61 à 120 volontaires : 2 délégués
- plus de 120 volontaires : 3 délégués.

Les volontaires sont répartis sur 10 départements.

L'assemblée Générale se réunit une fois par an.

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est composé de 10 membres élus pour 2 ans par l'assemblée générale.

Les membres perçoivent une indemnité de transport et 2 500 FCFA par jour lors de chaque réunion du conseil.

Le conseil se réunit chaque fois qu'il est convoqué et au moins trois fois par an.

La commission de contrôle

Le contrôle financier est assuré par deux fonctionnaires désignés par le Ministre délégué auprès du Ministre de l'Education Nationale chargé de l'éducation de base et de la promotion des langues nationales. Ces deux contrôleurs financier rendent compte de la situation dans le premier trimestre qui suit chaque fin d'exercice.

Enfin la gestion quotidienne de la mutuelle est confiée à un gérant nommé en conseil d'administration sur proposition du Ministre.

Toute sortie d'argent doit être soumise à la double signature du gérant et du président.

Deux personnes sont salariées de la mutuelle : le gérant et la secrétaire.

a. Statut juridique

La mutuelle a rédigé des statuts et un règlement intérieur qui sont déposés auprès du ministère de l'intérieur, en attendant l'adoption d'un cadre juridique propre aux mutuelles de santé.

a. Bénéficiaires

Tous les Volontaires de l'Education Nationale sont membres d'office de la mutuelle. Cette disposition statutaire, contraire aux principes de la mutualité, va faire l'objet d'une révision lors de la prochaine assemblée générale. Il est prévu de rendre l'adhésion facultative.

Seuls les volontaires sont couverts par la mutuelle ; les familles sont exclues.

Les volontaires bénéficient de la garantie pendant la durée de leur contrat, soit 4 ans.

Les membres de la mutuelle sont aujourd'hui au nombre de 3 703. Chaque année, le ministère recrute 1 200 volontaires.

Evolution du nombre d'adhérents

Années	Novembre 1995	Novembre 1996	Novembre 1997
Nombre d'adhérents	1200	2400	3704

a. Cotisations

Les cotisations revêtent un caractère particulier, car elles sont payées intégralement pour les 4 années de prise en charge, au moment de l'adhésion.

La cotisation annuelle est de 10 000 FCFA et lorsque le volontaire s'inscrit à la mutuelle il s'acquitte donc de

40 000 FCFA. Cette mesure a pour objectif de permettre à la mutuelle d'avoir des réserves suffisantes.

a. Prestations

La mutuelle des Volontaires de l'Education Nationale garantit à 100% toutes les prestations liées à une hospitalisation (depuis l'évacuation jusqu'à l'intervention chirurgicale), sur la base du tarif de deuxième catégorie à l'Hôpital Principal.

Pratiquement tous les hôpitaux et centres de santé du Sénégal ont été agréés par la mutuelle et les mutualistes munis d'une prise en charge peuvent donc bénéficier gratuitement des soins (système du tiers payant). Néanmoins, ils peuvent faire soigner dans des structures non agréées, à charge pour eux de faire l'avance des fonds et de se faire rembourser par la mutuelle (mais ce cas de figure reste relativement rare).

Les factures des prestataires de soins sont transmises directement au siège de la mutuelle à Dakar qui paye dans les 15 jours. Tous les règlements s'effectuent par chèques cosignés par le président et le gérant. Néanmoins pour le règlement de petites sommes, une caisse locale est à la disposition de chaque antenne départementale. Ces caisses reçoivent un fonds de 50 000 FCFA que le siège réalimente dès que les 2 /3 sont dépensés.

a. Suivi des bénéficiaires

La première année, la liste des bénéficiaires a été établie à partir des documents du Ministère de l'Education. Depuis il n'y a pas eu de réactualisation systématique.

Aujourd'hui, la mutuelle a demandé à chaque région d'envoyer une liste complète des volontaires. Cette mise à jour est en cours de réalisation, et un registre des adhérents est en train d'être élaboré.

D'autre part chaque volontaire dispose d'un carnet de santé où figure son identité et sa photo.

La procédure à suivre en cas d'hospitalisation est la suivante : le volontaire sollicite auprès des inspecteurs départementaux une prise en charge sur présentation du bulletin d'hospitalisation.

Lors de l'hospitalisation, un contrôle effectif de l'identité du bénéficiaire est réalisé par les délégués départementaux ou le gérant. Jusqu'à ce jour, un seul cas de fraude a été constaté.

a. Les comptes

La mutuelle des Volontaires de l'Education Nationale tient une comptabilité régulière ; les documents comptables utilisés sont :

- un cahier d'entrée et de sortie
- un livre journal
- un grand livre
- des fiches de stock

D'autre part chaque réunion fait l'objet de procès verbaux.

La comptabilité est assurée par le gérant qui est détaché du Ministère de l'Education à plein temps. Elle est bien tenue, d'autant plus que le prélèvement des cotisations se fait sans difficultés puisque celles-ci sont versées directement par le trésor et pour quatre ans. Il est donc facile de suivre l'évolution des recettes.

Les rentrées de cotisations ne sont pas ventilées sur les quatre années, mais enregistrées de façon cumulée. Ainsi en 1996 les recettes s'élèvent à 96 230 000 FCFA, ce qui correspond aux cotisations de deux générations de volontaires (2400 adhérents). Après ventilation, les recettes sur l'année représentent 24 000 000 FCFA.

Les dépenses d'hospitalisation pour la même période s'élèvent à 1 272 000 FCFA et les dépenses de personnel à 1 200 000 FCFA (gérant et secrétaire).

En 1997, on observe une augmentation significative du nombre d'hospitalisations et les dépenses liées à ce poste passent à 5 065 017 FCFA. Ceci est dû à l'augmentation du nombre d'adhérents et aux campagnes de promotion qui ont été faites dans les régions.

De façon détaillée, les comptes se présentent de la manière suivante pour l'année 97 :

DEPENSES

Hospitalisations	5 065 017
Equipements	2 528 820
Fournitures de bureau	469 000
Téléphone	465 106
Salaires	900 000
Frais de mission	84 495
Caisse d'avance (pour les antennes locales)	2 300 000
Timbres	6 690
TOTAL	12 608 078

RECETTES

Cotisations (cumulées) (dont 37 040 000 pour l'année 97)	144230 000
Intérêts bancaires	2 340 000

146 570 000

Ces comptes ne reflètent pas la situation réelle car les cotisations prélevées pour 4 ans ne sont pas ventilées.

On constate donc que la mutuelle dispose d'une bonne assise financière due au prélèvement anticipé des cotisations. Il faudrait revoir la comptabilité de façon à ventiler les recettes et faire des prévisions de dépenses pour les années à venir (facilement réalisable étant donné que le nombre de nouveaux adhérents est connu d'avance).

a. Moyens matériels

Le Ministère a mis des locaux à la disposition de la mutuelle ; il prend aussi en charge les frais d'électricité.

La mutuelle a investi dans du matériel de bureau (tables, chaises, etc.), un micro ordinateur, une imprimante et un fax.

Elle est donc bien équipée mais n'utilise pas son matériel de façon optimum. La gestion administrative et comptable se fait toujours à la main ; l'ordinateur n'est utilisé que pour la bureautique.

1. Evaluation

a. La mobilisation des ressources

Les cotisations à la mutuelle des Volontaires de l'Education Nationale présentent plusieurs particularités par rapport aux pratiques mutualistes traditionnelles.

D'une part, le statut de volontaire rend l'adhésion à la mutuelle obligatoire. Cette disposition est contraire au principe mutualiste selon lequel l'adhésion est facultative. Une révision statutaire à ce sujet aura lieu prochainement et c'est pour cette raison que nous avons quand même retenu cette mutuelle, malgré cette entrave à la définition classique des mutuelles de santé.

D'autre part, la cotisation est perçue pour toute la durée d'affiliation (4 ans), soit 40 000 FCFA.

Ce montant est très élevé au regard des revenus des bénéficiaires : 50 000 FCFA par mois. De plus cette somme est prélevée sur les indemnités des trois mois de stage qui précèdent la première affectation pendant lesquels les stagiaires perçoivent 15 000 FCFA par mois.

La périodicité des cotisations n'est donc pas du tout adaptée à celle des revenus et c'est le prélèvement à la source qui rend possible le paiement. Le Trésor public verse chaque année l'équivalent de 4 ans de cotisations pour tous les volontaires nouvellement recrutés.

A la création de la mutuelle, les cotisations ont été payées par la Caisse Française de Développement, car le Ministère n'avait pas honoré les indemnités des volontaires pendant plusieurs mois. Les volontaires ont ensuite remboursé les sommes dues.

Dans un système de versement volontaire des cotisations, une telle organisation n'aurait sans doute pas fonctionné. Le montant et la périodicité de la contribution sont totalement détachés de la réalité financière des adhérents. Aujourd'hui, de nombreux mutualistes contestent ce système, mais le principe de l'adhésion obligatoire ne leur laisse aucune marge de manœuvre.

Si la mutuelle revient sur le caractère obligatoire de l'adhésion, elle devra sans doute revoir le mode de contribution au risque de perdre un grand nombre de membres.

En dehors des cotisations, la mutuelle organise quelques activités lucratives, comme des soirées, et elle perçoit des intérêts bancaires sur les sommes placées. Ces intérêts ne sont pas négligeables puisqu'elle possède des réserves importantes. En 1997 ils représentent 2 340 000 FCFA.

En ce qui concerne la mobilisation des ressources humaines, la mutuelle est gérée par deux salariés à plein temps : le gérant et la secrétaire. Ces deux personnes salariées se justifient par la taille de la mutuelle et le volume de travail.

Les administrateurs sont bénévoles et perçoivent une indemnité de 2 500 FCFA par jour et le remboursement de leurs frais de transport lors de chaque réunion du conseil.

En raison de la taille de cette mutuelle, des délégués départementaux sont désignés par les membres pour les représenter à l'Assemblée Générale.

Le niveau d'instruction des volontaires et leur engagement est un point fort pour la mutuelle. Compte tenu de la nature même de leur fonction et de leur statut, les volontaires sont des personnes impliquées dans le processus de développement de leur pays et d'amélioration de la qualité de la vie.

Le système de prise en charge est celui du tiers payant ; à l'heure actuelle, aucun retard de paiement n'est enregistré.

Du point de vue de l'utilisation des ressources par les structures sanitaires, les données n'étaient pas disponibles, car la mutuelle des Volontaires couvre l'ensemble du territoire. Il n'a pas été possible de mener des enquêtes à ce niveau.

Pour conclure, la mutuelle des Volontaires de l'Education Nationale atteint un niveau élevé de mobilisation des ressources. Mais ce constat doit être nuancé, car les systèmes de l'adhésion obligatoire et de prélèvement à la source empêchent toute contestation et retard de paiement. De ce point de vue, on peut considérer la situation de cette mutuelle comme artificielle, et la prochaine remise en cause du caractère obligatoire de l'adhésion risque de la mettre en péril si les modalités de paiement des cotisations ne sont pas revues.

a. La contribution d'efficacité

En ce qui concerne l'évolution des dépenses, la mutuelle des volontaires a connu une augmentation significative en 1997.

Les dépenses d'hospitalisation sont passées de 1 272 000 FCFA en 96 à 5 065 017 FCFA en 97, tandis que les adhésions ont évolué de 1 200 à 2400 personnes pour la même période.

