

## **Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique**

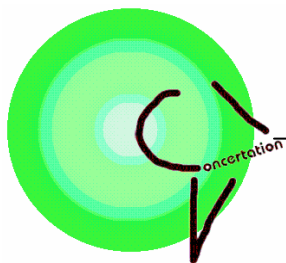
Un programme appuyé par WSM, ANMC, BIT/STEP, GTZ, PHRplus, AIM, RAMUS, UNMS, MFP, MGEN et AWARE/RH



# **Inventaire des mutuelles de santé en Afrique**

## **Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays**

Octobre 2004



**Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique**

*Un programme appuyé par WSM, ANMC, BIT/STEP, GTZ, PHRplus, AIM, RAMUS, UNMS, MFP, MGEN et AWARE/RH*

Les publications de la Concertation sont disponibles gratuitement pour tout acteur intéressé par le développement des mutuelles de santé en Afrique. Toutefois, la référence au contenu des documents de la Concertation doit dûment mentionner la source. Toute demande de reproduction ou de traduction devra être adressée à :

La Concertation,  
BP 414, Dakar - Fann  
Sénégal

---

## **Chapitre 1 - Introduction et vue d'ensemble**

### **Chapitre 2 - Contexte des systèmes d'assurance maladie**

- 1- Les SAM en tant qu'organisations
  - 1-1 *Mutuelles et structuration de l'ensemble des SAM fonctionnels*
  - 1-2 *Appartenance des SAM fonctionnels à une organisation plus large*
  - 1-3 *Situation des SAM en gestation, en projet et en difficulté*
- 2- Association d'activités, zone d'intervention, contexte et population cible
  - 2-1 *L'association de l'assurance maladie à d'autres activités*
  - 2-2 *Zones d'intervention et populations cibles des SAM*
  - 2-3 *Effectifs des populations cibles des SAM*

### **Chapitre 3 - Historique des systèmes d'assurance maladie**

- 3- Historique des SAM et partenariats
  - 3-1 Les acteurs impliqués dans la création des SAM
  - 3-2 *La chronologie de la création et du démarrage des SAM fonctionnels*
  - 3-3 *Création et démarrage des SAM en gestation et en projet*
  - 3-4 *Appui et relations avec l'extérieur*

### **Chapitre 4 - Caractéristiques des systèmes d'assurance maladie**

- 4- Caractéristiques générales des régimes proposés par les SAM
  - 4-1 *Adhésion*
  - 4-2 *Les cotisations des SAM fonctionnels*
  - 4-4 *La prise en charge sans contribution*

### **Chapitre 5 - Les effectifs des systèmes d'assurance maladie**

- 5- Les effectifs des SAM fonctionnels
  - 5-1 *Les adhérents*
  - 5-2 *Les bénéficiaires*
  - 5-3 *Les différences entre pays pour les effectifs de bénéficiaires des SAM fonctionnels*

### **Chapitre 6 - Les relations avec l'offre de soins**

- 6- Les relations avec l'offre de soins
  - 6-1 *Les prestataires travaillant avec les SAM*
  - 6-2 *Les conventions passées avec les prestataires*

### **Chapitre 7 - La gestion des systèmes d'assurance maladie**

- 7- La gestion des SAM
  - 7-1 *Outils de gestion*
  - 7-2 *Cotisations perçues, prestations versées*
  - 7-3 *Frais de fonctionnement*
  - 7-4 *Réserves et sécurité financière*

### **Chapitre 8 - Le fonctionnement des systèmes d'assurance maladie**

- 8- Le fonctionnement des SAM
  - 8-1 *Le rôle des adhérents*
  - 8-2 *Les instances dirigeantes des SAM*
  - 8-3 *Autres aspects du fonctionnement des SAM*

### **Chapitre 8 - Problèmes et contraintes des systèmes d'assurance maladie**

- 9- Problèmes et contraintes des SAM
  - 9-1 *SAM fonctionnels*
  - 9-2 *Enseignements apportés par les SAM en difficulté*

### **Chapitre 10 Synthèse des enseignements tirés de l'Inventaire et recommandations**

- Les modalités de constitution des SAM*
- Les orientations techniques des régimes offerts par les SAM*
- Le fonctionnement courant des SAM*
- L'impact et la viabilité des mutuelles de santé*

*Recommandations à l'intention des promoteurs, des bailleurs et des opérateurs d'appui*

**Chapitre 11 - Annexes**

Annexe 1 Les données recueillies et la base exploitée

*Les organismes enquêtés*

*Les réponses au questionnaire*

*Le codage des réponses*

*La qualité des données et l'exploitation*

Annexe 2 : le questionnaire de l'Inventaire

Annexe 3 : tableaux complémentaires

Annexe 4 : liste des SAM inventoriés

## Avant Propos

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

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

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

Le présent document est une synthèse des principaux résultats du deuxième inventaire réalisé par la Concertation en 2003 (les résultats du premier inventaire [2000] ainsi que les rapports par pays sont disponibles sur le site web : [www.concertation.org](http://www.concertation.org)). L'enquête elle-même contient plus de 568 variables autour de 67 questions. La saisie des résultats de l'inventaire a été effectuée sous Epi-Info, logiciel développé par l'OMS et disponible gratuitement sur internet. Des transferts sont aussi effectués sous Excel et SPSS pour des extraits par pays. La base complète de l'inventaire est disponible sur demande à la Concertation.

Il est évident qu'un tel travail est lourd dans 11 pays africains où le niveau de développement est différent, de même que les documents utilisés et les informations qu'ils contiennent. Cependant ce travail a le mérite, à côté d'autres initiatives, de participer à la compréhension du comportement des mutuelles de santé. On se rend compte, après lecture de ce rapport, de l'évidence qu'il y a encore beaucoup de travail à faire auprès de mutuelles de santé, notamment dans la tenue des documents de gestion.

La Concertation encourage les acteurs nationaux à étudier les modalités d'un système d'information systématique sur les mutuelles pour en faciliter la compilation.

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

- aux chercheurs et enquêteurs qui ont réussi à collecter cette masse importante d'informations dans des conditions difficiles ;
- aux auteurs de ce document et aux réviseurs de tous les rapports et documents techniques de préparation, qui ont accepté l'exercice avec des informations pas toujours uniformes. Cette synthèse a été réalisée avec la précieuse collaboration de Letourmy Alain (CERMES-CNRS, RAMUS), Pavy-Letourmy Aude (CERDI), Galland Bruno (CIDR, RAMUS) et Hauet Eric (CERMES) ;
- aux organisations qui ont co-financé la réalisation de l'inventaire dans certains pays ;
- aux points focaux qui ont encadré l'activité dans les pays ;
- aux promoteurs de la Concertation qui ont financé et accompagné techniquement tout le processus ;
- aux mutuelles de santé et autres systèmes d'assurance maladie qui se sont prêtés volontiers à l'enquête.

La Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique est la concrétisation d'une des principales recommandations de l'atelier organisé à Abidjan en juin 1998, sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé. Au cours de cet atelier, une plateforme consensuelle a été élaborée et diffusée.

Les activités de la Concertation ont démarré en avril 1999 et concernent :

- l'animation d'un site internet ([www.concertation.org](http://www.concertation.org)),
- la diffusion d'une lettre d'information le «*Courrier de la Concertation*»,
- le suivi du développement des mutuelles (synthèse tous les trois ans).
- l'organisation d'ateliers thématiques tous les deux ans.

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

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

### ***La Concertation***

## Introduction et vue d'ensemble

On présente ici les résultats d'une première exploitation de la base de données issue de *l'Inventaire 2003 de la Concertation*. Cette exploitation s'appuie exclusivement sur toutes les données recueillies pendant l'enquête<sup>1</sup> et l'on a traité les informations sans correction véritable, même lorsque d'autres sources, plus fiables, permettaient de rectifier les données collectées<sup>2</sup>.

L'enquête a porté sur des organismes de natures différentes qui ne se sont pas tous définis comme des mutuelles de santé. On les désignera sous le terme générique de « Système d'assurance maladie » ou SAM. La présentation des résultats suit, en gros, l'ordre du questionnaire.

L'ensemble inventorié représente 622 organismes issus de 11 pays francophones d'Afrique de l'Ouest et du centre. Tous ces SAM ne sont pas également fonctionnels, si bien que les informations qu'ils ont fournies ne sont pas toujours comparables ou simplement exploitables.

Le tableau 1 donne une vue d'ensemble des organismes recensés par *l'Inventaire*, par pays et selon le degré de fonctionnalité des SAM. Si l'on prend l'ensemble des 622 SAM inventoriés, le Sénégal apparaît nettement comme le pays où le nombre d'organismes est le plus élevé, environ 150. Ensuite viennent la Guinée, le Burkina et le Mali autour de 100, puis le Bénin, le Cameroun et la Côte d'Ivoire autour de 50. Le Niger, le Tchad, le Togo et la Mauritanie présentent un tableau plus modeste.

Ces chiffres doivent être considérés comme des indicateurs assez grossiers de la situation de l'assurance maladie privée non commerciale dans les 11 pays. Il y a à cela plusieurs raisons :

- les conditions de réalisation de *l'Inventaire*
- l'assimilation de nombreux organismes en projet à des organismes à part entière
- le maintien dans l'ensemble d'organismes qui ont en fait cessé leur activité
- la taille variable des organismes
- la disparité des garanties offertes.

Le questionnaire de *l'Inventaire* permet de distinguer les SAM en activité effective, les SAM en gestation, qui ont tout juste commencé leur activité ou qui doivent le faire très prochainement, les SAM en projet qui commencent à se construire et les SAM en difficulté, qui sont très près de la cessation d'activité, quand cela n'est pas déjà fait. Ce sont les responsables d'organismes eux-mêmes qui se sont classés dans ces catégories, quatre d'entre eux restant dans non affectés.

Si l'on considère seulement les organismes qui se déclarent fonctionnels, on obtient un ensemble de 366 SAM, d'où se détachent ceux du Sénégal (environ 90), devant ceux d'un groupe de pays (Mali, Guinée, Bénin, Burkina et Côte d'Ivoire) qui représentent chacun entre

---

<sup>1</sup> Ainsi on a maintenu dans la base des organismes qui ne semblent pas assimilables à des organismes d'assurance maladie

<sup>2</sup> Un certain nombre de réponses fournies lors de *l'Inventaire* ont été modifiées ou précisées, lorsqu'il était évident qu'elles résultaient d'une mauvaise compréhension des questions posées et que d'autres informations fournies par l'enquête permettaient cette rectification. Toutefois, pour cette exploitation, on n'a pas modifié les réponses en fonction d'autres sources que *l'Inventaire* et l'on a traité telles quelles plusieurs informations quantitatives que d'autres sources permettent de rectifier. Voir Annexe 1.



35 et 60 SAM. Le Cameroun, puis le Niger sont dans une fourchette de 10 à 25 organismes. Les pays restants (Togo, Tchad et Mauritanie) n'atteignent pas la dizaine de SAM fonctionnels.

**Tableau 1 : répartition des SAM par pays et selon le degré de fonctionnalité**

PAYS	SAM fonctionnels		SAM en gestation		SAM en projet		SAM en difficulté		Autres SAM		Ensemble inventorié	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
BENIN	43	4,7	8	5,6	3	3,9	0	0	0	0	54	8,7
BURKINA	36	9,8	34	23,9	17	22,1	4	12,1	1	25	92	14,8
CAMEROUN	22	6,0	6	4,2	8	10,4	2	0,6	0	0	38	6,1
Côte d'Ivoire	36	9,8	1	0,7	0	0	3	0,9	0	0	40	6,4
GUINEE	55	15,0	36	25,4	10	13,0	10	30,3	0	0	111	17,8
MALI	56	15,3	16	11,3	3	3,9	4	12,1	1	25	80	12,9
MAURITANIE	3	0,8	0	0	4	5,2	0	0	0	0	7	1,1
NIGER	12	3,3	3	2,1	2	2,6	1	3,0	1	25	19	3,1
SENEGAL	87	23,8	36	25,4	16	20,8	9	27,8	1	25	149	24,0
TCHAD	7	1,9	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1,1
TOGO	9	2,5	2	1,4	14	18,2	0	0	0	0	25	4,0
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100</b>	<b>142</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>622</b>	<b>100</b>

Les effectifs de SAM en gestation et en projet sont une mesure du dynamisme du développement de l'assurance maladie : le Sénégal, la Guinée et le Burkina, puis à un degré moindre le Mali semblent en tête du mouvement. On notera toutefois que le Sénégal et la Guinée fournissent aussi plus de la moitié des SAM en difficulté.

**Tableau 1bis : poids des SAM selon le degré de fonctionnalité par pays**

PAYS	SAM fonctionnels		SAM en gestation		SAM en projet		SAM en difficulté		Autres SAM		Ensemble inventorié	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
BENIN	43	<b>79,6</b>	8	<b>14,8</b>	3	<b>5,6</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	54	<b>100</b>
BURKINA	36	<b>39,1</b>	34	<b>37,0</b>	17	<b>18,5</b>	4	<b>4,3</b>	1	<b>1,1</b>	92	<b>100</b>
CAMEROUN	22	<b>57,9</b>	6	<b>15,8</b>	8	<b>21,1</b>	2	<b>5,3</b>	0	<b>0</b>	38	<b>100</b>
Côte d'Ivoire	36	<b>90,0</b>	1	<b>2,5</b>	0	<b>0</b>	3	<b>7,5</b>	0	<b>0</b>	40	<b>100</b>
GUINEE	55	<b>49,5</b>	36	<b>32,4</b>	10	<b>9,0</b>	10	<b>9,0</b>	0	<b>0</b>	111	<b>100</b>
MALI	56	<b>70,0</b>	16	<b>20,0</b>	3	<b>3,8</b>	4	<b>5,0</b>	1	<b>1,25</b>	80	<b>100</b>
MAURITANIE	3	<b>42,9</b>	0	<b>0</b>	4	<b>57,1</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	7	<b>100</b>
NIGER	12	<b>63,2</b>	3	<b>15,8</b>	2	<b>10,5</b>	1	<b>5,3</b>	1	<b>5,3</b>	19	<b>100</b>
SENEGAL	87	<b>58,4</b>	36	<b>24,2</b>	16	<b>10,7</b>	9	<b>6,0</b>	1	<b>0,7</b>	149	<b>100</b>
TCHAD	7	<b>100</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	7	<b>100</b>
TOGO	9	<b>36,0</b>	2	<b>8,0</b>	14	<b>56,0</b>	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	25	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>58,8</b>	<b>142</b>	<b>22,8</b>	<b>77</b>	<b>12,4</b>	<b>33</b>	<b>5,3</b>	<b>4</b>	<b>0,6</b>	<b>622</b>	<b>100</b>

Compte tenu de l'hétérogénéité des organismes recensés, toutes les données recueillies ne pouvaient être mise sur le même plan. Il a fallu aussi tenir compte de ce que les diverses catégories d'organismes n'ont pas eu les mêmes taux de réponse selon le type d'information demandée. On a centré l'exploitation sur les organismes qui se sont déclarés « fonctionnels » (58,8%). On les a séparés de ceux qui se sont déclarés « en projet », « en gestation » ou « en difficulté », auxquels on a donné moins de place, surtout lorsque que les réponses fournies à certaines questions n'avaient pas de sens pour ces derniers. En pratique le début du questionnaire a semblé exploitable pour les SAM en gestation et en projet, mais pas les questions supposant que l'activité était suffisamment montée en charge. Quant aux SAM en

difficulté, ils ont souvent omis de répondre à de nombreuses questions et on ne les a utilisés que pour essayer d'éclairer leur déclin. Le tableau 1bis donne la répartition par pays des catégories de SAM. On voit que la part des SAM fonctionnels varie assez fortement d'un pays à l'autre.

## 1- Les SAM en tant qu'organisations

### 1- 1 Mutuelles et structuration de l'ensemble des SAM fonctionnels

Le tableau 2 porte seulement sur les SAM fonctionnels. Il montre que près de 9 SAM sur 10 se définissent comme « mutuelles de santé ». C'est en principe la vocation de la Concertation de travailler avec cette catégorie d'organismes, toutefois l'inventaire a recensé d'autres formes d'assurance maladie. Le résultat indique la diffusion du concept dans cette zone géographique, même si, à regarder de plus près, des organismes comme les *Murigas* en Guinée ou les *Systèmes d'évacuation référence* au Mali se sont définis, un peu abusivement, comme mutuelles.

Plus de la moitié des SAM n'appartiennent à aucun réseau, un tiers estimant qu'ils font partie d'une Union ou d'une Fédération de mutuelles. L'examen détaillé des réponses (libellé exact de l'Union ou de la Fédération) indique que certains SAM ont répondu positivement en raison d'une conception extensive de l'Union ou de la Fédération, liée par exemple au fait de relever d'un même projet, qui organise en réseau plusieurs organismes, sans que ledit réseau ait une réalité juridique. On remarque aussi que ce sont les SAM du Sénégal, de Côte d'Ivoire, du Mali et de Guinée qui font atteindre le score obtenu. Si l'on met de côté ces 4 pays, l'impression est plutôt que les SAM constituent une collection d'organismes isolés les uns des autres.

S'agissant d'appartenance à un réseau d'économie sociale, les SAM du Bénin et du Togo dépassent largement la moyenne. Mais l'appartenance à un tel réseau reste modeste pour l'ensemble des SAM (un sur 10 environ)

**Tableau 2 : SAM fonctionnels se définissant comme mutuelles et structuration des SAM**

	SAM se définissant comme mutuelle		SAM appartenant à Union ou Fédération de mutuelles		SAM appartenant à un réseau d'économie sociale		SAM n'appartenant à aucune structure	
<b>Bénin</b>	40	93 %	5	11,6%	15	34,9%	23	53,5%
<b>Burkina Faso</b>	28	77,8%	4	11,1%	0	0	32	88,9
<b>Cameroun</b>	15	68,2 %	2	9,1	0	0	20	90,9
<b>Côte d'Ivoire</b>	32	88,9%	16	44,4	1	2,8	19	52,8
<b>Guinée</b>	55	100 %	18	32,7	1	1,8	36	65,5
<b>Mali</b>	39	69,6 %	25	44,6	3	5,4	28	50
<b>Mauritanie</b>	3	100%	0	0	0	0	3	100
<b>Niger</b>	11	91,7 %	0	0	1	8,3	11	91,7
<b>Sénégal</b>	87	100 %	52	59,8	9	10,3	26	29,9
<b>Tchad</b>	6	85,7 %	0	0	1	14,3	6	85,7
<b>Togo</b>	8	88,9 %	0	0	4	44,4	5	55,6
<b>Total</b>	<b>324</b>	<b>88,5 %</b>	<b>122</b>	<b>33%</b>	<b>35</b>	<b>9,6%</b>	<b>209</b>	<b>57,1%</b>

Nb : les pourcentages se rapportent aux effectifs de SAM fonctionnels de chaque pays ou de l'ensemble

## 1-2 Appartenance des SAM fonctionnels à une organisation plus large

Le tableau 3 montre que 233 SAM fonctionnels font partie d'une organisation plus large, soit 64%. La nature de cette organisation est, pour l'ensemble,<sup>3</sup> :

- + une association, une coopérative : 29%
- + une IMF : 4%
- + une ONG : 15%
- + une autre organisation communautaire : 1%
- + une structure sanitaire : 12%
- + un syndicat : 4%
- + une autre organisation sans précision : 35%

Le résultat global suggère que l'isolement relevé précédemment est compensé par l'intégration de l'assurance maladie dans une organisation plus large. De ce point de vue, les situations du Cameroun, du Burkina, de la Guinée et du Tchad tranchent avec celles des autres pays : presque tous les SAM de ces pays appartiendraient à des organisations plus larges. Néanmoins, la nature de l'organisation « mère » est assez disparate. Il n'est pas sûr que la notion d'appartenance à une organisation plus large ait été comprise partout de la même façon. En outre, les libellés « autre organisation », « association et coopérative », « ONG », qui sont les plus fréquents, ne renseignent pas vraiment sur l'activité de cette organisation. On observe en même temps que peu de structures sanitaires et encore moins d'institutions de microfinance « hébergent » des SAM fonctionnels.

**Tableau 3 : appartenance des SAM fonctionnels à une organisation plus large**

	Nombre de SAM fonctionnels appartenant à une organisation plus large	Pourcentage (sur l'ensemble des SAM fonctionnels)
<b>Bénin</b>	15	34,9 %
<b>Burkina Faso</b>	31	86,1 %
<b>Cameroun</b>	18	81,8 %
<b>Côte d'Ivoire</b>	25	69,4 %
<b>Guinée</b>	54	98,2 %
<b>Mali</b>	29	51,8 %
<b>Mauritanie</b>	0	0
<b>Niger</b>	4	33,3 %
<b>Sénégal</b>	46	52,9 %
<b>Tchad</b>	6	85,7 %
<b>Togo</b>	5	55,6 %
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>63,7 %</b>

## 1-3 Situation des SAM en gestation, en projet et en difficulté

La situation des 142 SAM en gestation et des 77 SAM en projet ne diffère pas de celle des SAM fonctionnels sur les points précédents (tableau 4).

<sup>3</sup> Voir annexe 2, tableau 3bis pour le détail par pays

**Tableau 4 : situation des SAM en gestation et en projet**

	En gestation		En projet	
	Nbre	%	Nbre	%
Se définissent comme des mutuelles	142	100%	75	97,4%
Appartiennent à une Union ou Fédération	14	9,9%	4	5,2%
Appartiennent à un réseau d'organismes d'économie sociale	6	4,2%	10	12,9%
Appartiennent à une organisation plus large	91	64,1%	51	66,2%

La nature des organisations mères est comparable à ce qui a été trouvé pour les SAM fonctionnels : 2,1% des SAM en gestation feraient partie d'IMF et 4,2% de structures sanitaires ; les pourcentages correspondants pour les SAM en projet sont de 0% et 10,4% .

Pour les 33 SAM en difficulté, on a 29 mutuelles (87,9%). Un tiers déclarent appartenir à une Union ou Fédération et deux tiers à une organisation plus large, dont la nature est aussi peu spécifique que pour les autres catégories.

## **2- Association d'activités, zone d'intervention, contexte et population cible**

### **2-1 L'association de l'assurance maladie à d'autres activités**

a) Plus de 60% des SAM fonctionnels (tableau 5) ont une ou plusieurs activités autres que l'assurance maladie, sans qu'ils considèrent que l'assurance soit exercée dans une organisation plus large (ci-dessus). C'est au Cameroun, en Guinée et au Burkina que l'association d'activités autres est la plus fréquente.

La micro finance et l'offre de soins sont les activités associées les plus répandues (17 et 14%) lorsqu'il y a une seule activité. On note que les autres assurances ne concernent que 6% des SAM. La micro finance est citée aussi en plus d'autres activités que l'assurance, si bien que 121 SAM (33%) ont, en tout, cette activité en association avec l'assurance maladie. Le type de micro finance pratiqué est assez rudimentaire, selon les réponses faites en clair. Il s'agit le plus souvent de « petit crédit » et les SAM ne sauraient être véritablement considérés comme des IMF. On a dit ci-dessus que 9 SAM fonctionnels seulement ont déclaré faire partie d'une organisation plus large dont l'activité était la micro finance.