Pour 50% d'augmentation des adhésions on constate donc 316% d'augmentation des dépenses. Les actions de sensibilisation sont en grande partie responsables de la hausse de la consommation médicale.

Si on rapporte le montant des hospitalisations au nombre total de mutualistes, on obtient un coût de 2 110 FCFA par adhérent et par an. Ce montant est largement inférieur au 10 000 FCFA prélevé chaque année au titre de la cotisation. Le montant de la contribution est donc élevé par rapport aux dépenses engagées, mais certains aspects doivent être pris en compte :

- la mutuelle est jeune et la consommation médicale par personne est encore susceptible d'augmenter,
- elle garantit les hospitalisations sans plafond et elle n'est pas à l'abris de factures très élevées,
- cette situation permettra peut être d'élargir la couverture sans augmenter les cotisations.

Elle doit cependant être vigilante car une contribution trop élevée peut entraîner des conflits, surtout quand l'adhésion est obligatoire.

Le nombre d'hospitalisation n'était pas disponible ; on ne peut donc pas connaître le coût moyen d'une hospitalisation.

La mutuelle des volontaires ne couvre pas les familles. En effet, par mesure de prudence, les fondateurs de la mutuelle n'ont pas voulu prendre en charge les familles dans les premières années de fonctionnement. Cette question est aujourd'hui à l'étude afin de pouvoir élargir la couverture aux femmes et aux enfants.

Concernant la maîtrise des dépenses de santé, peu de mécanismes sont mis en œuvre. La prise en charge de l'hospitalisation est totale : il n'existe ni ticket modérateur, ni plafonnement. L'adhésion étant obligatoire, il n'y a pas de période d'observation.

Le contrôle des bénéficiaires s'effectue lors de chaque hospitalisation par les délégués départementaux, l'Inspecteur Départemental de l'Education Nationale ou le gérant lui-même.

Le contrôle social est très faible car les volontaires sont répartis sur tout le territoire ; il s'agit plus d'un contrôle hiérarchique de la part des Inspecteurs de l'Education. Depuis la création de la mutuelle, un seul cas de fraude a été signalé.

La quasi-totalité des structures sanitaires du pays sont agréées par la mutuelle, mais aucun accord tarifaire n'a été négocié. Seul l'hôpital le Dantec refuse encore les bons de prise en charge. Il semble que l'insuffisance d'information des responsables de l'hôpital soit à l'origine de ce refus.

La mutuelle de Volontaires de l'Education Nationale remplit aujourd'hui ses objectifs ; les actions de sensibilisation ont porté leurs fruits et les mutualistes n'hésitent plus à recourir à ses services.

Les prestations étant limitées à l'hospitalisation et à l'adhérent (sans les familles), le contrôle de la consommation est relativement simple. Il deviendra beaucoup plus délicat si la mutuelle étend ses garanties aux ayant droits et à d'autres actes.

a. L'équité

Au niveau macro économique, la mutuelle joue un rôle non négligeable en matière d'équité. Les volontaires sont une partie de la population relativement vulnérable, si on compare leurs revenus à ceux des fonctionnaires ou des salariés du secteur moderne. Les services dispensés par la mutuelle garantissent donc une plus grande équité à ce niveau.

Par contre, ils sont moins exposés à la maladie que d'autres couches de la population : les volontaires sont des hommes entre 20 et 30 ans, catégorie statistiquement moins vulnérable en matière de santé.

Au niveau de la mutuelle, l'équité dans le financement est assurée par l'homogénéité des revenus des volontaires : ils perçoivent tous la même indemnité et versent tous la même cotisations.

En ce qui concerne l'équité dans les prestations, elle est théoriquement garantie puisque tous les mutualistes bénéficient de la même couverture. Dans la pratique, il en va différemment car le traitement dépend évidemment de la région dans laquelle est affecté le volontaire. Certaines zones sont plus ou moins bien pourvues en structures sanitaires. Bien sûr, si le cas nécessite une hospitalisation à Dakar par exemple, le mutualiste sera transféré vers l'Hôpital Principal, mais il existe quand même une certaine inégalité de traitement à la base.

a. L'accès a des soins de qualité

Les prestations offertes par la mutuelle ne sont pas négligeables : elle couvre à 100% tous les actes liés à l'hospitalisation, y compris l'évacuation. La mutuelle prend ici tout son sens, car l'hospitalisation est en général hors de portée de la majorité de la population. De plus, les garanties ne sont pas plafonnées et les mutualistes ont ainsi un accès total aux services hospitaliers.

La mutuelle souhaite étendre sa couverture à d'autres prestations comme la prise en charge de certaines ordonnances, des analyses et des radios.

L'agrément de la quasi-totalité des structures hospitalières favorise l'élimination des barrières géographiques. De plus la mutuelle prend en charge les frais de transport et d'évacuation. A ce niveau, les difficultés concernent la disponibilité des moyens de transport et non leur accessibilité financière.

Enfin, le système de tiers payant évite l'avance des fonds.

La mutuelle met donc les soins hospitaliers à portée de tous les volontaires. L'éventuelle extension des garanties à d'autres prestations, limitera peut être le nombre d'hospitalisations en permettant aux mutualistes de se soigner avant d'avoir recours aux services de l'hôpital.

a. La viabilité de la mutuelle

Certains critères habituellement retenus pour évaluer la viabilité des mutuelles ne peuvent pas être analysés ici, en raison du caractère obligatoire de l'adhésion et du précompte ; il s'agit notamment du taux de pénétration, de l'évolution du nombre d'adhésions, du taux de recouvrement, etc.

Au niveau des ressources humaines, les administrateurs témoignent d'un réel engagement. Ils sont très sensibles aux conséquences qu'aurait une extension de la couverture aux familles et à d'autres prestations. C'est pourquoi ils ont sollicité au près du Ministère de l'Education et du programme conjoint BIT-ACOPAM/WSM-ANMC une évaluation des incidences financières d'une telle réforme. Cette étude est en cours de réalisation.

Au niveau des adhérents, non-membres du Conseil d'Administration, la mutuelle ne semble pas faire l'unanimité. L'adhésion obligatoire et le prélèvement initial de 4 ans de cotisations sont assez mal vécus par les mutualistes. Nous n'avons pas pu rencontrer les simples adhérents, mais les rumeurs à ce sujet sont assez significatives.

Si la mutuelle rend l'affiliation facultative, elle devra aussi revoir le mode de paiement des cotisations.

Le niveau de formation des gestionnaires est satisfaisant, cependant la mutuelle se plaint d'un manque de soutien concret de la part des structures d'appui. Un complément de formation en informatique serait souhaitable afin de pouvoir utiliser de façon optimum le matériel informatique.

Le suivi des adhérents est en train d'être mis en place. La première année, la liste des bénéficiaires a été établie à partir des documents du ministère, mais il n'y a pas eu de mise à jour systématique. Cette réactualisation est en cours et est primordiale pour la survie de la mutuelle. Ceci est d'autant plus important si la mutuelle compte élargir les garanties à la famille du volontaire.

Le contrôle des hospitalisations ne soulève pas de difficultés aujourd'hui. Ici encore, la prise en charge des familles nécessitera la mise en place de procédures de contrôle plus strictes.

La tenue des documents comptable est satisfaisante. Cependant, il serait nécessaire de ventiler les rentrées de cotisations afin de pouvoir faire des prévisions fiables. Le classement des factures d'hospitalisation pourrait être amélioré, et il serait utile d'enregistrer chaque hospitalisation ainsi que son montant afin de pouvoir faire des traitement statistiques.

Les indicateurs financiers sont satisfaisants. Pour l'année 1997, le ratio des cotisations par rapport aux dépenses est de 1,9 (les bases de calcul sont les suivantes : 2 400 adhérents jusqu'en novembre 97 x 10 000 FCFA / 12 608 078 FCFA de dépenses). Pour l'instant, les cotisations font donc largement face aux dépenses, mais on peut prévoir une augmentation des factures d'hospitalisation l'année prochaine. Les effets des actions de sensibilisations menées en 97 vont sans doute continuer en 98.

Le ratio frais de fonctionnement / recettes est de 11%.

NB : Le guide pratique des mutuelles de santé en Afrique (BIT-ACOPAM/ANMC-WSM) préconise un taux inférieur à 5%, mais il nous semble que ce montant est trop faible compte tenu des particularités africaines. Un taux de 10 à 15 % paraît raisonnable.

Selon l'ensemble des indicateurs disponibles pour évaluer la viabilité de la mutuelle des Volontaires de l'Education Nationale, la situation est relativement satisfaisante. Mais, ce constat est notamment du au caractère obligatoire de l'adhésion.

a. La contribution a la gouvernance démocratique

La mutuelle des volontaires ne participe en aucun cas aux instances de décision en matière de santé (ni au niveau des structures sanitaires, ni au niveau des instances locales).

1. Perspectives et recommandations

La mutuelle des Volontaires de l'Education Nationale est une jeune mutuelle qui est promise à un bel avenir si elle met en œuvre rapidement des réformes structurelles de façon réfléchie.

Pour l'instant elle offre à ses adhérents des prestations qui leur garantissent un accès total aux structures hospitalières. La couverture est cependant limitée et l'extension des garanties est un souci constant de la mutuelle. Les dirigeants sont parfaitement conscients des conséquences de telles réformes et ont sollicité auprès d'experts, une étude de faisabilité.

La plus grande modification sera le passage de l'adhésion obligatoire à facultative. La mutuelle se mettra ainsi en conformité avec les principes mutualistes et devra revoir son mode de prélèvement des cotisations. Cette étape sera le révélateur de la pérennité de la structure.

A l'échelle nationale, la mutuelle des volontaires peut servir d'exemple pour toutes les mutuelles à vocation transitoire. Nous pensons ici, notamment aux élèves et étudiants. Son organisation relativement autoritaire a eu le mérite de mettre en place rapidement les prestations. Ce point soulève souvent de graves difficultés dans les mutuelles d'étudiants, car le délai de mise en place (versement de cotisations sans prestations), décourage souvent les adhésions. Si ce délai dure trop longtemps, les membres fondateurs risquent de ne jamais bénéficier des prestations.

D'autre part, il nous paraît fondamental de soutenir l'initiative des volontaires de l'éducation, car ils peuvent agir de façon très positive sur le développement de la mutualité dans le pays. En effet, ils sont implantés sur l'ensemble du territoire et jouent un rôle important en matière de formation et de sensibilisation. Ils peuvent devenir un vecteur des principes mutualistes au Sénégal.

Cette mutuelle a besoin d'appuis techniques et institutionnels pour se développer.

Dans un premier temps, des mesures d'appui technique sont nécessaires pour l'aider à mettre en place les réformes qu'elle envisage. Par la suite, des actions de formation, notamment informatique lui permettraient d'utiliser de façon optimum l'outil informatique dont elle dispose. Ceci est d'autant plus important, que son champ d'intervention est national et le nombre d'adhérents importants. Le contrôle social ne joue aucun rôle, et la gestion des bénéficiaires doit être informatisée.

Enfin, il faudrait aussi envisager l'informatisation de la comptabilité, d'autant plus que cette mutuelle bénéficie de la disponibilité de deux salariés à plein temps. Il serait judicieux d'investir sur ces personnes.