**Tableau 5 : activités associées à l'assurance maladie pour les SAM fonctionnels**

	SAM ayant une activité autre que l'assurance Maladie		Nature de l'activité								
			Offre de soins	Appui filière agricole et Pêche	Micro-Finance	Appui filière artisanale	Activité syndicale	Autre activité d'assurance	Autre activité	Plusieurs activités dont micro finance	Plusieurs activités sans micro finance
Bénin	17	39,5 %	0	0	1	0	0	1	0	14	0
Burkina Faso	28	77,8 %	11	1	11	0	0	1	2	1	0
Cameroun	18	81,8 %	0	0	5	0	0	2	6	2	3
Côte d'Ivoire	17	47,2 %	7	0	3	0	0	0	1	4	2
Guinée	53	96,4 %	4	0	24	0	0	0	5	20	0
Mali	31	55,4 %	17	1	4	0	0	3	0	4	2
Mauritanie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niger	7	58,3 %	3	0	2	0	0	1	1	0	0
Sénégal	45	51,7 %	6	2	13	1	0	1	6	11	5
Tchad	4	57,1 %	1	0	0	1	0	0	1	1	0
Togo	3	33,3 %	2	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	223	60,9 %	51	4	63	2	0	9	22	58	12

b) 54,2% des SAM en gestation déclarent organiser d'autres activités et c'est la micro finance qui est le plus souvent citée : par 20% des SAM lorsqu'il y a une seule activité et 12,7% lorsqu'il y en a plusieurs. 95% des SAM en projet ont ces activités autres que l'assurance maladie : micro finance (9,1% en solo et 22,1% avec d'autres activités) et offre de soins (24,7%) surtout. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus pour les SAM fonctionnels. Toutefois, il n'indiquent pas que la tendance à l'association d'activités soit plus forte pour les SAM en gestation et en projet, notamment lorsqu'il s'agit de micro crédit.

c) Pour les 33 SAM en difficulté, l'organisation d'activités autres concerne 54,5% des organismes et c'est à nouveau la micro finance (pour 8 SAM sur 18) qui domine.

## 2-2 Zones d'intervention et populations cibles des SAM

a) Les trois-quarts des SAM fonctionnels interviennent soit en milieu rural exclusivement, soit en milieu urbain exclusivement (tableau 6). Ils sont assez peu nombreux à avoir pour but de couvrir une zone géographique particulière, qu'elle soit étendue (région) ou non (zone locale). Un sur cinq seulement a une vocation nationale.

Le ciblage du milieu rural est particulièrement fort au Bénin, au Burkina et en Guinée, alors que celui de la ville concerne plus le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Togo. Les SAM du

Mali et du Sénégal apparaissent comme intervenant dans les zones les plus variées, avec une préférence pour le milieu rural dans un cas, le milieu urbain dans l'autre.

**Tableau 6 : zones d'intervention des SAM fonctionnels**

Zone d'intervention	Milieu rural exclusif		Milieu urbain exclusif		Zone locale ou régionale		Territoire national	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
<b>Bénin</b>	27	62,8%	4	9,3%	0	0%	12	27,9%
<b>Burkina Faso</b>	29	80,6%	3	8,3%	0	0%	4	11,1%
<b>Cameroun</b>	0	0%	13	59,1%	3	13,6%	6	27,3%
<b>Côte d'Ivoire</b>	0	0%	27	75%	1	2,8%	8	22,2%
<b>Guinée</b>	36	65,5%	17	30,9%	1	1,8%	0	0%
<b>Mali</b>	23	41,1%	12	21,4%	12	21,4%	9	16,1%
<b>Mauritanie</b>	2	66,7%	1	33,3%	0	0%	0	0%
<b>Niger</b>	0	0%	2	16,7%	0	0%	10	83,3%
<b>Sénégal</b>	30	34,5%	35	40,2%	11	12,6%	11	12,6%
<b>Tchad</b>	0	0%	4	57,1%	2	28,6%	1	14,3%
<b>Togo</b>	1	11,1%	7	77,8%	1	11,1%	0	0%
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>40,4%</b>	<b>126</b>	<b>34,4%</b>	<b>31</b>	<b>8,5%</b>	<b>61</b>	<b>16,7%</b>

Si l'on peut interpréter ces résultats en parlant d'une relative spécificité du ciblage du milieu géographique (campagne et ville), on n'observe pas pour autant un ciblage sociologique (tableau 7<sup>4</sup>), dans la mesure où les SAM fonctionnels visent majoritairement la population du territoire où ils interviennent et s'adressent assez systématiquement aux deux sexes.

**Tableau 7 : population cible des SAM fonctionnels**

Population cible	Nombre de SAM (ayant répondu)	Pourcentage
Population d'un territoire	226	61,7 %
Groupe social spécifique	94	25,7 %
Groupe professionnel public	83	22,7 %
Groupe professionnel privé formel	75	20,5 %
Groupe professionnel informel	94	25,7 %
Hommes seulement	3	0,8 %
Femmes seulement	53	14,5 %
Mixte	296	80,9 %

L'activité économique des groupes ciblés est assez variée (tableau 8). Une majorité de SAM fonctionnels concernent des agriculteurs non spécialisés (60%), des travailleurs du secteur informel (57%) et des commerçants (55%). Plus d'un quart d'entre eux sont dédiés à des éleveurs, à des travailleurs salariés et à des agriculteurs de culture de rente.

<sup>4</sup> Voir tableau 7bis en annexe 3 pour le détail par pays

**Tableau 8 : activité économique des cibles des SAM fonctionnels**

Activités du groupe cible ou de la zone d'intervention	Nombre de mutuelles	Pourcentage
Prépondérance salariat	125	34,2 %
Prépondérance emploi non salarié	209	57,1 %
Agriculture monoproduit	94	25,7 %
Agriculture diversifiée	219	59,8 %
Elevage	176	48,1 %
Pêche	63	17,2 %
Commerce	203	55,5 %

b) La situation des SAM en gestation et en projet est un peu différente de celle des SAM fonctionnels (tableau 9) : ils ciblent beaucoup plus nettement le milieu rural (surtout les SAM en gestation) et environ 10% seulement ont une vocation locale, régionale ou nationale (contre 25% pour les SAM fonctionnels).

Le ciblage est encore moins spécifique en termes sociologiques<sup>5</sup> : les SAM visent près de 80% de la population d'un territoire et près de 85% des deux sexes. Toutefois, les SAM en gestation sont 29% à déclarer viser les femmes seulement.

L'activité économique des cibles diffère aussi sur quelques points : prépondérance moindre du salariat et de l'agriculture monoproduit, orientation plus marquée vers l'emploi non salarié, l'agriculture diversifiée et le commerce.<sup>6</sup>

c) Les SAM en difficulté ont ciblé, plus que les autres catégories de SAM, les zones locales et régionales (15%) et les femmes seulement (30%). Les activités économiques de leurs groupes cibles donnent moins de place au salariat et à l'agriculture monoproduit ou diversifiée, plus de place à l'emploi non salarié.

**Tableau 9 : zones d'intervention des SAM en gestation et en projet**

Type de zone d'intervention	SAM en gestation		SAM en projet	
	Nbre	%	Nbre	Nbre
Milieu rural exclusif	103	72,5%	44	57,1%
Milieu urbain exclusif	24	16,9%	25	32,5%
Zone locale ou régionale	8	5,6%	3	3,9%
Territoire national	7	4,9%	5	6,5%
Ensemble	142		77	

### 2-3 Effectifs des populations cibles des SAM

Les effectifs de la cible des SAM fonctionnels sont présentés dans le tableau 10. On note que 51% des cibles sont inférieures à 10 000 personnes. Si l'on admet que, pour obtenir des effectifs d'assurés de 10 000 assurés environ, il faut cibler au départ une population de plus de 30 000 individus, on note alors que 70 % des SAM sont en-dessous de ce chiffre.

<sup>5</sup> Voir tableau 7ter en annexe 2

<sup>6</sup> Voir tableau 8bis en annexe 2

Les SAM en projet et en gestation sont dans une situation comparable.<sup>7</sup> Les SAM en difficulté sont 54% à avoir une cible de moins de 10 000 personnes, 64% une cible de moins de 30 000 personnes et 18% ne connaissent pas la taille de leur cible.

**Tableau 10 : effectifs des cibles des SAM fonctionnels**

Effectif estimé de la cible	Nombre de mutuelles	Pourcentage
Moins de 1 000 personnes	52	14,2%
De 1 000 à 3 000 personnes	43	11,8%
De 3 000 à 5 000 personnes	32	8,7%
De 5 000 à 10 000 personnes	61	16,7%
De 10 000 à 30 000 personnes	74	20,2%
De 30 000 à 50 000 personnes	17	4,6%
De 50 000 à 100 000 personnes	20	5,5%
Plus de 100 000 personnes	31	8,5%
Ne savent pas	36	9,8%

### 3- Historique des SAM et partenariats

#### 3-1 Les acteurs impliqués dans la création des SAM

La plupart des SAM fonctionnels ont été créés en impliquant différentes catégories d'acteurs (tableau 11). Les plus souvent cités sont les communautés, les structures de soins (auxquelles on peut ajouter les médecins et les professionnels de santé), puis l'administration locale, les ONG et les partenaires du développement. Le fait que les communautés soient les plus souvent citées n'est pas surprenant et l'interprétation des chiffres du tableau 11 doit être prudente quant à leur rôle.

Il faut plutôt se demander, au vu du score obtenu (54%), pourquoi elles sont loin d'être systématiquement impliquées dans la création des SAM. Globalement, les pouvoirs publics seraient plus présents au moment de la création (63%<sup>8</sup>), de même que les institutions et professionnels de soins (58%). L'ensemble des acteurs externes (ressortissants étrangers, partenaires du développement, ONG et organisme étranger) est cité quant à lui dans 79% des cas.

<sup>7</sup> Voir tableau 10bis en annexe 3

<sup>8</sup> Si l'on ajoute les personnalités politique et civile, on atteint le score de 71%.



**Tableau 11 : les acteurs de la création des SAM fonctionnels**

Acteurs impliqués dans la création	Nombre de SAM fonctionnels	Pourcentage
Etat central	55	15 %
Administration régionale	40	10,9 %
Administration locale	135	36,9 %
Personnalité politique ou civile	29	7,9 %
Communautés	198	54,1 %
Entreprise	26	7,1 %
Groupe de fonctionnaires	47	12,8 %
Syndicat	46	12,6 %
Structure sanitaire	141	38,5 %
Médecin ou professionnel de santé	70	19,1 %
Communauté de ressortissants étrangers	10	2,7 %
Partenaires du développement	120	32,8 %
ONG	143	39,1 %
Organisme étranger	16	4,4 %

Le tableau 12 confronte SAM fonctionnels, en gestation et en projet, en agréant les catégories d'acteurs. On retrouve la même hiérarchie des catégories d'acteurs, avec des scores différents selon le degré de fonctionnalité. On voit d'une part que le nombre d'acteurs impliqués croît lorsque les SAM passent du stade « projet » au stade « en gestation », pour diminuer un peu lorsqu'ils deviennent fonctionnels ; d'autre part que les acteurs de l'environnement des SAM (acteurs externes, pouvoirs publics, acteurs des soins) sont plus fréquemment impliqués dans la création que les populations concernées elles-mêmes.

**Tableau 12 : comparaison des acteurs de la création des SAM selon le degré de fonctionnalité des SAM**

Type d'acteurs	SAM en projet		SAM en gestation		SAM fonctionnels	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<b>Pouvoirs publics, personnalités politiques et civiles</b>	45	58,5%	130	84,5%	259	70,7%
<b>Communautés</b>	26	33,8%	84	59,2%	198	54,1%
<b>Entreprise, groupe de fonct. syndicat</b>	7	9,1%	21	14,8%	119	32,5%
<b>Institutions et professionnels de soins</b>	42	54,6%	101	71,1%	211	57,6%
<b>Acteurs externes</b>	49	63,7%	129	90,8%	286	79%

### 3-2 La chronologie de la création et du démarrage des SAM fonctionnels

Le tableau 13 montre que les SAM fonctionnels sont des organismes jeunes : 54% ont tenu leur assemblée générale (AG) constitutive depuis 2000 et seulement 12% avant 1996.

L'analyse par pays<sup>9</sup> indique que les 11 pays n'ont pas eu la même histoire.

**Tableau 13 : chronologie des SAM fonctionnels**

Période	% de SAM ayant tenu l'AG constitutive pendant la période	% de SAM ayant collecté les 1ères cotisations pendant la période	% de SAM ayant servi des prestations pendant la période
Avant 1990	4,7%	4,9%	4,4%
1990-1994	4,3%	4,3%	3,5%
1995	3,2%	2,3%	2,3%
1996	4,4%	4,0%	3,2%
1997	7,3%	6,3%	5,5%
1998	8,2%	6,0%	5,5%
1999	14,3%	12,0%	8,7%
2000	16,6%	18,3%	17,4%
2001	15,7%	16,3%	17,2%
2002	15,5%	19,2%	19,5%
2003	5,8%	6,3%	12,8%

Nb : l'année 2003 doit être considérée comme incomplète, car l'inventaire n'a porté que sur les six premiers mois

Six pays avaient au moins un SAM avant 1990 (Burkina, Cameroun, Côte d'Ivoire, Niger, Sénégal et Togo). Au Niger et au Togo, l'organisme existant ne va pas en susciter beaucoup d'autres et, comme on l'a vu, ces pays ne font pas aujourd'hui partie de ceux où l'assurance maladie commence à avoir sa place. Au Cameroun et en Côte d'Ivoire, d'autres SAM ont été créées de 1990 à 2000 et ces pays ont atteint à cette date un effectif proche de celui de 2003. Au Burkina, le mouvement de création a été assez lent jusqu'en 2000. Mais, depuis 2001 l'effectif de SAM a été multiplié par deux. Au Sénégal enfin, la croissance a été plus forte qu'ailleurs et le nombre de SAM a été multiplié par 3 depuis 1999.

Le Bénin et le Mali ont eu leurs premiers SAM à partir de 1995 et ont connu une croissance assez régulière des effectifs d'organismes, avec un rythme de création plus fort dans le second pays. Le mouvement a débuté en Guinée à partir de 1999 et une dizaine d'organismes s'y sont créés par an (sauf en 2001). Enfin, on peut considérer que le Tchad et la Mauritanie n'ont pas encore vraiment démarré de façon significative.

Certains SAM ont collecté des cotisations et servi des prestations avant d'avoir tenu l'AG constitutive. Certains ont même indiqué une date de début des prestations antérieure à la date de collecte des cotisations ! Globalement, l'écart entre l'AG constitutive et la collecte des cotisations est inférieur à 12 mois pour une majorité de SAM, de même que l'écart entre le service des prestations et la collecte des cotisations (tableau 14).

<sup>9</sup> Voir tableau 13bis en annexe 3

**Tableau 14 : écarts entre la tenue de l'AG constitutive, la collecte des cotisations et le service des prestations**

	<b>Ecart entre AG et collecte des 1ères Cotisations</b>	<b>Ecart entre AG et service des 1ères Prestations</b>	<b>Ecart entre service des 1ères Prestations et collecte des 1ères cotisations</b>
Ecart négatif	20 (6%)	9 (2,7%)	3 (0,9%)
Moins de 12 mois	242 (72,5%)	160 (48,5%)	211 (62,2%)
De 12 à 24 mois	54 (16,2%)	114 (34,5%)	101 (29,8%)
De 24 à 36 mois	12 (3,6%)	28 (8,5%)	16 (4,7%)
Plus de 3 ans	6 (1,8%)	17 (5,2%)	8 (2,4%)
SAM ayant répondu	334	330	339
Non réponses	32	36	27

NB : les pourcentages sont relatifs à l'ensemble des SAM ayant répondu

### 3-3 Création et démarrage des SAM en gestation et en projet

Une partie des SAM non fonctionnels déclarent avoir déjà tenu leur AG constitutive (tableau 15) : environ les trois-quarts des SAM « en gestation » et un quart des SAM « en projet ». Cela depuis 1997 pour les premiers et 1999 pour les seconds. La collecte des cotisations a commencé pour 70% des premiers et 17% des seconds. Quelques SAM en gestation (10%) ou en projet (3%) déclarent avoir servi des prestations. On retrouve les mêmes écarts entre moment de la collecte, prestations et tenue de l'AG que pour les SAM fonctionnels.<sup>10</sup>

**Tableau 15 : tenue de l'AG constitutive des SAM en gestation et en projet**

<b>Année de tenue de l'AG constitutive</b>	<b>SAM en gestation</b>		<b>SAM en projet</b>	
	<b>Nbre</b>	<b>%</b>	<b>Nbre</b>	<b>Nbre</b>
<b>1997</b>	2	1,4%		
<b>1998</b>	1	1%		
<b>1999</b>	2	1,4%	3	3,9%
<b>2000</b>	2	1,4%	1	1,3%
<b>2001</b>	14	9,9%	1	1,3%
<b>2002</b>	34	23,9%	3	3,9%
<b>2003</b>	54	38,0%	10	13,0%
<b>Non réponses</b>	34	23,9%	59	76,6%

### 3-4 Appui et relations avec l'extérieur

Les SAM fonctionnels ont reçu un appui initial, en nature ou en argent et un apport technique. Le tableau 16 montre la fréquence de cet appui. Toutefois, il indique aussi qu'il est réduit aujourd'hui, quelle qu'en soit la forme, l'appui technique concernant plus de SAM que l'appui en nature et en argent. Le même résultat est observable pour les SAM en gestation et en projet, mais avec des fréquences souvent plus faibles : par exemple environ 45% des SAM en gestation et 34% des SAM en projet ont reçu un appui initial en nature ou en argent.

<sup>10</sup> Voir tableaux 15bis et 15ter dans l'annexe 3

**Tableau 16 : appui aux SAM fonctionnels et relations avec des organismes étrangers**

Type d'appui	% de SAM ayant reçu un type d'appui
Appui initial financier ou en nature	68%
Appui actuel financier ou en nature	54%
Appui technique extérieur initial	73%
Appui technique extérieur actuel	58%
Relations avec systèmes d'assurance étrangers	9,9%

On note aussi qu'un SAM sur 10 seulement a des relations avec un SAM étranger. Les mutuelles en gestation n'ont déclaré avoir aucune relation avec un SAM étranger et 2 mutuelles en projet sur 77 en ont mentionné.

L'enquête montre qu'un quart des SAM fonctionnels a des relations avec la Concertation (94 SAM, soit 25,7%).

Seulement 81 organismes (22,1%) déclarent connaître la Concertation, 30 (8,2%) accèdent au site Internet et 82 (22,4%) reçoivent le Courrier. En revanche 256 SAM (70%) souhaitent être inscrits.

#### **4- Caractéristiques générales des régimes proposés par les SAM**

##### **4-1 Adhésion**

L'adhésion aux SAM fonctionnels se fait neuf fois sur 10 de façon volontaire (tableau 17). C'est l'adhésion volontaire individuelle qui constitue la modalité d'adhésion la plus fréquente et si l'on considère les trois formes d'adhésion observées, on constate que l'adhésion est individuelle plus d'une fois sur deux. Les résultats obtenus pour les SAM en gestation et en projet ne modifient pas ces constats. L'importance relative de l'adhésion automatique est liée à plusieurs facteurs :

- l'existence d'un lien entre l'affiliation à un régime d'assurance maladie et l'adhésion à un organisme particulier. Dans ce cas, l'automaticité équivaut à l'obligation.
- l'inclusion dans l'enquête d'organismes qui offrent des prestations à la population d'une zone sans qu'une contribution soit demandée a priori comme les caisses de solidarité maliennes. Dans ce cas, on n'est pas vraiment dans un contexte assurantiel.

On peut donc admettre que ces résultats minimisent un peu l'adhésion obligatoire, mais correspondent aussi à une conception extensive des SAM

265 SAM sur 366 (72,4%) déclarent avoir des critères statutaires d'adhésion, qui sont de nature diverses : appartenance à un village, à une entreprise, à un groupe professionnel etc. Le pourcentage obtenu est élevé. On peut estimer que de nombreux SAM, en instaurant de tels critères sur des cibles de petite taille et en les couplant avec le volontariat limitent dès le départ leurs possibilités de développement.

**Tableau 17 : type d'adhésion aux SAM fonctionnels**

Type d'adhésion	Nombre de SAM	Pourcentage
<b>Volontaire</b>	328	<b>89,6 %</b>
Individuelle	162	44,3 %
Familiale	216	59 %
Groupe	68	18,6 %
<b>Automatique</b>	94	<b>25,7 %</b>
Individuelle	35	9,6 %
Familiale	44	12 %
Groupe	36	9,8 %
<b>Obligatoire</b>	7	<b>1,9 %</b>

274 SAM fonctionnels sur 366 (74,9%) font payer un droit d'entrée, individuel ou familial, selon le mode d'adhésion. Plus de la moitié des SAM à adhésion individuelle et plus de 80% des SAM à adhésion familiale demandent moins de 2 000 FCFA (tableau 18)

**Tableau 18 : droit d'adhésion aux SAM fonctionnels**

Montant du droit d'adhésion	% de SAM avec adhésion individuelle	% de SAM avec adhésion familiale
Moins de 1 000 FCFA	27,6%	17,9%
De 1 000 à 2 000 FCFA	38,5%	64,3%
De 2 000 à 5 000 FCFA	20,1%	7,1%
5 000 FCFA et plus	13,8%	10,7%

#### 4-2 Les cotisations des SAM fonctionnels

Les SAM inventoriés ont des systèmes de cotisation assez disparates. Les informations fournies aux enquêteurs n'ont pas permis de calculer pour chacun d'eux des montants qui soient directement comparables, indépendamment de la variabilité de la garantie. La base de calcul des cotisations permet de comprendre cette difficulté (tableau 19). Lorsque la cotisation varie avec la taille de famille, il faut connaître la répartition des familles par taille pour calculer une cotisation moyenne ; lorsque la cotisation est proportionnelle aux ressources du cotisant, il faut des données sur ces ressources. Les SAM n'ont pas fourni ce type d'informations.

**Tableau 19 : base de calcul des cotisations pour les SAM fonctionnels**

Base de calcul des cotisations	Nombre de SAM fonctionnels	Pourcentage
Montant forfaitaire par bénéficiaire	157	43,6%
Montant forfaitaire par famille	60	16,7%
Montant forfaitaire selon la taille de la famille	59	16,4%
Montant proportionnel aux ressources du cotisant	74	20,6%
Montant forfaitaire par groupe de bénéficiaires	10	2,8%

NB : les pourcentages sont relatifs aux SAM fonctionnels ayant répondu à la question (360 sur 366)

On note que le forfait, individuel ou familial, correspond à 60% des SAM. La modulation selon les ressources ou la taille de famille est appliquée dans un peu plus d'un tiers des cas. Cela suggère que la redistribution n'est pas d'application générale pour les SAM. Mais il faut tenir compte aussi de ce que la cotisation forfaitaire est la seule solution pratique pour la

plupart des SAM qui n'ont pas la connaissance du niveau de ressources des personnes et ne peuvent l'utiliser comme référence pour la détermination d'une cotisation qui soit fonction de ces ressources.

Le mode de paiement de la cotisation varie d'un SAM à l'autre et certains proposent d'ailleurs plusieurs possibilités. Le paiement mensuel et la paiement annuel sont les plus fréquents (tableau 20). Le second correspond souvent aux SAM ciblant des populations vivant d'une culture de rente.