. La mutuelle FAGGU

1. Présentation

a. Contexte de création

La mutuelle FAGGU a été créée en octobre 94 et a démarré ses activités d'assurance maladie en mai 95. Elle a été initiée par des retraités de l'IPRES (Institut de Prévoyance et de Retraite du Sénégal) afin de prendre en charge la part complémentaire des frais de santé non garantie par l'IPRES.

L'IPRES couvre l'hospitalisation a raison d'un forfait de 2 000 FCFA par jour ; à l'origine, l'Institut payait intégralement l'hôpital et récupérait les sommes en prélevant directement sur les pensions des retraités. Ceux ci se sont retrouvés avec des ponctions très importantes et des pensions insuffisantes.

Cette situation a incité les retraités à s'organiser en mutuelle complémentaire à l'IPRES.

A sa création, FAGGU a négocié un tarif préférentiel avec l'Hôpital Saint Jean de Dieu et a obtenu une réduction de 50% sur le prix de journée : 3 500 FCFA par jour au lieu de 7 000 FCFA. La part complémentaire revenant à FAGGU s'élève donc à 1 500 FCFA par jour.

Au départ, la mutuelle ne garantissait que 15 jours d'hospitalisation. L'IPRES payait la totalité de la facture et refacturait à FAGGU la quote part qui lui revenait.

En 1996, l'IPRES remet en cause son tiers payant total, et ne garantit plus que les 2 000 FCFA par jour. L'Hôpital n'accepte donc plus les prises en charge de FAGGU limitées à 15 jours, car il n'a plus aucune garantie en cas d'hospitalisation supérieure à 15 jours.

Cette situation a conduit la mutuelle à revoir ses statuts. Il a donc été décidé en janvier 97 de ne plus limiter la garantie dans le temps, moyennant une hausse des cotisations.

Aujourd'hui, la couverture complémentaire est donc illimitée dans le temps.

a. Organisation

La mutuelle FAGGU s'adresse à tous les retraités de Thiès ; son champ d'intervention géographique est donc limité.

L'assemblée générale

L'assemblée générale est composée de tous les adhérents (environ 800 mais tous ne participent pas à la réunion). Elle se tient tous les deux ans.

Le conseil d'administration

Il est composé de 9 membres : 6 sont élus en assemblée générale et 3 sont membres d'office en tant que présidents des associations de retraités.

Le conseil se réunit chaque trimestre.

Avant chaque conseil, les commissaires aux comptes, élus en assemblée générale se réunissent pour examiner la situation financière de la mutuelle.

Le bureau

Le Conseil d'administration élit en son sein les membres du bureau composé :

- d'un président
- d'un secrétaire général
- d'un trésorier général
- d'un administrateur gérant.

Il se réunit chaque semaine.

Les membres du bureau perçoivent chacun une indemnité trimestrielle qui varie de 5 000 FCFA pour le Président à 17 500 FCFA pour le trésorier.

a. Statut juridique

La mutuelle a rédigé des statuts et un règlement intérieur qui sont déposés auprès des autorités compétentes.

a. Bénéficiaires

La mutuelle est ouverte à tous les retraités du régime de l'IPRES de THIES, soit environ 4 550 personnes.

En 1997, FAGGU a recensé 814 adhérents dont 309 sont à jour de leurs cotisations.

Les ayants droits sont ceux reconnus par l'IPRES, c'est à dire les épouses et les enfants mineurs. La mutuelle ne tient pas de documents de suivi des bénéficiaires, car les contrôles sont fait au niveau de l'IPRES. Cependant, compte tenu de l'âge des adhérents, on a estimé à 3 le nombre d'ayant droits par famille, soit environ 3 500 bénéficiaires.

a. Cotisations

Le droit d'adhésion à la mutuelle est fixé à 1 000 FCFA.

L'assemblée générale du 19 janvier 97 a modifié les cotisations et les prestations.

Avant, la prise en charge de l'hospitalisation était limitée à 15 jours moyennant une cotisation de 500 FCFA ou 1 250 FCFA par trimestre selon la catégorie choisie.

A la suite de la décision de l'IPRES de renoncer au tiers payant total, FAGGU a du élargir sa couverture à toute la durée de l'hospitalisation. Il a donc été décidé d'augmenter les cotisations qui sont actuellement de :

- 1 000 FCFA par trimestre pour la 3ème catégorie
- 2 500 FCFA par trimestre pour la 2ème catégorie

NB : les hospitalisations se répartissent en trois catégories qui correspondent à trois niveaux de confort et de tarification.

La cotisation couvre l'adhérent et ses ayant droits.

Comme toute mutuelle qui ne pratique pas le précompte, FAGGU rencontre des difficultés dans le recouvrement des cotisations. Cependant elle possède un avantage car elle prélève ses cotisations au siège de l'IPRES, au moment où les retraités viennent percevoir leurs pensions. Elle dispose donc d'un lieu et d'une période donnée pour inciter les gens à s'acquitter de leurs cotisations.

Aujourd'hui, sur 814 adhérents, seuls 309 sont à jour, soit 41%. Les membres qui ne sont pas à jour ne peuvent pas bénéficier des prestations de la mutuelle. Par contre ils peuvent déposer la somme de 15 000 FCFA qui correspond à une prise en charge de 10 jours d'hospitalisation. Cette mesure leur évite ainsi de déposer la caution de 56 000 FCFA à l'hôpital et leur permet de bénéficier du tarif journalier à 3 500 FCFA.

Les retraités qui n'ont pas adhéré au moment de la création de la mutuelle et qui souhaitent maintenant en faire partie, doivent s'acquitter de toutes les cotisations depuis la création de FAGGU.

Cette disposition est motivée par le soucis « d'égalité » : les premiers adhérents ont fait un sacrifice donc ceux qui n'ont pas voulu s'engager au début doivent rattraper leur retard. Mais cette mesure est contraire au principe mutualiste selon lequel chacun est libre d'adhérer à tout moment à la mutuelle. La seule restriction possible est l'instauration d'un délai d'attente pour éviter que les gens n'adhèrent que lorsqu'ils tombent malades.

a. Prestations

La mutuelle FAGGU est une mutuelle complémentaire. L'IPRES garantit 2 000 FCFA par journée d'hospitalisation et FAGGU complète le reste du forfait journalier. Ce forfait a été négocié à 3 500 FCFA pour la 3ème catégorie et 6 000 FCFA pour la deuxième catégorie.

FAGGU supporte donc 1 500 FCFA par jour pour la 3ème catégorie et 4 000 FCFA par jour pour la 2ème catégorie.

Cette couverture limitée à l'origine à 15 jours est désormais illimitée dans le temps.

Le forfait hospitalisation comprend l'hébergement, les soins, les radios et analyses. Les interventions chirurgicales ne sont pas garanties. Cependant, dans ce cas, la mutuelle négocie avec l'hôpital des facilités de paiement pour ses membres (réduction de 50% et délais de paiement).

FAGGU règle directement l'hôpital qui lui adresse une facture correspondant à sa quote part. Les paiements s'effectuent en liquide.

Enfin pour les nouveaux adhérents il est prévu une période d'attente de 90 jours.

a. Suivi des bénéficiaires

La mutuelle tient un registre des adhérents avec le suivi du versement des cotisations. Ce document est à jour et permet un contrôle instantané de la situation.

Par contre il n'existe aucun document de suivi des bénéficiaires ; FAGGU ne contrôle ni le nombre, ni l'identité des ayant droits car cette opération est faite au niveau de l'IPRES. Chaque adhérent dispose d'une carte de membre avec la situation de ses versements.

La procédure à suivre en cas d'hospitalisation est la suivante : si un adhérent ou son ayant droit est hospitalisé, il doit procéder à une déclaration auprès de l'IPRES qui se charge de contrôler l'identité des bénéficiaires. Muni de la prise en charge de l'IPRES, il sollicite une prise en charge complémentaire auprès de FAGGU. Celle ci est accordée si l'adhérent est à jour de ses cotisations.

Des visites régulières à l'hôpital sont effectuées par les membres du bureau de FAGGU pour vérifier l'identité du patient et suivre son hospitalisation.

L'hôpital facture ensuite séparément l'IPRES, FAGGU et éventuellement le malade. Faggu a négocié un règlement trimestriel avec l'hôpital.

Depuis peu, la mutuelle a élaboré un document de suivi des hospitalisations. Sur ce registre figurent :

- le nom du malade
- la durée d'hospitalisation
- le montant de la facture
- la catégorie d'hospitalisation.

Ce document est tenu de façon chronologique et permet d'identifier les cas de longue maladie (+ de 30 jours) ou les cas de récidives un peu trop fréquentes.

La mutuelle FAGGU dispose donc d'outils assez performants de contrôle des adhérents, du paiement des cotisations et des hospitalisations. Par contre elle doit faire confiance à l'IPRES pour le contrôle des ayants droits.

a. Les comptes

La mutuelle FAGGU tient régulièrement ses comptes : ils sont présentés chaque trimestre au conseil d'administration.

Si leur tenue est rigoureuse, il faudrait revoir les méthodes de comptabilisation, car elles sont difficilement interprétables : certains états font une situation trimestre par trimestre, d'autres cumulent les dépenses et les recettes depuis la création.

Entre mai 1995 et décembre 1996 : les hospitalisations représentaient environ 611 000 FCFA pour un total de dépenses de 863 940 FCFA.

Pour la même période, les recettes s'élèvent à 1 315 000 FCFA.

En 1997 : les dépenses se chiffrent à 2 090 665 FCFA dont 1 581 000 FCFA pour les hospitalisations. Les recettes s'élèvent à 2 500 250. On observe donc une hausse sensible des coûts relatifs à l'hospitalisation.

Les comptes restent en équilibre, mais au dernier trimestre, les dépenses étaient pour la première fois légèrement supérieures aux recettes. Les administrateurs sont très vigilants face à cette situation.

a. Moyens matériels

La fédération des associations de retraités met à disposition de la mutuelle des locaux trois fois par semaine, mais il s'agit juste d'un endroit permettant de se réunir. Faggu n'a pas de local pour entreposer ses documents, installer un téléphone, etc. Toute la gestion est manuelle.

1. Evaluation

a. La mobilisation des ressources

La mutuelle FAGGU est un exemple d'adaptation du mode de prélèvement des cotisations à la périodicité des revenus des adhérents. La cotisation est perçue chaque trimestre, au moment du versement de la pension de retraite. De plus, les responsables de la mutuelle se déplacent au siège de l'IPRES pour percevoir les cotisations.

La cotisation est familiale et si on estime à 3 le nombre d'ayant droits par adhérent, le montant de la contribution est de 100 FCFA par mois et par individu pour la 3^{ème} catégorie.

Malgré ces dispositions, le taux de recouvrement des cotisations reste relativement faible : 41% des membres. Cependant, on observe un redressement de la situation depuis la dernière assemblée générale. En 1996, seul un quart des adhérents étaient à jour de leurs cotisations.

Les dirigeants de la mutuelle expliquent ce phénomène par la négligence de certains adhérents et non par le manque de moyens pour s'acquitter de leur cotisation. Les entretiens avec les mutualistes ont confirmé cette analyse : ils jugent que le montant de la cotisation est acceptable et seraient même prêts à payer d'avantage pour une extension de la garantie.

Pour remédier à cette situation, FAGGU est en train de négocier une procédure de précompte avec l'IPRES. Ainsi, avec l'accord de l'IPRES et des mutualistes la cotisation de FAGGU pourra être directement prélevée sur les pensions des retraités chaque trimestre. Cette mesure est très importante compte tenu des difficultés que la mutuelle rencontre pour collecter ses cotisations.

En ce qui concerne la mobilisation des ressources humaines, la mutuelle FAGGU est exemplaire. Les membres du bureau témoignent d'un engagement et d'une disponibilité très

prononcés. De plus, leur statut de retraité leur laisse du temps libre pour s'investir dans la vie de leur mutuelle.

La mutuelle paye directement l'hôpital selon le principe du tiers payant pour la quote part qui lui revient. Aucun retard n'a été enregistré jusqu'à ce jour.

a. La contribution d'efficacité

Depuis le début de l'activité, les dépenses d'hospitalisation ont considérablement augmenté. Entre Mai 95 et Décembre 96 elles s'élèvent à 611 000 FCFA, contre 1 581 000 pour l'année 97. Le nombre d'adhérents a doublé entre 95 et 97, alors que les dépenses ont été multipliées par cinq. Les actions de sensibilisation sont à l'origine de cette augmentation.

Si on rapporte le montant des hospitalisations au nombre d'adhérents, on obtient un coût moyen de 1 942 FCFA par mutualiste et par an (pour l'année 97). La cotisation annuelle correspond au double de ce montant (selon le guide pratique des mutuelles de santé en Afrique (BIT-ACOPAM/WSM-ANMC), on estime qu'en tenant compte des frais de gestion et des marges de sécurité, la cotisation doit représenter environ 120% des dépenses par personne). La cotisation est donc un peu élevée, mais on peut encore prévoir une hausse de la consommation médicale pour l'exercice suivant. De plus, le calcul a été fait sur l'ensemble des adhérents (y compris ceux qui ne sont pas à jour).

Entre mai 95 et décembre 96 on enregistre 365 journées d'hospitalisation pour 31 malades soit une durée moyenne d'hospitalisation de 11,72 jours pour 19 677 FCFA. En 97, 73 patients ont bénéficiés de 980 journées d'hospitalisation, soit 13,4 jours d'hospitalisation par personne pour 21 658 FCFA.

La durée de séjour par patient a donc légèrement augmenté mais pas suffisamment pour pouvoir en tirer des conclusions significatives.

En ce qui concerne la maîtrise des dépenses, plusieurs méthodes sont utilisées. Tout d'abord, la prise en charge n'est valable qu'à l'hôpital Saint Jean de Dieu, auprès duquel la mutuelle a négocié des tarifs préférentiels. D'autre part, les prestations sont plafonnées à 1 500 FCFA par jour pour la 3^{ème} catégorie et 4 000 FCFA pour la 2^{ème} catégorie.

Les nouveaux adhérents doivent respecter une période d'observation de trois mois.

La rétroactivité des cotisations pour les retraités qui n'ont pas adhéré à la création de la mutuelle doit faire l'objet d'une révision statutaire. En contre partie, il est prévu de porter le droit d'adhésion à 3 000 FCFA.

Lors de la demande de prise en charge, le contrôle des bénéficiaires est effectué par l'IPRES. La mutuelle n'a aucun moyen de vérifier l'identité des ayants droits.

Par contre, elle vérifie la réalité de l'hospitalisation et l'identité du patient en effectuant des visites régulières à l'hôpital. Le contrôle social joue un rôle très important car le président de la mutuelle connaît pratiquement tous les adhérents et se rend lui-même à Saint Jean de Dieu.

La mutuelle FAGGU remplit bien ses objectifs en terme de prestations. Son caractère complémentaire est son principal atout car il permet de limiter les dépenses.

Le partenariat avec l'hôpital Saint Jean de Dieu est essentiel pour la maîtrise des dépenses : les tarifs négociés rendent raisonnable la charge supportée par la mutuelle.

Les procédures de suivi et de contrôle sont efficaces, cependant FAGGU est obligée de faire confiance à l'IPRES pour la vérification de l'identité des ayant droits. D'un côté, ce système allège considérablement sa gestion, de l'autre il peut devenir dangereux si l'IPRES n'effectue pas correctement les contrôles. Il semble cependant que des contrôles effectifs de la qualité des ayant droit soient effectués par le chef d'agence de l'IPRES.

a. L'équité

Au niveau national, la mutuelle FAGGU participe à l'équité en offrant une couverture maladie à une catégorie de la population particulièrement vulnérable. Les retraités sont par nature très exposés à la maladie ; leur âge avancé les classe dans une catégorie à risque.

Au sein même de la mutuelle, l'équité est moins bien garantie.

Du point de vue des prestations, chaque mutualiste bénéficie des mêmes services. Cependant, la procédure de rétroactivité des cotisations entraîne une discrimination en liant le bénéfice des prestations à la durée d'affiliation.

a. L'accès a des soins de qualité

Avant la création de la mutuelle FAGGU, les retraités avaient déjà un accès facilité à l'hôpital, puisque l'IPRES prenait en charge 2 000 FCFA par jour. Cependant, les sommes prélevées sur leurs pensions restaient importantes et les mettaient dans une situation financière délicate. Il a donc été décidé de créer une mutuelle complémentaire pour couvrir les frais non pris en charge par l'IPRES.

Aujourd'hui, les retraités ont donc un accès total et gratuit à l'hôpital ; le système du tiers payant évite qu'ils aient besoin d'avancer les fonds. Mais tous les actes ne sont pas couverts par la mutuelle ; le forfait hospitalier pris en charge comprend l'hébergement, les soins, les médicaments, les analyses et les radios au cours d'une hospitalisation. Les actes chirurgicaux et les soins externes sont exclus.

Les mutualistes ne sont pas toujours conscients des limites de la mutuelle : d'une part ils ne distinguent pas la prise en charge de l'IPRES et celle de la mutuelle, d'autre part, ils pensent souvent que les interventions chirurgicales sont garanties.

Concernant les actes non couverts par la mutuelle, les adhérents bénéficient d'une réduction de 50% négociée avec l'hôpital. Ici aussi, on constate une méconnaissance des principes mutualistes par les adhérents : ils assimilent cette facilité qui leur est accordée à une prise en charge de la mutuelle.

La mutuelle a plusieurs projets à l'étude :

D'une part, elle est en train de négocier avec l'hôpital l'achat de tickets d'urgence. Il s'agit de tickets qui permettent l'accès aux urgences à un tarif réduit de 50% (3 000 FCFA au lieu de 6 000 FCFA). La mutuelle achèterait donc un stock de tickets pour les revendre aux

mutualistes. Cette mesure est en fait un moyen de prépaiement avec négociation d'un tarif préférentiel.

La mutuelle voudrait par la suite élargir cette possibilité aux tickets d'ophtalmologie et de soins dentaires.

D'autre part, FAGGU souhaiterait créer un fond de soutien pour l'acquisition de prothèses dentaires (prestation sous forme de prêts) et élargir ses prestations aux interventions chirurgicales fréquentes chez les personnes âgées (prostate etc.).

a. La viabilité de la mutuelle

La mutuelle FAGGU est ouverte à tous les retraités de l'IPRES de Thiès, soit environ 4 550 personnes. Avec ses 814 adhérents, le taux de pénétration est relativement faible : 18%.

Depuis sa création, le nombre de membres est passé de 327 à 814 personnes.

Cette situation peu satisfaisante par rapport à l'ensemble de la population cible a plusieurs causes. D'une part, les retraités sont déjà, en partie, pris en charge par l'IPRES et ne jugent peut être pas utile de souscrire une garantie supplémentaire. Pour palier à cet inconvénient de nombreuses actions de sensibilisation sont entreprises par les dirigeants de la mutuelle. D'autre part, la rétroactivité des cotisations peut décourager certaines adhésions.

Le taux de recouvrement des cotisations bien qu'il soit en augmentation reste l'un des points faibles de la mutuelle (41%).

Les adhérents qui ne sont pas à jour de leurs cotisations ne sont pas pris en charge, mais bénéficient de la caution de FAGGU et du tarif préférentiel moyennant un dépôt de 15 000 FCFA à la mutuelle.

La rigueur et la disponibilité des dirigeants sont un atout majeur de la mutuelle. La situation financière et administrative est suivie avec beaucoup de sérieux et de transparence.

Avant chaque conseil d'administration, le président élabore un compte rendu de la situation de la mutuelle pour le présenter aux administrateurs. Ce compte rendu reprend le solde du dernier trimestre, la situation financière, la situation des adhérents, les problèmes d'actualité. Cette procédure oblige les responsables à faire un bilan périodique de leur mutuelle et permet de déceler rapidement le moindre dysfonctionnement.

Deux heures avant chaque Conseil d'Administration, les comptes sont examinés par les commissaires aux comptes qui soumettent leurs résultats au Conseil.

La mutuelle FAGGU dispose donc d'outils performants de contrôle et d'évaluation périodique.

Les documents de gestion sont correctement tenus. L'absence de suivi des ayant droits peut cependant s'avérer dangereux. La mutuelle tient un registre des hospitalisations qui permet de faire des statistiques sur la consommation médicale. C'est un outil précieux de contrôle et de prévision.

Les résultats financiers sont bons, malgré une légère hausse des dépenses au quatrième trimestre 97. La situation sur l'année reste cependant excédentaire.

Aucune donnée sur la ventilation des recettes par poste n'a pu être recueillie.

Au niveau des dépenses, les frais de fonctionnement représentent 20% des recettes. Ce chiffre correspond essentiellement aux indemnités versées aux administrateurs et aux fournitures de bureau..

Les résultats sont excédentaires : à chaque exercice on constate un solde positif de 400 000 à 500 000 FCFA.

Les procédures comptables utilisées mériteraient d'être revues pour plus de clarté et de facilité d'interprétation.

En ce qui concerne les relations avec les structures d'appui, la mutuelle FAGGU bénéficie des sessions de formation organisées par le programme conjoint BIT-ACOPAM/WSM-ANMC et des actions menées dans le cadre de la coordination régionale des mutuelles de Thiès. D'autre part, elle cherche à établir des relations de partenariat avec des mutuelles européennes et notamment françaises.

a. La contribution a la gouvernance démocratique

La mutuelle FAGGU ne participe pas directement à la gestion des services de santé dans la région de Thiès. Elle n'est pas représentée au Conseil d'Administration de l'hôpital et n'est pas membre des instances locales de décision en matière de santé.

Par contre, le nombre important de mutuelles dans la région de Thiès joue un rôle sur les tarifications des actes à l'hôpital Saint Jean de Dieu. Elles ont pu négocier des tarifs préférentiels pour leurs adhérents et des facilités de paiement pour les actes non couverts par la mutuelle (prix et modalités de paiement). Ces négociations ne se sont pas faites collectivement, mais la présence de plusieurs mutuelles dans la région leur a donné un poids plus important.

Individuellement, la mutuelle FAGGU n'a donc pas une influence significative sur le secteur de la santé ; par contre, le développement global du mouvement mutualiste dans la région joue un rôle non négligeable pour certaines décisions en matière de santé.

1. Perspectives et recommandations

La mutuelle FAGGU a retenu notre attention car elle offre des prestations complémentaires d'une première prise en charge des frais de santé. A ce titre, son expérience est susceptible d'intéresser toutes les catégories de la population qui bénéficient déjà d'une assurance maladie partielle. Ces personnes ne sont pas très nombreuses au Sénégal (essentiellement les fonctionnaires et les salariés du secteur moderne), mais elles ont en général un pouvoir d'achat supérieur à la moyenne, des revenus réguliers et donc un nombre important de personnes à charge.