**Tableau 20 : mode de paiement de la cotisation pour les SAM fonctionnels**

Mode de paiement	Nombre de SAM fonctionnels	Pourcentage
Journalier	2	0,5 %
Hebdomadaire	7	1,9 %
Mensuel	227	62 %
Trimestriel	24	6,5 %
Semestriel	11	3 %
Annuel	168	45,9 %
Autre modalité	12	3,3 %

Le recouvrement des cotisations se fait presque toujours par paiement direct des adhérents (315 SAM, soit 86%). Le prélèvement à la source est pratiqué dans 14% des SAM fonctionnels et 3,6% des cotisations sont payées par un tiers.

Compte tenu de ces facteurs de variabilité, on s'est contenté de faire la statistique des montants mensuels des cotisations individuelles et des montants annuels des cotisations familiales, lorsque l'une ou l'autre de ces modalités était appliquée et lorsque l'information a été fournie. Dans le premier cas, 219 SAM fonctionnels ont répondu et dans le second 85, soit en tout 83% de l'ensemble des SAM fonctionnels inventoriés (tableaux 21 et 22).

On constate que deux tiers des SAM qui ont une cotisation individuelle mensuelle demandent moins de 300 FCFA ; que plus de 60% des SAM qui ont une cotisation familiale annuelle demandent moins de 6 000 FCFA ( soit un effort mensuel inférieur à 500 FCFA). Ces chiffres indiquent clairement que les SAM sont, en majorité, adaptés à des populations à faibles ressources.

**Tableau 21 : répartition des SAM fonctionnels selon le montant de la cotisation individuelle mensuelle**

Montant de la cotisation individuelle mensuelle	Nombre de SAM fonctionnels	Pourcentage
< 100 FCFA	39	17,8%
100-299	108	49,3%
300- 499	15	6,8%
500-999	14	6,4%
1000-2999	27	12,3%
3000-4999	7	3,2%
>5000 FCFA	9	4,1%

**Tableau 22 : répartition des SAM fonctionnels selon le montant de la cotisation familiale annuelle**

Montant de la cotisation familiale annuelle	Nombre de SAM fonctionnels	Pourcentage
< 6000 FCFA	52	61,2%
6000-11999	14	16,5%
12000- 29999	9	10,6%
30000-49999	2	2,3%
> 50000 FCFA	8	9,4%

Les deux-tiers des SAM imposent aux adhérents une période de stage avant de donner accès aux prestations. Pour la moitié d'entre eux, le stage dure trois mois (tableau 23)

**Tableau 23 : période de stage des SAM fonctionnels**

Durée de stage	Nombre de SAM	Pourcentage
Pas de stage	119	34,4%
Moins de 3 mois	39	11,4%
3 mois	115	33,2%
Plus de 3 mois	73	21,1%

#### **4-3 Les garanties offertes par les SAM fonctionnels**

Chaque SAM a sa propre garantie et il est difficile de comparer dans le détail les prestations proposées par les 366 SAM fonctionnels. Un certain nombre de traits caractérisent néanmoins l'ensemble.

a) On note d'abord que les SAM offrent majoritairement une garantie au premier franc : 215 sur 366, soit 59%. Une garantie complémentaire est offerte par 67 SAM (18,3%) et une garantie mixte (au premier franc pour certaines prestations, complémentaire pour d'autres) par 77 (21,0%).

b) Majoritairement, les SAM ne donnent pas le choix entre plusieurs garanties : 233 (69,5%) ont une seule garantie. Les 102 SAM (30,5%) qui proposent différentes options différencient l'accès au secteur public et au secteur privé.

c) On peut penser aussi que les SAM donne une place relativement modeste à la prévention, si l'on considère que 37% seulement incluent des prestations non individualisées.

d) Les garanties des SAM laissent dans moins d'un quart des cas seulement (82 SAM, 22,4%) le libre choix du prestataire de soins. La disposition générale est l'accès limité aux prestataires conventionnés (275 SAM, 75,1%).

e) Pour donner une idée du panier de soins constituant la garantie, on a classé les prestations par fréquence décroissante (tableau 24). On constate que le médicament générique, les soins de premier niveau, les accouchements simples, les césariennes et la petite hospitalisation, sont présents dans le panier de soins de plus de la moitié des SAM fonctionnels. Les soins plus spécialisés, l'hospitalisation, la chirurgie et le transport en ambulance figurent dans 30 à 50% des paniers. Ce résultat reflète la préférence généralement donnée par les populations au médicament d'abord, aux soins les plus fréquents (y compris ceux liés à la grossesse) ensuite et corrélativement la moindre demande de prise en charge de soins hospitaliers et spécialisés.

**Tableau 24 : classement des prestations selon leur fréquence dans les garanties des SAM fonctionnels**

<b>Prestation</b>	<b>Nombre de SAM</b>	<b>Pourcentage</b>
Médicaments génériques	285	77,9%
Accouchement simple de 1 <sup>er</sup> niveau	212	57,9%
Césarienne	201	54,9%
Soins ambulatoires de 1 <sup>er</sup> niveau	197	53,8%
Petite hospitalisation	185	50,5%
Consultations prénatales de 1 <sup>er</sup> niveau	176	48,1%
Accouchement avec complications	166	45,4%
Hospitalisation médicale	162	44,3%
Chirurgie	159	43,4%
Autres consultations préventives	151	41,3%
Soins ambulatoires de 2 <sup>ème</sup> niveau	143	39,1%
Transport en ambulance	136	37,2%
Consultations prénatales de 2 <sup>ème</sup> niveau	119	32,5%
Echographie	119	32,5%
Spécialités médicamenteuses	111	30,3%
Prise en charge de maladies chroniques 2 <sup>ème</sup> niveau	92	25,1%
Gynécologie	85	23,2%
Prise en charge de maladies chroniques 1 <sup>er</sup> niveau	82	22,4%
Soins dentaires	76	20,8%
Ophtalmologie	73	19,9%
Autre	71	19,4%
Examens de laboratoire	60	43,7%
Transport avec moyens locaux	57	15,8%
Lunettes	39	10,7%
Prothèse dentaire	38	10,4%
Examens radiologiques	19	5,2%

f) La prise en charge des dépenses de soins par les SAM est le plus souvent partielle : 278 SAM fonctionnels (76%) ont imposé un co-paiement, mais 84 (24%) couvrent l'intégralité du coût des actes inclus dans la garantie. Le co-paiement est défini le plus souvent par un ticket modérateur. Mais, pour certaines prestations, il existe quelques plafonds de prise en charge et plus rarement des franchises (tableau 25). Le tableau indique la répartition des SAM qui imposent un ticket modérateur selon la valeur de celui-ci. On constate que les tickets sont situés le plus fréquemment entre 30 à 39% ou à plus de 50%. Globalement, on peut dire que les adhérents ont, dans une majorité de SAM, plus de 30% de la dépense à leur charge.



**Tableau 25 : nature du co-paiement selon les prestations pour les SAM fonctionnels**

Prestation	Franchise	Plafond	Ticket modérateur					
			Nb de SAM	Nb de SAM	Nb de SAM	10 à 19 %	20 à 29%	30à 39%
Soins ambulatoires de 1 <sup>er</sup> niveau	4	23	118	2,5%	10,2%	33,2%	22%	32,2%
Consultations prénatales de 1 <sup>er</sup> niveau	2	21	109	2,8%	12,8%	33,9%	23%	27,5%
Autres consultations préventives	3	19	85	4,7%	11,8%	27,1%	27,1%	29,4%
Petite hospitalisation	3	22	95	2,1%	13,7%	41,1%	11,6	31,6%
Accouchement simple de 1 <sup>er</sup> niveau	2	21	113	3,5%	11,5%	34,5	21,3%	29,2%
Prise en charge de maladies chroniques 1 <sup>er</sup> niveau	2	6	29	6,9%	24,1%	31%	13,8%	24,1%
Soins ambulatoires de 2 <sup>ème</sup> niveau	0	17	75	4%	13,3%	32%	18,2%	33,3%
Consultations prénatales de 2 <sup>ème</sup> niveau	0	18	75	4%	12%	33,3%	18,6%	32%
Hospitalisation médicale	1	28	69	1,4%	17,4%	42%	5,8%	33,3%
Chirurgie	3	20	72	5,6%	15,3%	40,3%	12,5%	26,4%
Accouchement avec complications	1	23	72	4,2%	13,9%	30,5%	20,8%	30,6%
Césarienne	3	25	77	5,2%	16,9%	42,9%	15,6%	19,5%
Prise en charge de maladies chroniques 2 <sup>ème</sup> niveau	1	7	32	6,3%	28,1%	25%	6,3%	34,4%
Médicaments génériques	3	23	161	1,2%	20,4%	35,4%	21,1%	21,7%
Spécialités médicamenteuses	2	18	67	4,5%	22,4%	29,9%	14,9%	28,4%
Ophthalmologie	1	17	48	2,1%	10,4%	35,5%	22,9%	29,2%
Lunettes	1	14	21	4,8%	14,3%	51,4%	10,5%	19%
Soins dentaires	2	15	56	1,8%	12,5%	35,7%	25%	25%
Prothèse dentaire	1	9	20	5%	10%	55%	10%	20%
Gynécologie	0	15	60	3,3%	15%	31,7%	20%	30%
Autre	1	6	15	6,7%	26,7%	20%	13,3%	33,3%
Examens de laboratoire	2	16	92	2,2%	12%	34,8%	17,4%	33,7%
Examens radiologiques	1	16	81	2,5%	13,6%	33,6%	17%	33,3%
Echographie	1	16	69	2,9%	11,6%	39,1%	18,8%	27,5%
Transport en ambulance	0	9	44	4,6%	11,4%	28,5%	35%	20,5%
Transport avec moyens locaux	2	0	6			16,7%	83,3%	

g) Les garanties offertes par les SAM fonctionnels prévoient dans une majorité de cas un système de tiers-payant (tableau 26). Près de 7 SAM sur 10 paient à la place du patient bénéficiaire ; quelques-uns combinent tiers-payant et remboursement, selon les prestations. En-dehors du paiement du ticket modérateur, le débours n'est imposé systématiquement au patient que par moins de 2 SAM sur 10.

**Tableau 26 : tiers-payant et remboursement dans les SAM fonctionnels**

	Nombre de mutuelles	Pourcentage
Tiers-payant	220	69,2%
Remboursement	59	18,6%
Tiers-payant et remboursement	39	12,3%
Non réponse	48	13,1%

h) Dans plus de la moitié des SAM fonctionnels, il y a eu une évolution de la garantie depuis la création (tableau 27). Dans près de la moitié des cas, ce serait une amélioration.

**Tableau 27 : évolution de la garantie des SAM fonctionnels depuis la création**

	Nombre de mutuelles	Pourcentage
Évolution de la garantie	197	53,8 %
Dont : amélioration	82	22,4 %
réduction	8	2,2 %
non réponse	107	29,2 %
Pas d'évolution	155	42,3 %
Non réponse	14	3,8 %

#### 4-4 La prise en charge sans contribution

Les SAM fonctionnels prennent parfois en charge des personnes qui ne sont ni cotisantes, ni ayants-droit. C'est le cas pour 67 d'entre eux (18,4%). On a ici une mesure de la solidarité externe des SAM, puisque les personnes qui bénéficient de la prise en charge sans contribution sont des personnes désignées comme pauvres ou indigentes.