A l'heure actuelle, FAGGU cherche à diffuser son expérience auprès des retraités des autres régions.

La mutuelle FAGGU bénéficie de nombreux atouts :

- prestations complémentaires qui limitent le montant des dépenses,
- transparence de gestion,
- disponibilité et engagement des responsables
- méthodes de suivi et de contrôle des adhérents et des hospitalisations.

De nombreux projets pour améliorer la gestion et le degré de couverture sont à l'étude. Ils témoignent du dynamisme de la mutuelle et de son souci de répondre aux attentes des adhérents.

La mutuelle FAGGU peut être retenue comme une expérience réussie de mutuelle complémentaire, bien qu'elle soit encore récente.

Ses points faibles concernent le taux de pénétration par rapport à la population cible (17%) et le recouvrement des cotisations, cependant les efforts de sensibilisation des responsables commencent à porter leurs fruits.

La mutuelle FAGGU est aussi originale par rapport à la population qu'elle couvre. D'une part, les retraités sont souvent considérés comme des personnes à charge : les parents figurent presque toujours sur la liste des ayant droits des mutuelles. Ici ils sont membres titulaires. D'autre part, c'est une catégorie à risque en terme de santé. Les charges pesant sur la mutuelle peuvent facilement atteindre des sommes importantes, même si le caractère complémentaire atténue cette éventualité.

Les actions qui pourraient être menées en direction de cette mutuelle doivent s'orienter vers une plus grande diffusion de son expérience. Cela pourrait l'aider à sensibiliser un plus grand nombre de membres.

D'autre part, elle manque sérieusement de moyens matériels (locaux, matériel de bureau etc.), et le taux de recouvrement des cotisations doit être amélioré.

Enfin elle cherche à nouer des contacts avec d'autres structures mutualistes, notamment en France.

Du point de vue technique, il serait souhaitable de revoir les procédures comptables et de former les responsables aux outils de prévision. Des projections à moyen terme sont facilement réalisables sur une population dont on connaît d'avance la composition.

. La mutuelle de Lalane Diassap

1. Présentation

a. Contexte de création

Comme beaucoup de mutuelles villageoises, la mutuelle de Lalane Diassap s'est constituée à l'initiative d'une association villageoise, en l'occurrence l'association des jeunes de Lalane.

La décision de créer une mutuelle de santé s'est inscrite dans le contexte général de développement de la mutualité dans la région de Thiès au début des années 90.

L'initiative de Fandène en 1989 a suscité beaucoup d'intérêt et peu à peu de nombreuses mutuelles de santé se sont mises en place dans les villages autour de Thiès.

La mutuelle de Lalane Diassap a suivi la même voie et à vu le jour le 1er janvier 1994. Elle a démarré ses activités d'assurance maladie en février 1996.

La présence d'un dispensaire et d'une boîte de médicaments dans le village a conduit la mutuelle à ne couvrir que l'hospitalisation (dernier échelon).

a. Organisation

La mutuelle de Lalane Diassap est organisée de façon décentralisée car elle regroupe trois secteurs :

- le village de Lalane
- le village de Diassap
- une partie du quartier de Médina Fall à Thiès.

Chacun de ces secteurs est divisé en quartiers ; des délégués représentent la mutuelle dans de chaque quartier et un responsable de secteur est choisi en leur sein.

Ces délégués sont chargés de percevoir les cotisations et jouent le rôle d'intermédiaires entre la population et la mutuelle.

L'assemblée générale

Elle est constituée de tous les adhérents (soit environ 189 personnes) et se réunit une fois par an. Compte tenu des difficultés rencontrées pour rassembler et motiver tous les membres, la dernière assemblée générale a été divisée en trois assemblées sectorielles.

Le comité de gestion

Le comité de gestion est composé de 15 personnes : 6 membres élus en assemblée générale et les délégués de quartiers. Il se réunit chaque trimestre.

Le bureau

Le bureau est composé de 6 membres élus du comité de gestion ; il se renouvelle tous les deux ans. Il comprend :

- un président
- un vice président
- un secrétaire général
- un secrétaire adjoint
- un trésorier général
- un trésorier adjoint

Il se réunit tous les mois en présence des délégués de quartiers.

Depuis l'assemblée générale de 1998, il existe un **comité de surveillance** composé de trois membres.

a. Statut juridique

La mutuelle a rédigé des statuts et un règlement intérieur déposés auprès des autorités compétentes.

a. Bénéficiaires

Selon l'article 1er des statuts : « Peuvent être membres de la mutuelle, les responsables de famille, les individus des villages de Lalane et de Diassap et toute autre personne qui en exprimerait le besoin ».

Dans la réalité, la mutuelle n'est pas ouverte à tout le monde ; les personnes ou groupements qui veulent adhérer doivent faire preuve de leur crédibilité. C'est ainsi que la mutuelle s'est ouverte aux habitants de Médina Fall.

La qualité d'adhérent s'acquiert par l'achat d'une carte et chaque ayant droit inscrit sur cette carte paye une cotisation individuelle. La cotisation étant individuelle, toute personne à charge peut avoir la qualité d'ayant droits.

La mutuelle compte aujourd'hui 189 adhérents pour 989 bénéficiaires. Le total de la population cible (habitants de Lalane, Diassap, et Médina Fall) est de 1 200 personnes ; le taux de pénétration est donc très élevé et atteste de la crédibilité de la mutuelle. Par exemple, dans le village de Lalane seules deux familles ne sont pas adhérentes.

Evolution du nombre d'adhérents

Années	1994	1995	1996	1997
Nombre d'adhérents	134	148	170	189

a. Cotisations

Le droit d'adhésion à la mutuelle est fixé à 1 000 FCFA.

La cotisation est individuelle et s'élève à 150 FCFA par mois (soit 750 FCFA par mois pour une famille de 5 personnes).

Les cotisations sont prélevées par les délégués de quartiers, qui les reversent aux responsables de secteur. Les responsables de secteur remettent l'ensemble des cotisations au trésorier général à chaque réunion de bureau, soit tous les mois. La présence des délégués de quartiers aux réunions du bureau permet le contrôle du versement effectif de toutes les cotisations (comparaison des cahiers de versement).

Pour les membres qui n'ont pas adhéré à la mutuelle à sa création, une période d'observation de 1 an est requise.

Malgré cette organisation décentralisée, la mutuelle a des difficultés de recouvrement des cotisations : environ 40% des adhérents ne sont pas à jour de leurs cotisations.

a. Prestations

Selon l'article 1er du règlement intérieur :

- « la mutuelle prend en charge au maximum 15 jours d'hospitalisation pour les membres à jour de leurs cotisations;
- Pour ceux qui ont des retard de cotisations de plus de trois mois, la mutuelle les prend en charge au prorata de leurs cotisations, pour 15 jours d'hospitalisation. »

L'hospitalisation est garantie sur la base d'un forfait journalier de 3 500 FCFA (50% du tarif normal), à l'hôpital Saint Jean de Dieu. Ce forfait comprend l'hébergement, les soins, les analyses et les radios. Les interventions chirurgicales sont exclues du forfait journalier.

Si l'hospitalisation excède 15 jours ou s'il y a des frais non pris en charge par la mutuelle, la mutuelle peut faire l'avance des fonds et se faire rembourser par l'adhérent.

Si un mutualiste doit être hospitalisé, il doit solliciter une prise en charge auprès de la mutuelle avant de se rendre à l'hôpital.

Les délégués de quartiers effectuent des visites à l'hôpital afin de vérifier l'identité du patient.

a. Suivi des bénéficiaires

Les documents de suivi des bénéficiaires sont les suivants :

- un registre des adhérents avec leur situation de versement des cotisations
- des fiches individuelles par adhérent mentionnant l'identité de tous les ayant droits
- un registre des adhérents et des bénéficiaires est en cours de réalisation
- un registre de suivi des hospitalisations qui mentionne le nom du bénéficiaire, la date de prise en charge et la nature de la maladie.

La mutuelle de Lalane Diassap étant une mutuelle villageoise, le contrôle social est très fort et les risques de fraude sont donc limités.

La principale difficulté concerne le recouvrement des cotisations.

a. Les comptes

Les documents comptables utilisés par la mutuelle sont les suivants :

- cahier d'entrées et de sorties
- fiches mensuelles de versement individuels (reçu de versement)
- fiches mensuelles de versement par secteur
- un livre journal

Les comptes sont tenus régulièrement mais il faudrait rationaliser le système de comptabilisation et établir un compte de résultat chaque année.

En 1996 : les rentrées de cotisations se sont élevées à 955 205 FCFA et le versement de prestations à 869 500 FCFA (535 500 FCFA pour les hospitalisations et 334 000 FCFA au titre des avances).

En 1997 (jusqu'en novembre) : 968 260 FCFA de cotisations ont été perçus et 951 500 FCFA de prestations ont été versés (664 000 FCFA pour les hospitalisations et 287 500 FCFA au titre des avances).

Il y a eu 21 hospitalisations en 96 et 29 en 97.

Les comptes sont donc en équilibre. La mutuelle a ouvert un compte d'épargne rémunéré à 4,5%.

a. Moyens matériels

La mutuelle de Lalane Diassap dispose de très peu de moyens : les locaux utilisés sont ceux de l'école et tout le traitement se fait manuellement. Les supports matériels de gestion (registre, fiches individuelles etc.) sont passablement entretenus.

De plus la mutuelle rencontre des difficultés pour évacuer les malades vers l'hôpital car elle ne dispose d'aucun moyen de transport.

1. Evaluation

a. La mobilisation des ressources

La mutuelle Lalane Diassap est une mutuelle villageoise où la majorité des adhérents sont cultivateurs et pratiquent parfois la vannerie pour compléter leurs gains. Les revenus sont donc saisonniers ; le produit des récoltes est en général disponible entre décembre et février. Le revenu moyen d'un paysan peut être estimé à 15 000 FCFA par mois.

La cotisation est perçue mensuellement et s'élève à 150 FCFA par individu. La taille moyenne des ménages étant de cinq personnes, la cotisation mensuelle atteint 750 FCFA par famille. La périodicité de paiement n'est pas calquée sur celle des revenus. Les mutualistes que nous avons rencontrés semblaient favorables à un paiement annuel, mais ils n'avaient pas pris conscience du montant de la cotisation annuelle.

Il est donc ressorti des discussions que l'alignement des contributions sur la périodicité des revenus n'était pas forcément judicieux.

A sa création, la mutuelle a rencontré des difficultés car la cotisation était estimée trop élevée par les familles nombreuses. En général, les familles comprennent plus de 5 personnes et le caractère individuel de la cotisation rendait la charge trop élevée. Il a donc fallu sensibiliser les chefs de famille pour répartir les ayant droits sur plusieurs personnes. Ainsi dans un groupe familial, il y a souvent plusieurs adhérents afin de couvrir le maximum de personnes à charge. Ceci explique que statistiquement, la famille au sens de la mutuelle ne compte que 5 personnes en moyenne.

Le taux de recouvrement atteint 60% des adhérents ; cette situation, sans être satisfaisante, n'est pas catastrophique au regard d'autres mutuelles. La négligence mais aussi le manque de moyens de la population sont à l'origine de ce résultat. En effet, beaucoup de mutualistes nous ont avoué avoir des difficultés à payer à temps leurs cotisations. Dans tous les cas, ils ne pourraient supporter une augmentation même en contre partie d'une amélioration de la garantie.