#### 5- Les effectifs des SAM fonctionnels

L'inventaire a cherché à mieux connaître les effectifs d'adhérents et de bénéficiaires des SAM et l'évolution des ces ensembles. De nombreux SAM n'ont pas répondu aux questions correspondantes et les réponses fournies n'ont pas été assez précises pour qu'on considère les chiffres qui vont suivre comme totalement fiables<sup>11</sup>. En outre, certains SAM ont donné des effectifs de familles adhérentes et d'autres (la majorité) des effectifs de personnes. Sachant qu'on ne connaissait pas les tailles de famille, on a décidé, pour présenter des données homogènes, de traiter les effectifs de familles de deux façons. D'une part on a considéré qu'une famille équivalait à une personne et on a additionné les effectifs de personnes et de familles. On a ainsi obtenu une borne inférieure pour les effectifs de personnes. D'autre part, on a considéré que la taille moyenne d'une famille bénéficiaire était de 5 personnes, ce qui est une valeur plausible de la taille des familles couvertes par des SAM, et on a utilisé ce coefficient pour calculer les effectifs. On obtient ainsi une borne supérieure du nombre de bénéficiaires.

En dépit de ces imperfections des données de base, les chiffres obtenus fournissent des ordres de grandeur vraisemblables des effectifs recherchés et ils font accéder à une représentation globale de la population couverte. Toutefois, pour apprécier les tableaux qui suivent, il faut garder en mémoire que l'inventaire a porté sur un ensemble d'organismes plus large que ceux qui sont habituellement classés comme mutuelles de santé et comprenant des systèmes de financement non assurantiels au sens strict.

Il est intéressant de distinguer les adhérents aux SAM, qui ont payé un droit d'entrée et qui sont censés payer ensuite une cotisation au moment de la collecte, des bénéficiaires qui incluent les ayants-droit. Les effectifs de ces deux catégories de personnes devaient être

<sup>11</sup> Les réponses fournies par les SAM en gestation et en projet aux questions portant sur les effectifs sont encore moins fiables que celles qu'ont données les SAM fonctionnels. On n'en tiendra pas compte dans cette partie. On trouvera en annexe 3 les tableaux correspondant aux effectifs des SAM en gestation et en projet (tableaux 28ter et 29bis)

fournis à deux dates par les SAM enquêtés : à la création du SAM et aujourd'hui. En outre le questionnaire a cherché à connaître à combien de bénéficiaires correspondaient les adhérents à jour de leur cotisation au moment de l'enquête. On comparera les divers effectifs à la création et aujourd'hui pour l'ensemble des SAM ayant répondu, sachant que le moment de la création correspond à des années différentes pour l'ensemble des SAM.

### 5-1 Les adhérents

Les deux tiers des SAM fonctionnels (66,1%) ont répondu à la question relative au nombre de personnes ayant payé leur droit d'adhésion à la création. Au départ, ce sont 82 376 personnes qui ont constitué la base de ces organismes, ce qui correspond à un effectif moyen de 340 personnes. Sur la base de cette information, on voit que 95,5% des SAM fonctionnels avaient, à leur création, moins de 1 000 adhérents et 4,5% 1000 ou plus (tableau 28).

**Tableau 28 : répartition des SAM fonctionnels selon le nombre d'adhérents à la création et aujourd'hui**

	A la création des SAM		Aujourd'hui	
	Nombre de SAM fonctionnels	Pourcentage	Nombre de SAM fonctionnels	Pourcentage
<b>Moins de 1 000 adhérents</b>	231	95,5%	263	90,7%
<b>De 1 000 à 2 000 adhérents</b>	9	3,7%	15	5,2%
<b>De 2 000 à 5 000 adhérents</b>	0	0%	8	2,8%
<b>De 5 000 à 10 000 adhérents</b>	0	0%	1	0,3%
<b>Plus de 10 000 adhérents</b>	2	0,8%	3	1,0%
<b>Non réponse</b>	124		76	

NB : les pourcentages sont calculés sur les SAM ayant répondu

Aujourd'hui les SAM fonctionnels qui ont répondu (79,2%) ont 202 485 adhérents, ce qui correspond à un effectif moyen de 698 personnes, soit environ deux fois le chiffre de la création. La répartition donnée dans le tableau 28 indique la progression des effectifs des SAM.

Cela étant, la quasi totalité des organismes (9 sur 10) compte un nombre d'adhérents inférieur au millier.

### 5-2 Les bénéficiaires

Les effectifs de bénéficiaires des SAM fonctionnels sont présentés dans le tableau 29. On notera que les SAM ayant répondu aux 3 questions correspondant aux effectifs de bénéficiaires sont respectivement 221 (60,4%), 321 (87,7%) et 291(79,5%).

**Tableau 29 : effectifs des bénéficiaires des SAM fonctionnels**

	Effectifs à la création (bornes inférieure et supérieure)		Effectifs aujourd'hui (bornes inférieure et supérieure)		Effectifs à jour (bornes inférieure et supérieure)	
<b>Nombre total</b>	629 916	645 236	1 519 994	1 525 362	688 784	704 568
<b>Taille moyenne d'un SAM fonctionnel</b>	2850	2920	4706	4722	2367	2421
<b>Médiane</b>	290	294	632	678	253	271

On note une progression importante des effectifs et de la taille moyenne des SAM entre le moment de la création et aujourd'hui, puisque le nombre de bénéficiaires est multiplié par 2,4 environ et la taille moyenne par 2,2. Toutefois, si l'on considère les effectifs des bénéficiaires à jour de leurs cotisations, la progression apparaît assez modeste : gain de 10% pour les effectifs et réduction de la taille moyenne des SAM.

Si l'on veut une estimation d'ensemble pour les 366 SAM inventoriés, on peut multiplier le nombre de SAM fonctionnels par la taille moyenne d'un SAM. On obtient ainsi un nombre de bénéficiaires compris entre :

- 1 043 100 et 1 062 720 à la création
- 1 722 396 et 1 728 252 aujourd'hui
- 866 322 et 886 086 aujourd'hui et à jour des cotisations.

Le tableau 30 donne la répartition des SAM selon le nombre de bénéficiaires. On retrouve :

- l'importance des petits organismes de moins de 1000 personnes (79%) à la création
- l'évolution favorable de la taille des SAM mesurée à partir du nombre de bénéficiaires déclaré (72% de SAM de moins de 1 000 personnes)
- l'évolution plus modeste de la taille mesurée au nombre de bénéficiaires à jour de leurs cotisations (76% de SAM de moins de 1 000 personnes).

**Tableau 30 : répartition des SAM fonctionnels selon le nombre de bénéficiaires à la création et aujourd'hui**

Taille des SAM	% de SAM selon les effectifs de bénéficiaires à la création (bornes inférieure et supérieure)		% de SAM selon les effectifs de bénéficiaires aujourd'hui (bornes inférieure et supérieure)		% de SAM selon les effectifs de bénéficiaires à jour (bornes inférieure et supérieure)	
<b>0-200</b>	37,4%	36,9%	20,6%	20,3%	46,0%	45,3%
<b>200-500</b>	22,5%	23,0%	23,0%	22,7%	19,7%	18,7%
<b>500-1 000</b>	18,9%	18,5%	19,0%	18,7%	11,7%	12%
<b>1 000-2 000</b>	8,6%	8,6%	19,0%	19,6%	12,3%	13,7%
<b>2 000-5 000</b>	6,8%	6,8%	9,2%	9,5%	5,0%	4,7%
<b>5000-10000</b>	0,9%	0,9%	2,5%	2,5%	1,3%	1,3%
<b>10 000-30 000</b>	1,8%	2,3%	3,7%	3,7%	2,0%	2,3%
<b>Plus de 30 000</b>	3,2%	3,2%	3,1%	3,1%	2,0%	2,0%

Pour mieux cerner l'évolution des effectifs de bénéficiaires par organisme, on a calculé, SAM par SAM lorsque c'était possible, l'écart entre le chiffre correspondant à la création et le chiffre d'aujourd'hui. Le tableau 31 correspond aux données de 196 SAM fonctionnels (53,5% de l'ensemble).

On note, à partir des bénéficiaires déclarés, que 8,4% des SAM ont connu une diminution des effectifs et 61,4% une augmentation de moins de 500 personnes. Les chiffres pour les bénéficiaires à jour de leurs cotisations sont moins favorables : 50,3% de diminutions des effectifs et 36,8% d'augmentations de moins de 500 personnes.

On peut en déduire que c'est plus l'augmentation du nombre de SAM que les effectifs des SAM existants qui est à l'origine de la progression des effectifs de bénéficiaires constatée globalement.

**Tableau 31 : évolution des effectifs des SAM fonctionnels depuis leur création**

Écart entre effectifs actuels et à la création	% SAM selon l'écart relatif aux effectifs de bénéficiaires	% SAM selon l'écart relatif aux effectifs de bénéficiaires à jour
Diminution de plus de 1000	1,9 %	7,8 %
Diminution de moins de 1000	6,5 %	42,5 %
Augmentation inférieure à 200	43,3 %	25,9 %
Augmentation comprise entre 200 et 500	18,1 %	10,9 %
Augmentation comprise entre 500 et 1 000	11,2 %	5,2 %
Augmentation comprise entre 1 000 et 2 000	9,8 %	3,1 %
Augmentation supérieure à 2 000	9,3 %	4,7 %

Enfin, pour préciser la croissance des effectifs, on a rapporté les chiffres de bénéficiaires à l'année de création du SAM, appréciée à partir de la date de l'AG constitutive<sup>12</sup>. Le tableau 32 montre ainsi la progression par génération de SAM. Toutefois, il faut rappeler que les chiffres à la création et aujourd'hui ne correspondent pas aux mêmes ensembles de SAM du fait des non réponses. Les remarques qui suivent doivent donc être considérées avec prudence.

Les SAM créés avant 1991 affichent une belle progression qu'on ne retrouve pas pour ceux créés pendant la période 1991-94. Les SAM des années 1996, 1998, 2001 et 2003 apportent aujourd'hui des effectifs intéressants, alors que ceux des années 1997, 2000 et 2002 sont moins féconds. Les SAM de l'année 1999 semblent avoir régressé. A nouveau, les effectifs de bénéficiaires à jour de leurs cotisations donnent une image plus modeste du développement.

<sup>12</sup> On obtient des résultats analogues en prenant l'année de début de collecte des cotisations et l'année de début des prestations.

**Tableau 32 : évolution des effectifs selon l'année de création des SAM fonctionnels**

ANNEE de l'AG DE CREATION DU SAM	Effectifs à la création	Effectifs aujourd'hui	Effectifs à jour
Avant 1991	2 247	571 758	212 629
1991-1994	10 836	27 100	18 582
1995	5 019	78 075	2 818
1996	29 615	100 151	29 904
1997	13 648	23 389	6 639
1998	87 718	103 553	16 473
1999	165 974	90 561	158 845
2000	33 072	70 484	29 331
2001	86 581	163 316	116 803
2002	23 345	60 847	64 126
2003	144 302	182 016	39 032
Date non précisée	43 059	54 112	9 386

**5-3 Les différences entre pays pour les effectifs de bénéficiaires des SAM fonctionnels**

Le principal résultat relatif à la répartition des SAM selon le nombre d'adhérents et de bénéficiaires, à savoir l'importance des petits organismes de moins de 1 000 personnes, se retrouve pour tous les pays, avec plus ou moins de signification, selon les effectifs de SAM et le nombre de non réponses<sup>13</sup>. C'est au Mali et au Niger que l'on trouve les SAM les plus importants à la création (plus de 30 000 bénéficiaires), le Sénégal, la Côte d'Ivoire et la Guinée rejoignant ces deux pays aujourd'hui<sup>14</sup>. Ces résultats s'expliquent par la nature de certains SAM figurant dans l'inventaire et on ne peut en tirer une interprétation particulière. De même les effectifs par pays figurant dans le tableau 33 aboutissent à un classement des pays qui doit être pris avec prudence. La Côte d'Ivoire, le Mali et le Sénégal apparaissent comme les trois pays où les effectifs des SAM sont les plus nombreux.