Pour améliorer le taux de recouvrement, les délégués de quartiers font un travail de proximité en incitant les mutualistes à s'acquitter de leur cotisation. Ils n'hésitent pas à se déplacer au domicile des adhérents si nécessaire.

La gestion de la mutuelle est entièrement bénévole. Le président est l'instituteur du village de Lalane et le secrétaire général est aussi président de la Coordination Régionale des Mutuelles de Thiès. Les membres du bureau sont très sensibles aux valeurs mutualistes et s'investissent pour que leur entreprise soit menée à bien.

La mutuelle paye directement l'hôpital (système du tiers payant). Sa participation est limitée à 15 jours, mais en cas de dépassement, l'hôpital lui facture l'intégralité par mesure de simplicité (et sans doute par soucis de solvabilité...). La mutuelle demande ensuite au mutualiste de rembourser les frais non garantis. La mutuelle doit donc être vigilante, car ces sommes peuvent atteindre des montants importants que les adhérents ne pourront peut être pas honorer. Cette situation s'est déjà produite dans une ou deux mutuelles de la région qui ont dû suspendre leurs prestations ou solliciter des délais de paiements auprès de l'hôpital.

La mutuelle Lalane Diassap rencontre donc des difficultés dans le recouvrement des cotisations : la faiblesse des revenus de ses membres semble à l'origine de cette situation.

D'autre part, le système d'avance en cas d'hospitalisation prolongée peut être dangereux et mérite sans doute d'être revu. Cependant, d'un point de vue social et humain, il paraît difficile pour la mutuelle de refuser le paiement après 15 jours. Cette option pourrait aussi entraîner un refus de l'hôpital d'accepter les lettres de prise en charge de la mutuelle. Ce problème, très délicat à résoudre, est commun à l'ensemble des mutuelles de la région de Thies qui limitent leur garantie dans le temps.

a. La contribution d'efficacité

Les dépenses d'hospitalisation sont en légère augmentation depuis deux ans :

- 535 500 FCFA pour 96 (il faut ajouter 334 000 FCFA d'avance)
- 664 000 FCFA jusqu'en novembre 97 (il faut ajouter 287 500 FCFA d'avance).

Si on rapporte ce montant au nombre de bénéficiaires, on obtient un coût moyen de 671 FCFA par personne et par an, soit un tiers de la cotisation annuelle. La cotisation est donc un peu trop élevée mais plusieurs facteurs doivent être pris en compte :

- la consommation médicale risque encore d'augmenter,
- les dépenses ne concernent pas l'ensemble de l'année 97 (10 mois)
- et tous les mutualistes ont été pris en compte (même ceux qui ne sont pas à jour).

En ce qui concerne la durée moyenne d'hospitalisation, elle est de 7,2 jours en 96 (25 500 FCFA) et de 6,5 jours (22 896 FCFA) en 97. Elle est bien inférieure au plafond des 15 jours et pourtant on constate que des sommes non négligeables ont été mobilisées au titre des avances (c'est à dire pour les hospitalisations supérieures à 15 jours). L'absence de données plus précises nous empêche de tirer des conclusions sur la répartition des durées d'hospitalisation.

En ce qui concerne la maîtrise des dépenses de santé, la mutuelle Lalane Diassap dispose de plusieurs outils. D'une part, elle limite sa garantie dans le temps et dans les actes couverts (la chirurgie et les actes externes sont exclus). D'autre part, elle a instauré une période d'observation de un an pour tout nouvel adhérent.

Lors d'une hospitalisation, le délégué de quartier vérifie l'identité du patient. De plus, dans les mutuelles rurales de petites taille, le contrôle social est très fort et les cas de fraude ou d'abus sont immédiatement découverts.

Les accords passés avec l'hôpital Saint Jean de Dieu garantissent le passage effectif par cette structure pour éviter toute surconsommation. Avant de consulter à l'hôpital, le dispensaire de Lalane joue déjà le rôle de filtre. Mais cette disposition n'est valable que pour les habitants de Lalane et de Diassap.

Dans l'ensemble, la mutuelle atteint ses objectifs en matière de prestations. Les mutualistes que nous avons rencontrés sont conscients des limites des prestations. Le principal problème concerne la capacité financière des gens à payer leur cotisation : les mutualistes expriment clairement leur impossibilité de payer plus en contre partie d'une meilleure prise en charge.

a. L'équité

Les personnes couvertes par la mutuelle de Lalane Diassap sont en majorité des cultivateurs dont les revenus mensuels avoisinent les 15 000 FCFA. Ils sont donc particulièrement vulnérables en terme de capacité financière. A ce titre, la mutuelle rétablit un certain équilibre avec les populations plus aisées, en ce qui concerne l'accès à l'hôpital.

Au sein même de la mutuelle, l'équité ne joue pas en matière de contribution. La cotisation forfaitaire ne tient pas compte du revenu de chacun. De plus, le caractère individuel de la cotisation n'entraîne aucune redistribution en direction des familles nombreuses : chaque

personne à charge paye une cotisation supplémentaire. Les efforts déployés pour encourager plusieurs adhésions au sein d'une même famille atténuent cette situation.

En matière de prestations, chaque mutualiste est traité de la même façon. Cependant, les habitants de Lalane (7 km de Thiès) ont un accès moins facile à l'hôpital que ceux de Médina Fall (quartier dans la ville de Thiès).

a. L'accès a des soins de qualité

La mutuelle garantie à 100% 15 jours d'hospitalisation à l'hôpital Saint Jean de Dieu sur la base d'un forfait journalier de 3 500 FCFA (50% du tarif habituel). Ce forfait comprend l'hébergement, les soins, les médicaments, les radios et les analyses. Les actes chirurgicaux et soins externes sont exclus. Le système du tiers payant élimine toute barrière financière.

Pour les hospitalisations qui excèdent 15 jours, l'hôpital accorde une réduction de 50% et la mutuelle fait l'avance des fonds. Ce système renforce l'accès aux soins mais peut être dangereux pour la viabilité de la mutuelle si les adhérents n'ont pas les moyens de rembourser.

La mutuelle mène des actions ponctuelles de prévention : en période d'hivernage, elle achète des médicaments pour les revendre aux mutualistes.

D'un point de vue géographique, les villages de Lalane et de Diassap sont respectivement situés à 5 et 7 km de Thiès, sur la route goudronnée. L'hôpital est donc relativement accessible, mais la mutuelle n'a aucune action sur le transport des malades. Sa mise en place n'a donc pas amélioré les moyens d'évacuation.

a. La viabilité de la mutuelle

La mutuelle de Lalane Diassap bénéficie d'un taux de pénétration très élevé : 82 % (989 bénéficiaires pour une population cible de 1 200 personnes). Ce résultat témoigne de l'efficacité des campagnes de sensibilisation qui ont été menées et de la confiance que les mutualistes accordent à la mutuelle.

Dès le départ, la majorité des habitants ont adhéré, puisque le nombre de membres est passé de 134 en 94 à 189 en 97. Cette augmentation s'explique essentiellement par l'intégration du quartier de Médina Fall qui ne faisait pas partie de la mutuelle à sa création.

Ce taux de pénétration très élevé n'implique pas une forte participation des adhérents dans la vie de la mutuelle. La dernière Assemblée Générale a dû être scindée en trois pour tenter de mobiliser les populations ; ainsi il y a eu une Assemblée Générale dans chacune des zones : Lalane, Diassap et Médina Fall. Les responsables se plaignent du manque d'investissement des membres. La confiance accordée aux dirigeants et le bon fonctionnement de la mutuelle semblent à l'origine de ce désengagement.

Par contre, les responsables s'investissent pleinement dans la gestion de la mutuelle. Les membres du bureau et du Conseil d'Administration ne perçoivent aucune indemnité même pour leurs déplacements lors des réunions. Cette question est cependant à l'étude, car elle risque de décourager les administrateurs.

Le taux de recouvrement des cotisations (60% des adhérents) reste à améliorer mais il n'est pas si mauvais pour une mutuelle rurale. La proximité des délégués de quartiers est essentielle pour la collecte des cotisations. En cas de retard de plus de trois mois, les mutualistes ne sont pas exclus, mais sont pris en charge au prorata de leur durée de cotisation.

Les documents de suivi des bénéficiaires sont à jour et permettent de connaître la situation individuelle de versement des cotisations. Le registre des hospitalisations est un outil statistique précieux mais il n'est pas utilisé de façon optimum. En matière de comptabilité, les mouvements sont enregistrés régulièrement mais aucun compte de résultat n'est élaboré en fin d'exercice. La mutuelle manque de moyens d'évaluation et de contrôle périodiques. Ceci est pourtant fondamental pour éviter toute dérive.

La situation financière de la mutuelle est satisfaisante. Le rapport cotisations/dépenses est de 1,8 en 96 et de 1,45 en 97 si l'on écarte les avances sur les factures d'hospitalisation, qui ne sont pas des dépenses de la mutuelle. Si l'on tient compte de ces avances (au où aucun remboursement n'ait lieu) le rapport reste très légèrement supérieur à 1. Même dans la pire des hypothèses, la mutuelle peut donc encore faire face à ses dépenses.

Aucune donnée sur les frais de fonctionnement n'était disponible mais ils doivent être proches de zéro : la mutuelle n'a pas de local, pas de téléphone, et les responsables ne perçoivent aucune indemnité.

La mutuelle de Lalane Diassap bénéficie donc de nombreux atouts. Elle doit cependant améliorer son taux de recouvrement des cotisations et mettre en place rapidement des procédures régulières d'évaluation et de contrôle.

a. La participation a la gouvernance démocratique

Comme en ce qui concerne la mutuelle FAGGU, Lalane Diassap ne participe pas directement aux instances de décisions en matière de santé. Par contre, elle a pu obtenir des réductions tarifaires importantes auprès de l'hôpital ; le poids du mouvement mutualiste dans la région de Thiès est un atout certain pour la négociation de tels accords. Ils sont fondamentaux pour son fonctionnement car elle dispose de moyens financiers restreints.

1. Perspectives et recommandations

La mutuelle de Lalane Diassap a été mise en place sur le modèle de la mutuelle de Fandène. Il existe une dizaine d'autres mutuelles dans la région qui fonctionnent selon des principes identiques.

Ce type de mutuelle rurale a donc déjà fait les preuves de sa capacité à se reproduire. Un élément essentiel de sa réussite est le partenariat engagé avec l'hôpital Saint Jean de Dieu. La négociation de tarifs préférentiels permet à la mutuelle d'offrir des prestations non négligeables tout en prélevant une cotisation acceptable.

La réussite de la mutuelle Lalane Diassap est donc liée à ses relations avec les prestataires de soins. Une telle expérience peut se développer ailleurs s'il existe une structure sanitaire qui dispense des soins de qualité et qui accepte une baisse de ses tarifs.

Il faut aussi noter la particularité de la région de Thiès : le diocèse a été l'initiateur des mutuelles dans la région et continue de les soutenir aujourd'hui. Ce contexte favorable a joué un rôle très important dans le développement du mouvement mutualiste dans la région.