**Tableau 33 : effectifs de bénéficiaires des SAM fonctionnels par pays**

	Effectifs de bénéficiaires à la création (bornes inférieure et supérieure)		Effectifs de bénéficiaires actuels (bornes inférieure et supérieure)		Effectifs de bénéficiaires à jour (bornes inférieure et supérieure)	
<b>Bénin</b>	19 580	19 868	40 361	41 361	27 105	30 533
<b>Burkina Faso</b>	6 162	6 162	12 142	12 142	6 163	6 163
<b>Cameroun</b>	1 497	1 497	5 162	5 962	7 323	8 123
<b>Côte d'Ivoire</b>	106 476	106 476	524 545	524 545	235 184	235 184
<b>Guinée</b>	52 815	67 847	93 290	96 658	21 888	23 844
<b>Mali</b>	334 154	334 154	471 060	473 060	198 006	198 006
<b>Mauritanie</b>	9 470	9 470	13 055	13 055	7 635	7 635
<b>Niger</b>	40 684	40 684	49 217	49 217	48 717	48 717
<b>Sénégal</b>	57 225	57 225	287 276	287 276	119 308	119 308
<b>Tchad</b>	1 209	1 209	1 775	1 775	930	930
<b>Togo</b>	644	644	20 000	20 000	16 325	16 325

Pour éliminer l'effet des non réponses, on peut estimer la taille moyenne d'un SAM par pays et multiplier par le nombre de SAM du pays. On a ainsi une estimation du nombre de bénéficiaires par pays (tableau 34). Le total correspond aux estimations données plus haut.

<sup>13</sup> Voir annexe 3, tableau 28bis pour les non réponses par pays

<sup>14</sup> Voir l'annexe 3, tableaux 30bis, ter et quarto

**Tableau 34 : estimation du nombre de bénéficiaires des SAM fonctionnels par pays**

	Nombre de bénéficiaires à la création		Nombre de bénéficiaires aujourd'hui		Nombre de bénéficiaires à jour	
<b>Bénin</b>	32 379	32 852	42613	43 387	29 154	32 809
<b>Burkina Faso</b>	13 032	13 032	14 580	14 580	8 208	8 208
<b>Cameroun</b>	4 114	4 114	8 734	10 098	8 470	9 416
<b>Côte d'Ivoire</b>	273 780	273 780	858 348	858 348	368 100	368 100
<b>Guinée</b>	85 415	109 780	93 280	96 635	35 420	38 555
<b>Mali</b>	398 160	398 160	497 728	499 856	205 352	205 352
<b>Mauritanie</b>	9 471	9 471	13 056	13 056	7 635	7 635
<b>Niger</b>	122 052	122 052	84 372	84 372	97 440	97 440
<b>Sénégal</b>	84 390	84 390	294 060	294 060	131 370	131 370
<b>Tchad</b>	2 114	2 114	2 072	2 072	1085	1085
<b>Togo</b>	1 161	1 161	22 500	22 500	24 489	24 489

## 6- Les relations avec l'offre de soins

### 6-1 Les prestataires travaillant avec les SAM

Les 366 SAM fonctionnels utilisent les services de 1159 prestataires publics de soins, de 55 prestataires privés à but non lucratif et de 99 prestataires privés à but lucratif. Ce premier résultat illustre l'importance des relations entre les SAM et le secteur public des soins. Cela dit, 42% des SAM déclarent n'avoir aucune relation avec le secteur public, 89% n'en ayant aucune avec le secteur privé à but lucratif ou non (tableau 35). Ces chiffres peuvent être la conséquence d'une incompréhension de la question ou d'une interprétation stricte. Il s'agirait alors d'absence de relation formalisée.

**Tableau 35 : les relations des SAM fonctionnels avec les prestataires de soins**

Nombre de structures	SAM travaillant avec des structures publiques		SAM travaillant avec des structures privées non lucratives		SAM travaillant avec des structures privées lucratives	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<b>0 ou non réponse</b>	154	42,1%	325	88,8%	325	88,8%
<b>1</b>	92	25,1%	34	9,2%	26	7,1%
<b>2</b>	51	13,9%	3	0,8%	7	1,9%
<b>3</b>	22	6,0%	2	0,6%	6	1,6%
<b>4</b>	9	2,5%	1	0,3%	1	0,3%
<b>5 et plus</b>	38	10,4%	1	0,3%	1	0,3%
<b>Ensemble</b>	366	100%	366	100%	366	100%

Il est instructif de rappeler ici qu'un certain nombre de SAM fonctionnels ont accès à une offre de soins « maison » : 12% font partie d'une organisation plus large désignée comme « structure sanitaire » et 14% ont une autre activité que l'assurance maladie qui consiste en une offre de soins.

Il était demandé aux SAM enquêtés d'indiquer en clair la nature des catégories de structures de soins (7 au maximum) avec lesquelles ils travaillaient. Le tableau 36 donne les réponses obtenues en regroupant les types de formations dans des catégories homogènes.

La catégorie « Centre de Santé de premier niveau, public ou communautaire » est citée majoritairement en première et deuxième position. La catégorie « Case ou poste de santé » vient en second en première position. « L'hôpital » apparaît en deuxième et troisième position. Les autres catégories sont moins citées, y compris les centres de santé de référence qui apparaissent un peu en première ou deuxième position. Les chiffres du tableau 36 sont cohérents avec ce qui a été dit de la nature de la garantie offerte par les SAM.

**Tableau 36 : nature des structure de soins travaillant avec les SAM fonctionnels**

	Nombre de SAM indiquant le type de structure en première position	Nombre de SAM indiquant le type de structure en deuxième position	Nombre de SAM indiquant le type de structure en troisième position	Nombre de SAM indiquant le type de structure en quatrième position	Nombre de SAM indiquant le type de structure en cinquième position	Nombre de SAM indiquant le type de structure en sixième position	Nombre de SAM indiquant le type de structure en septième position
Non réponse	37	176	269	322	338	354	364
Case ou poste de santé	67	10	2	-	1	-	-
Cabinet médical privé	-	-	1	4	-	3	-
Centre de Santé de premier niveau public ou communautaire	159	72	19	13	6	1	-
Centre de Santé de référence	17	16	3	1	1	-	-
Cliniques privées	1	8	8	7	6	3	-
Hôpital sans précision	6	65	44	7	1	-	-
Hôpital régional, CHR	3	8	8	2	-	-	-
Hôpital national, CHU	-	2	7	7	2	-	-
Pharmacie, magasin d'optiques et laboratoire	2	5	3	2	12	5	7

## 6-2 Les conventions passées avec les prestataires

Les relations entre SAM et prestataires de soins ne donnent lieu à des conventions écrites que pour 233 SAM (63,7%). Il s'agirait de conventions orales pour 65 SAM (17,8%) et il n'y a pas de conventions pour les 58 autres (15,9%). Les conventions portent sur un certain nombre d'éléments indiqués dans le tableau 37, sur la tarification (tableau 38) et le mode de facturation (tableau 39).

Il n'est pas possible de préciser ce que recouvre « la qualité des services » négociée par les SAM, qui est l'item le plus fréquemment retenu. L'importance accordée au médicament



ressort aussi du tableau, la réduction des coûts n'apparaissant pas comme négociée systématiquement.

**Tableau 37 : éléments négociés par les SAM fonctionnels avec les prestataires de soins**

	Nombre de SAM	Pourcentage
Qualité des services	250	68,3%
Médicaments génériques	244	66,7%
Rapidité de prise en charge urgences	184	50,3%
Réduction des coûts	148	40,4%
Hygiène	124	33,9%
Réduction temps d'attente	104	28,4%

La tarification des services de soins est assez peu innovante, le paiement à l'acte restant largement dominant. Quelques forfaits sont négociés, mais par moins d'un SAM sur six (tableau 38).

**Tableau 38 : mode de tarification des services de soins aux SAM fonctionnels**

	Nombre de SAM	Pourcentage
Capitation	7	1,9%
Forfait	50	13,7%
A l'acte	309	84,4%

Les modalités de facturation découlent du mode de tarification : paiement à l'acte et prix de journée. Les conventions passées avec le secteur privé semblent encore moins innovantes que celles passées avec le secteur public (tableau 39).

**Tableau 39 : facturation des services de soins aux SAM fonctionnels**

	Nombre de SAM	Pourcentage
Forfait annuel (secteur public)	12	3,3%
Forfait annuel (secteur privé non lucratif)	1	0,3%
Forfait annuel (secteur privé lucratif)	0	0%
Episode (secteur public)	44	12%
Episode (secteur privé non lucratif)	8	2,2%
Episode (secteur privé lucratif)	9	2,5%
A l'acte (secteur public)	158	43,2%
A l'acte (secteur privé non lucratif)	52	14,2%
A l'acte (secteur privé lucratif)	38	10,4%
Par journée (secteur public)	29	7,9%
Par journée (secteur privé non lucratif)	5	1,4%
Par journée (secteur privé lucratif)	11	3%
Forfait hospitalisation (secteur public)	40	10,9%
Forfait hospitalisation (secteur privé non lucratif)	7	1,9%
Forfait hospitalisation (secteur privé lucratif)	9	2,5%

## 7- La gestion des SAM

Plusieurs questions étaient susceptibles de renseigner sur la gestion des SAM. D'un point de vue qualitatif, la liste des documents et outils de gestion disponibles donne une idée de la technicité de la gestion. D'un point de vue quantitatif, les montants des prestations et des cotisations, des frais de gestion et des réserves peuvent indiquer le poids économique des SAM.

### 7-1 Outils de gestion

La grande majorité des SAM fonctionnels (297, soit 80,2%) ont un compte bancaire, mais la liste des documents et outils de gestion disponibles dans les SAM fonctionnels (tableau 40) indique le chemin à parcourir pour que ces organismes soient dotés de véritables moyens de suivi de leur fonctionnement courant et d'une capacité minimum de gestion du risque. On peut s'inquiéter des chiffres relatifs à la période actuelle, qui suggèrent une dégradation des systèmes de gestion des SAM par rapport au premier exercice. Mais il est possible que les questions sur la situation d'aujourd'hui aient été mal comprises.

**Tableau 40 : documents et outils de gestion disponibles dans les SAM fonctionnels**

	Premier exercice		Aujourd'hui	
	Nombre de SAM fonctionnels	Pourcentage	Nombre de SAM fonctionnels	Pourcentage
Registre adhérents	304	83,1%	89	24,3%
Cartes d'adhérents	262	71,6%	91	24,9%
Registre de paiement des cotisations	292	79,8%	88	24%
Registre de suivi des prestations	231	63,1%	94	25,7%
Documents comptables	238	65%	95	25,9%
Système comptable	143	39,1%	74	20,2%
Budget prévisionnel	144	39,3%	74	20,2%
Plan de trésorerie	110	30%	63	17,2%
Compte de résultat	120	32,8%	67	18,3%
Bilan	138	37,7%	84	22,9%

On ajoutera que 7 SAM seulement sont informatisés (6 au Sénégal, 1 en Côte d'Ivoire). Toutefois un certain nombre de SAM, adhérents d'un réseau ou d'une fédération, intégrés dans un projet ou dans une organisation plus large peuvent avoir accès indirectement à l'outil informatique.

### 7-2 Cotisations perçues, prestations versées

La qualité des informations fournies par l'enquête sur les flux financiers qui ont traversé les SAM au cours du dernier exercice est sujette à discussion. De nombreux SAM n'ont pas fourni de réponses aux questions relatives aux flux financiers et il existe des incohérences au niveau des réponses faites aux questions liées, comme on le verra en calculant certains ratios.

Le montant des cotisations perçues par les SAM est assez modeste dans l'ensemble, puisque la moitié des SAM fonctionnels perçoivent moins de 500 000 FCFA par an (tableau 41).