La mutuelle de Lalane Diassap rencontre cependant quelques difficultés :

- le taux de recouvrement des cotisations doit être amélioré,
- des procédures d'évaluation et de contrôle doivent être mises en place
- son développement est freiné par la faible capacité contributive de ses membres. A l'heure actuelle, il n'est envisagé aucune amélioration des garanties car les adhérents ne peuvent pas supporter une hausse de cotisations.
- la mutuelle manque cruellement de moyens matériels ; elle n'a pas de local et les documents sont gardés dans le bureau de l'instituteur. Les supports de gestion (registres, cahiers, etc.) sont sommaires et mal conservés. Ils seront dans doute inexploitable dans quelques années.

Les réunions ont lieu dans une salle de classe et les administrateurs ne perçoivent aucune indemnité, même pour leur transport.

La faiblesse des moyens entrave donc le développement de la mutuelle mais cet exemple prouve que l'on peut quand même faire fonctionner une mutuelle de santé avec des ressources très limitées.

La mutuelle de Lalane Diassap bénéficie du soutien des deux coordinations de mutuelles (diocésaine et régionale). Elle participe aussi aux sessions de formation organisées par le programme conjoint BIT-ACOPAM/WSM-ANMC.

Les actions qui pourraient être menées pour soutenir cette mutuelle devraient s'orienter vers un appui technique ponctuel pour la mise en place de certains outils tels que des moyens d'évaluation et de contrôle.

Une étude plus poussée sur les prestations pourrait être envisagée afin de savoir si le plafond des 15 jours est adapté et justifié. En effet, les données recueillies ont fait apparaître une durée moyenne d'hospitalisation de 6,5 jours.

Le problème des avances sur les factures d'hospitalisation qui excèdent 15 jours doit être suivi de près ; dans ce système, une seule hospitalisation peut mettre la mutuelle en faillite.

Enfin une aide en matériel serait bienvenue compte tenu de l'absence totale de moyens dont dispose la mutuelle.

. Incidences des mutuelles de santé sur la fréquentation de l'hôpital Saint Jean de Dieu à Thiès

Compte tenu du nombre important de mutuelles de la région de Thiès qui ont passé des conventions tarifaires avec l'hôpital, il était important de mesurer l'impact de ces mutuelles sur son fonctionnement.

1. Rappel du contenu des accords

Les mutuelles qui ont passé des accords avec l'hôpital sont au nombre de 8 :

- Fandène
- Mont Rolland
- Koudiadiène
- Lalane-Diassap
- Faggu
- Sanghé
- Saint Jean-Baptiste
- Léhar (n'a pas encore commencé à verser de prestations)

La mutuelle Saint Jean Baptiste a suspendu ses relations avec l'hôpital en raison d'arriérés de factures très importants (environ 1 500 000 FCFA).

Sur ces huit mutuelles agréées, quatre d'entre elles consomment l'essentiel des dépenses : Fandène, Lalane Diassap, Koudiadiène et Mont Rolland.

Elles ont toutes négocié une réduction sur le tarif journalier d'hospitalisation. Ce forfait à l'origine de 7 000 FCFA comprend l'hébergement, les soins, les médicaments, les analyses et les radios ; les interventions chirurgicales, accouchements et les actes externes sont exclus. En général, la réduction accordée est de 50%, soit 3 500 FCFA par jour.

En contre partie, la mutuelle s'engage à prendre en charge les frais d'hospitalisation de ses mutualistes dans les limites déterminées dans ses statuts.

Avant d'agréer une mutuelle, l'hôpital demande certaines garanties. La mutuelle doit déposer un dossier comprenant entre autre le nombre d'adhérents, de bénéficiaires, le montant de la cotisation, et le montant de la somme en caisse. En général, l'accord est donné lorsque la mutuelle dispose d'au moins un million.

De tels accords présentent un double avantage pour l'hôpital. D'une part, ils donnent un accès aux soins à une clientèle solvable, d'autre part, ils facilitent le recouvrement des factures par le système du tiers payant.

Outre l'aspect social que soutient l'hôpital, les mutuelles peuvent être un atout majeur pour son fonctionnement.

Qu'en est-il dans la réalité ? Les mutuelles remplissent-elles effectivement les lits et les caisses de l'hôpital ?

1. Impact des mutuelles sur le fonctionnement de l'hôpital Saint Jean de Dieu

a. Participation des mutuelles au financement des soins

En ce qui concerne la fréquentation, les mutualistes représentent environ 30% des cas d'hospitalisation. Ce chiffre est relativement élevé et on peut donc penser que les mutuelles ont un impact important sur le fonctionnement de l'hôpital.

Les dirigeants de l'hôpital ont constaté une augmentation du taux de fréquentation des populations couvertes par une mutuelle. Avant leur création, les patients arrivaient souvent dans un état désespéré et les chances de survie étaient très réduites. Depuis leur existence, les populations viennent consulter plus tôt et les traitements sont donc plus efficaces.

En terme de fréquentation, les mutualistes représentent une part importante de la clientèle de l'hôpital. Qu'en est-il du point de vue financier ?

Le chiffre d'affaire global de l'hôpital en 1996 s'élève à 400 millions. Sur cette somme, 120 millions concernent les particuliers et 280 millions les bénéficiaires d'IPM et de mutuelles.

Sur les 280 millions, les mutuelles représentent 10 millions. La part totale des mutuelles dans le chiffre d'affaire représente donc 2,5 %!

De plus, il faut préciser que les chiffres mentionnés comprennent les hospitalisations et les actes externes. En effet, lorsqu'un mutualiste est hospitalisé, l'hôpital facture l'intégralité des frais à la mutuelle sans tenir compte de ses limites de garantie. Or, la prise en charge des mutuelles est souvent limitée à 15 jours et exclut les actes externes. La part réelle des mutuelles dans le financement de l'hôpital est donc inférieure à 2,5%.

Ces résultats s'expliquent aisément. D'une part l'hospitalisation n'est pas une source de revenu rentable pour l'hôpital ; le forfait journalier englobe de nombreuses prestations et ne correspond pas au coût réel des soins. L'hôpital fait ses bénéfices sur les actes externes. D'autre part, les mutuelles ont négocié 50% de réduction sur la majorité des prestations.

a. Attitude de l'hôpital vis à vis des mutuelles

Les mutuelles ne prennent pas partie directement dans la gestion de l'hôpital. Elles ne sont pas représentées au Conseil d'Administration, et les prises de décisions se font sans leur intervention.

Cependant, l'hôpital a fortement contribué à leur développement, en leur accordant des réductions importantes sur le forfait journalier. Plusieurs raisons expliquent cette attitude :

D'une part, c'est une structure sanitaire à vocation sociale et gérée par des religieux. L'accès aux soins pour le plus grand nombre de personnes a toujours été une de ses préoccupations, même si le recouvrement des coûts et l'équilibre financier sont des impératifs à respecter. Ce sont donc deux logiques qui cohabitent.

D'autre part, le développement des mutuelles lui apporte l'assurance d'une clientèle solvable. Le taux de fréquentation a augmenté et les factures sont en général réglées à temps. Seuls deux cas d'insolvabilité ont été constatés. De plus, l'hôpital ne se soucie pas des limites de garantie des mutuelles : l'intégralité des frais est facturée aux mutuelles, à charge pour elles de se faire rembourser par les mutualistes.

Enfin, il faut souligner la crédibilité de l'hôpital Saint Jean de Dieu en matière d'offre de soins ; il existe un hôpital régional à Thiès mais la qualité des prestations est sans comparaison avec celle de l'HSJD. La qualité de l'offre a donc fortement contribué au développement des mutuelles dans la région.

Les 2,5% de part des mutuelles dans le chiffre d'affaire sont une participation très faible par rapport à l'ensemble du volume d'activité, mais sans les mutuelles, les populations concernées n'iraient peut être jamais à l'hôpital.

A ce sujet, aucune statistique n'est disponible. Il aurait fallu comparer les taux de fréquentation des personnes aujourd'hui couvertes par une assurance maladie, avant et après la création des mutuelles.

Les dirigeants de l'hôpital soutiennent le mouvement mutualiste plus par principe que par intérêt. D'ailleurs, un certain nombre d'entre eux sont eux mêmes mutualistes. La part des mutuelles dans le financement est aujourd'hui trop faible pour avoir un impact significatif, mais leur développement à venir renversera peut être la tendance.

. Conclusion

Les trois mutuelles sélectionnées pour les études de cas offrent un panorama des différentes expériences qui voient le jour au Sénégal. Elles se distinguent tant par les catégories de personnes couvertes que par l'étendue de leur garantie. Ces différentes initiatives sont capables de développer et de se reproduire sur l'ensemble du territoire. Elles peuvent en quelque sorte servir d'exemple pour le développement du mouvement mutualiste.

Avant d'envisager ces perspectives, voici quelques résultats des études qui ont été menées :

En matière de prestations, elles garantissent toutes l'hospitalisation mais à des degrés d'intervention différents. La prise en charge de l'hospitalisation correspond au dernier échelon dans les soins de santé. Les petits risques, tels que les consultations ou la pharmacie sont de plus en plus accessibles : le développement des centres de santé et des médicaments génériques permet aux populations de se soigner à moindre coût. Ces prestations peuvent être prises en charge par l'épargne, la solidarité familiale ou l'entraide traditionnelle. Par contre, ces techniques montrent leurs limites en cas de soins plus coûteux, c'est à dire en matière d'hospitalisation.

Parfois, les mutuelles couvrent toutes les prestations liées à l'hospitalisation, parfois elles excluent la chirurgie pour des raisons financières.

Le niveau de la couverture varie selon les besoins des populations et les moyens disponibles. Ainsi, la mutuelle les Volontaires de l'Education Nationale garantit à 100% tous les actes liés à l'hospitalisation en contre partie d'une cotisation élevée (10 000 FCFA par an et par personne). FAGGU intervient de façon complémentaire car les retraités bénéficient déjà d'une assurance maladie par l'intermédiaire de l'IPRES. La mutuelle de Lalane Diassap a dû limiter ses garanties à 15 jours d'hospitalisation pour des raisons financières.

Les personnes couvertes par les trois mutuelles représentent différentes classes sociales de la société sénégalaise : des cultivateurs, des retraités du secteur moderne, des volontaires (statut précaire devant déboucher sur celui de fonctionnaire). L'ensemble des catégories sociales n'est pas représenté mais les expériences de ces mutuelles peuvent être reproduites sur des groupes sociaux qui présentent certaines similitudes : similitudes de revenus, d'organisation, de milieu de vie, etc.

Malgré des situations totalement différentes, **certaines difficultés sont communes** à toutes ces mutuelles. Tout d'abord, le taux de recouvrement des cotisations est insuffisant (sauf pour la mutuelle des Volontaires puisqu'il y a prélèvement à la source). Dans le meilleur des cas 60% des mutualistes sont à jour de leurs cotisations. Cette situation s'explique, d'une part, par la faible capacité contributive des adhérents, mais aussi par une certaine négligence de la part des membres. Les responsables de la collecte des cotisations doivent être très proches des mutualistes pour limiter les retards de paiements. La proximité et le travail de terrain sont indispensables si la mutuelle n'a pas la possibilité de pratiquer une retenue à la source.

Toutes les mutuelles manquent de moyens matériels pour la gestion quotidienne (local, informatique, véhicule, etc). La gestion est toujours manuelle, que ce soit pour la comptabilité ou pour la tenue des registres des adhérents et des bénéficiaires. Cette situation ne met pas en péril la viabilité des mutuelles mais entrave leur développement et leur efficacité.

Dans l'ensemble, les principes mutualistes semblent assimilés par les responsables, par contre ils ont besoin de formations spécifiques et d'appuis ponctuels dans certains domaines. Les principes de gestion et de comptabilité sont rarement acquis. Les écritures sont passées régulièrement, mais les procédures comptables sont mal adaptées et ne permettent pas de faire une évaluation fiable de la santé financière de la mutuelle.

Enfin, en matière de gestion administrative, il est primordial que les mutuelles tiennent un registre des bénéficiaires et suivent l'évolution des prestations. Dans les structures de petite taille ou les mutuelles rurales, le contrôle social est très fort et permet de pallier à une tenue approximative de la liste des mutualistes. Par contre, dans les mutuelles de taille importante ou qui couvrent l'ensemble du territoire, le suivi des bénéficiaires est une condition sine qua non de leur réussite. Ici, le traitement manuel devient vite fastidieux et inopérant ; la seule solution envisageable est le développement de l'informatique.

En ce qui concerne le suivi des prestations, il est important de pouvoir faire des statistiques sur l'évolution de la consommation médicale. Sur les trois mutuelles étudiées, deux d'entre elles ont commencé à consigner certains éléments sur les hospitalisations mais ils ne sont pas utilisés de façon optimum. Ce contrôle est essentiel pour éviter d'éventuelles dérives et analyser l'évolution du comportement des mutualistes.

Critères de viabilité

Il ressort des études que la capacité contributive n'est pas le facteur essentiel de réussite des mutuelles. Certaines d'entre elles réussissent à verser des prestations non négligeables avec des cotisations très faibles. Par contre, **l'évaluation du niveau des prestations par rapport aux moyens disponibles** doit être rigoureuse. Il faut prévoir une croissance importante de la consommation médicale dans les premières années d'exercice. La mise en place d'une couverture maladie modifie considérablement les comportements et les taux de fréquentation ne se stabilisent que quelques années après. Ces résultats qui ont été constatés dans les trois mutuelles étudiées, sont significatifs en ce qui concerne le rôle des mutuelles dans l'accès aux soins de santé.

D'autres éléments sont fondamentaux pour la viabilité de la mutuelle. **La transparence de gestion**, le dévouement des responsables et la confiance qui leur est accordée sont essentiels ; le moindre doute sur l'intégrité des dirigeants est un facteur de faillite de la mutuelle.

D'autre part, **le contrôle social** et la proximité des responsables avec les mutualistes jouent un rôle très important. Ils limitent les arriérés de cotisations et réduisent les cas d'abus et de fraude. Ce contrôle social doit bien sûr être accompagné d'une **gestion rigoureuse**.

La sensibilisation de la population aux principes mutualistes permet d'obtenir un fort taux de pénétration. La mutuelle Lalane Diassap est un bon exemple de réussite dans ce domaine.

Enfin, les mutuelles doivent, dans la mesure du possible, **se rapprocher des prestataires de soins**. Ceci permet, d'obtenir des réductions tarifaires, de pratiquer le tiers payant, de contrôler la consommation médicale et la qualité des soins. Sans de tels accords, des mutuelles avec très

peu de moyens, comme Lalane Diassap, n'auraient pas vu le jour. Les réductions tarifaires dont elle bénéficie permettent d'offrir des garanties importantes à une population à faible capacité contributive.

En ce qui concerne la participation des mutuelles aux décisions en matière de santé et à l'amélioration de la qualité des soins, aucun signe ne permet de constater une avancée dans ce domaine. Le mouvement mutualiste est trop récent pour jouer un tel rôle politique. Cependant, une évolution favorable n'est pas à exclure dans les années qui viennent.

Perspectives

Les trois mutuelles étudiées peuvent servir d'exemples pour le développement du mouvement mutualiste au Sénégal. Leurs expériences peuvent être reproduites pour d'autres secteurs ou catégories de populations qui présentent des similitudes avec les champs d'intervention de ces trois mutuelles.

La mutuelle des volontaires de l'éducation s'adresse à une population éduquée, à revenus moyens mais destinée à devenir fonctionnaire ou salarié du secteur moderne et dont le statut est provisoire. On pourrait rapprocher la situation des volontaires à celui des étudiants par exemple. Son expérience pourrait être utilisée pour envisager la mise en place d'une mutuelle universitaire.

D'autre part, les volontaires peuvent devenir des personnes ressources en matière de sensibilisation au mouvement mutualiste dans toutes les régions du Sénégal.

La mutuelle FAGGU peut servir de modèle à la création de mutuelles complémentaires pour toutes les catégories de personnes qui bénéficient déjà d'une couverture maladie : en général les salariés du secteur moderne et les fonctionnaires.

Enfin Lalane Diassap offre la preuve qu'une mutuelle peut fonctionner malgré la faiblesse et l'irrégularité des revenus de ses membres. Son expérience peut être utile dans les zones rurales, mais aussi pour le secteur informel en milieu urbain.

Le mode de fonctionnement de ces trois mutuelles peut être adapté à d'autres contextes afin d'étendre la couverture maladie à une majorité de Sénégalais. Ce développement ne pourra se faire qu'avec un appui institutionnel fort et des mesures de soutiens régulières. Il faut avant tout diffuser ces expériences à un large public pour promouvoir et expliquer les principes mutualistes.

Il faut aussi soutenir les initiatives par des programmes de formation mais aussi des actions ponctuelles d'appuis techniques : missions d'expertise, aide à la mise en place de procédures comptables, détermination des cotisations et prestations...etc. Ces actions devront être régulièrement suivies. Des programmes comme ceux du Ministère ou du BIT-ACOPAM/WSM-ANMC peuvent être à l'origine de ces activités et des organisations locales telles que les coordinations de Thiès peuvent servir de relais.

Des accords de jumelages peuvent aussi être envisagés avec des mutuelles européennes. Ils apporteront aux mutuelles sénégalaises une reconnaissance institutionnelle, un échange de savoir-faire et éventuellement une aide matérielle et technique.

La mise en place d'un cadre juridique précis ne nous semble pas être une priorité aujourd'hui. Le développement du mouvement mutualiste est encore trop récent et limité ; l'adoption d'une loi risquerait de freiner les initiatives en les enfermant dans un cadre juridique strict. Cependant, cette question est à l'ordre du jour et il faut analyser en profondeur les initiatives existantes pour ne pas adopter un texte inadapté à la situation.

Les mutuelles de santé au Sénégal ont déjà fait leur preuve et sont susceptibles de se développer rapidement. Leurs expériences doivent être diffusées et leurs actions soutenues.

. Glossaire

Adhérent (ou membre): c'est le souscripteur, celui qui adhère directement à la mutuelle.

Adhésion (ou droit d'adhésion) : c'est une somme fixe que le membre verse au moment de l'adhésion à la mutuelle. Elle se concrétise généralement par la remise d'une carte d'adhérent.

Ayant droit : Personne qui sans être membre de la mutuelle, bénéficie de ses services en raison de son lien de parenté avec l'adhérent.

Bénéficiaires : l'ensemble des personnes qui bénéficient des services de la mutuelle (les adhérents et leurs ayant droits).

Cotisation : c'est le versement périodique d'une somme d'argent permettant de bénéficier des prestations de la mutuelle.

Délai d'attente (ou période d'observation) : période pendant laquelle un nouveau membre paie ses cotisations sans percevoir de prestations. Elle a pour but d'éviter que des personnes ne s'affilient uniquement au moment précis où ils tombent malades.

Gros risques : il s'agit des risques qui entraînent des dépenses importantes : hospitalisation, accouchement, intervention chirurgicale.

I.P.M. : Institution de Prévoyance Maladie : Système de prévoyance maladie obligatoire dans les entreprises privées au Sénégal.

Mutuelle fonctionnelle : c'est une mutuelle qui perçoit des cotisations et verse effectivement des prestations.

Mutuelle en création : c'est une mutuelle qui perçoit des cotisations mais qui n'a pas encore commencé à verser des prestations.

Personnel bénévole : personnel qui ne perçoit aucune rémunération, mais le bénévolat n'exclut pas le versement d'indemnités journalières (jetons de présence, indemnité de transport ou de repas).

Petits risques : il s'agit des risques qui entraînent des dépenses modérées : en général les consultations et la pharmacie.

Population cible : c'est l'ensemble des personnes susceptibles d'adhérer à la mutuelle : un village, un quartier, le personnel d'une entreprise (différent de ceux qui adhèrent effectivement).

Précompte : prélèvement sur salaire des cotisations ; retenue à la source.

Prépaiement : c'est l'ouverture d'un compte auprès d'une structure sanitaire, permettant au bénéficiaire de ce compte de se faire soigner à hauteur de la somme déposée.

Principe d'assurance ou de prévoyance : principe selon lequel on se prémunit contre un risque en versant régulièrement des cotisations (ou primes) sans contre partie automatique : la prestation n'est versée que lors de la réalisation du risque.

Principe de l'entraide : il s'agit d'une forme de solidarité dans laquelle des personnes mobilisent leurs ressources lorsqu'un événement survient au sein du groupe. C'est une aide ponctuelle où la notion de prévoyance n'intervient pas.

Principe de l'épargne : principe selon lequel on cotise régulièrement une somme d'argent pour la faire fructifier et en récupérer la totalité lors de la survenance d'un événement ou à une date fixée d'avance.

Ratio cotisations/dépenses : il permet de savoir si l'ensemble des dépenses est couverte par les cotisations ; il doit être supérieur ou égal à 1.

Ratio frais de fonctionnement/recettes : Par frais de fonctionnement on entend toutes les dépenses d'administration et de gestion de la mutuelle (salaires, local, fournitures, électricité...etc). Ce ratio est satisfaisant quand il ne dépasse pas 5% des recettes totales.

Taux de pénétration : c'est le pourcentage de personnes adhérant à une mutuelle par rapport à l'ensemble de la population susceptible d'adhérer à la mutuelle (population cible).

Ticket modérateur : c'est la quote part à la charge du patient, la partie des frais non prise en charge par la mutuelle.

Tiers payant : système de prise en charge selon lequel la mutuelle règle directement au prestataire de soins la partie du coût qui lui revient.

Type de mutuelle : le guide méthodologique établit une typologie des mutuelles de santé qui distingue trois grandes catégories :

- **les mutuelles de type traditionnel :** elles ont pour fondement l'appartenance ethnique ou clanique. Il s'agit souvent de groupement de ressortissants issus d'une même lignée.
- **les mutuelles communautaires professionnelles :** elles sont créées au sein d'une entreprise, d'un secteur d'activité ou d'un syndicat.
- **les mutuelles communautaires sociales :** elles regroupent des personnes qui se trouvent dans un contexte social, économique ou idéologique proche, mais sans lien de sang ou de profession. Il peut s'agir de regroupements religieux, de quartier, de femmes ...etc.

les systèmes simples d'assurance à financement communautaire : ils sont généralement mis en place par une institution sanitaire comme système d'assurance pour améliorer son niveau de recouvrement des coûts et étendre l'accès aux soins au plus grand nombre dans le ressort territorial de l'institution.

les systèmes complexes d'assurance à financement communautaire : ici; la collectivité se charge de gérer ne serait-ce que le premier niveau des soins médicaux (centres de santé) à travers des structures de participation.