**Tableau 41 : montant des cotisations perçues par les SAM fonctionnels lors du dernier exercice**

En FCFA	Nombre de SAM	Pourcentage
Moins de 250 000	87	28,4 %
De 250 000 à 499 999	64	20,9 %
De 500 000 à 749 999	34	11,1 %
750 000 et plus	121	39,5 %
Ensemble	306	100 %
Non réponses	60	-

Le montant des prestations versées est logiquement en rapport avec les montants des cotisations (tableau 52).

**Tableau 52 : montant des prestations versées par les SAM fonctionnels lors du dernier exercice**

En FCFA	Nombre de SAM	Pourcentage
Moins de 150 000	104	38,8 %
De 150 000 à 299 999	31	11,6 %
De 300 000 à 449 999	23	8,6 %
450 000 et plus	110	41 %
Ensemble	268	100 %
Non réponses	98	-

Les chiffres relatifs aux cotisations perçues et aux prestations versées, aussi imparfaits soient-ils, permettent de donner une estimation du coût de l'assurance maladie des SAM d'une part, de la contribution au financement du secteur des soins d'autre part.

En utilisant le montant moyen des cotisations perçues par un SAM et le montant moyen des prestations versées, on peut évaluer à 2 316 808 182 FCFA et à 904 614 750 FCFA les montants correspondants pour les 366 SAM inventoriés. Le nombre de bénéficiaires en 2003 a été estimé pour ces 366 SAM à l'intérieur d'une fourchette {1 722 396 - 1 728 252} en prenant le chiffre brut et à l'intérieur d'une fourchette { 866 322 – 886 086} en ne considérant que les bénéficiaires à jour de leurs cotisations.

A partir de là, on peut retenir que les 366 SAM perçoivent 2 317 millions de FCFA de cotisations et versent 905 millions de FCFA de prestations à 1 million de bénéficiaires. Le coût individuel de l'assurance maladie des SAM serait ainsi de 2 317 FCFA par an ou 193 FCFA par mois, la contribution annuelle des SAM à la dépense de soins individuelle serait de 905 FCFA.

On peut aussi calculer un ratio de sinistralité pour les SAM qui ont fourni à la fois le montant des prestations versées et le montant des cotisations perçues (tableau 53). On constate alors, au-delà de quelques chiffres aberrants parmi les 15% de SAM qui ont un ratio supérieur à 1, qu'une majorité de SAM se situe en-dessous de 0,6. Si l'on admet qu'un ratio correct doit avoisiner 80%, cela pourrait indiquer une surestimation globale des cotisations. Le ratio moyen est de 0,71, mais il est « tiré à la hausse » par les chiffres suspects qui ont été mentionnés.

**Tableau 53 : ratio de sinistralité des SAM fonctionnels**

Ratio Prestations/cotisations	Nombre de SAM	Pourcentage
< 0,49	122	49,6%
0,5- 0,59	18	7,3%
0,6-0,69	18	7,3%
0,7-0,79	20	8,1%
0,8-0,89	20	8,1%
0,9-0,99	10	4,1%
1 et Plus	38	15,4%
Ensemble	246	100%
Non réponses	120	

**7-3 Frais de fonctionnement**

Le tableau 54 donne la répartition des SAM fonctionnels selon le montant déclaré des frais de fonctionnement. Seulement 228 SAM sur 366 (62,3%) ont répondu à la question. Les chiffres apparaissent relativement bas en valeur absolue, mais la proportion de SAM dans la dernière catégorie est élevée. Il est évidemment difficile d'interpréter ces résultats pour plusieurs raisons : déclarations sujettes à question, contribution partielle des SAM au fonctionnement courant lorsqu'ils sont subventionnés par un projet ou un partenaire. Les ratios de gestion (frais de fonctionnement rapportés aux cotisations) donnés dans le tableau 55 montrent en tout cas que 44% des SAM se situent au-delà de 20%, qui représente une valeur élevée.

**Tableau 54 : frais de fonctionnement des SAM fonctionnels**

En FCFA	Nombre de SAM	Pourcentage
Moins de 62 000	89	39 %
De 62 000 à 123 999	25	11 %
De 124 000 à 185 999	18	7,9 %
186 000 et plus	96	42,1 %
Ensemble	228	100 %
Non réponses	138	-

**Tableau 55 : ratios de gestion des SAM fonctionnels**

Ratio Frais/cotisations	Nombre de SAM	Pourcentage
< 0,10	90	40,5%
0,1- 0,19	35	15,8%
0,2-0,29	18	8,1%
> 0,3	79	35,6%
Ensemble	222	100%
Non réponses	144	

Le questionnaire de l'inventaire permet d'avoir quelques précisions sur la nature des frais de fonctionnement. Une majorité de SAM ont un local propre à leur activité (189, soit 51,6%) : 43 (11,7%) sont propriétaires, 34 (9,3%) locataires et 110 (30,1%) utilisateurs à titre gratuit.

Le personnel des SAM est relativement réduit, selon les réponses recueillies (tableau 56). Moins d'un SAM fonctionnel sur 6 emploie plus de 5 salariés.

**Tableau 56 : le personnel salarié des SAM fonctionnels**

Nombre de salariés déclaré	Nombre de SAM	Pourcentage
0 et non réponse	233	63,7%
1	49	13,4%
2-5	34	9,3%
6-10	16	4,4%
>10	34	9,3%

**7-4 Réserves et sécurité financière**

202 SAM fonctionnels (55,2%) ont déclaré avoir constitué des réserves et 158 ont donné le montant de celles-ci (tableau 57). 40% environ des SAM ont accumulé plus de 500 000 FCFA. Le calcul du ratio des réserves aux cotisations (pour les 152 SAM ayant fourni les deux montants) montre que moins d'un quart des SAM fonctionnels disposent en réserves de plus d'un an de cotisations (tableau 58).

**Tableau 57 : montant des réserves des SAM fonctionnels**

En FCFA	Nombre de SAM	Pourcentage
Moins de 170 000	45	28,5 %
De 170 000 à 339 999	34	21,5 %
De 340 000 à 509 999	16	10,8 %
510 000 et plus	63	39,9 %
Ensemble	158	100 %
Non réponses	208	-

**Tableau 58 : ratio des réserves aux cotisations pour les SAM fonctionnels**

Ratio Réserves/cotisations	Nombre de SAM	Pourcentage
< 0,50	50	32,9%
0,5- 0,79	42	27,6%
0,8-1	25	16,4%
> 1	35	23%
Ensemble	152	100%
Non réponses	214	

Il n'existe que très peu de sécurité financière externe pour l'ensemble des SAM : 54 (14,7%) ont accès à un Fonds de garantie et 24 (6,6%) sont réassurées.

**8- Le fonctionnement des SAM**

Les SAM qui ont fait l'objet de l'Inventaire se caractérisent par une participation communautaire à la gestion courante et à la prise de décision. Plusieurs questions posées lors de l'*Inventaire* permettent de préciser cette participation, en particulier sa variabilité.

**8-1 Le rôle des adhérents**

L'assemblée générale (AG) des adhérents constitue la manifestation minimale d'exercice de la participation de ceux qui cotisent aux SAM. La grande majorité des SAM fonctionnels (315, soit 86,1%) tiennent des AG d'adhérents, le plus souvent avec une fréquence annuelle (208, soit 56,8%), plus rarement semestrielle (37, soit 10,1%) ou trimestrielle (26, soit 7,1%).

L'AG, mais aussi d'autres occasions permettent aux adhérents de s'informer et de prendre des décisions sur certains points de fonctionnement et de stratégie. Le tableau 59 précise les domaines d'intervention des adhérents.

**Tableau 59 : le rôle des adhérents dans les SAM fonctionnels**

	Niveau statutaire		Niveau pratique	
	Nombre de SAM fonctionnels	Pourcentage	Nombre de SAM fonctionnels	Pourcentage
<b>Choix des prestations</b>	254	69,4%	194	53%
<b>Montant des cotisations</b>	301	82,2%	258	70,5%
<b>Modalités de paiement des cotisations</b>	294	80,3%	235	64,2%
<b>Choix des prestataires</b>	215	58,7%	166	45,4%
<b>Approbation des comptes</b>	181	49,5%	156	42,6%
<b>Approbation du budget prévisionnel</b>	157	42,9%	135	36,9%
<b>Approbation d'un plan d'action</b>	133	36,3%	117	32%
<b>Affectation des excédents</b>	145	39,6%	121	33,1%
<b>Choix des responsables</b>	271	74%	250	68,3%
<b>Evaluation du fonctionnement</b>	191	52,2%	154	42,1%

On constate d'abord que, dans tous les domaines, il existe une différence entre la participation prévue par les statuts et la participation pratique. On observe que, selon les décisions, 5 à 15% des SAM qui prévoient de donner un rôle aux adhérents se passent d'eux dans la pratique.

Du point de vue des statuts, ce sont les décisions liées aux cotisations (montant, mode de paiement) et au choix des responsables qui impliquent le plus les adhérents : pour les trois-quarts ou les quatre-cinquièmes des SAM. Les décisions relatives aux prestations (choix des prestations et des prestataires) impliquent les adhérents dans 6 SAM sur 10 environ. Enfin, les décisions très liées à la gestion et aux résultats d'exploitation requièrent moins d'implication des adhérents (environ dans 5 SAM sur 10 ou moins), notamment celles qui engagent l'avenir des SAM (budget prévisionnel, plan d'action, affectation des excédents).

Cette hiérarchie des rôles confiés aux adhérents est maintenue dans la pratique mais, compte tenu de la moindre participation de ceux-ci, on aboutit à ce qu'un SAM fonctionnel sur trois implique les adhérents dans les décisions portant sur le futur des organismes.

## **8-2 Les instances dirigeantes des SAM**

En pratique, le pouvoir revient dans les SAM au Conseil d'administration (CA) et, au quotidien, au Conseil ou Comité exécutif (CE). La fonction dévolue à la Commission de contrôle (CC) est généralement de veiller à la légitimité des décisions prises par le CE et le CA et de rendre compte à l'AG.

Dans les SAM fonctionnels, les instances dirigeantes correspondent, pour les CA, à un ensemble de 3 853 personnes dont 1 192 femmes (31%), pour les CE à un ensemble de 1684 personnes dont 549 femmes (33 %). La représentation des femmes est néanmoins plus faible dans les CE (tableau 60), dans la mesure où elles sont absentes d'un tiers des CE de SAM contre un cinquième des CA. En moyenne, un CA serait composé de 15 personnes et un CE de 7.

**Tableau 60 : représentation des femmes dans les CA et les CE des SAM fonctionnels**

	Dans les CA		Dans les CE	
	Nombre de SAM	Pourcentage	Nombre de SAM	Pourcentage
0 femme	54	20,5%	82	32,9%
Entre 1 et 20 %	81	30,7%	42	16,9%
Entre 21 et 50 %	73	27,7%	70	28,1%
Entre 51 et 99 %	36	13,6%	33	13,2%
100%	20	7,6%	22	8,8%
Total	264	100%	249	100%
Non réponse	102		117	

Le tableau 61 présente la fréquence des réunions déclarées par les SAM fonctionnels. On constate que plus de 80% des CA et des CC se réunissent tous les mois ou les trimestres, que la fréquence mensuelle vaut pour les trois-quarts des CE.

**Tableau 61 : fréquence des réunions des CA, CE et CC des SAM fonctionnels**

	CA		CE		CC	
	Nombre de SAM	%	Nombre de SAM	%	Nombre de SAM	%
Annuelle	21	8,2%	6	2,7%	17	9,8%
Semestrielle	17	6,6%	3	1,4%	12	6,9%
Trimestrielle	100	38,9%	21	9,5%	58	33,3%
Mensuelle	116	45,1%	173	78,3%	84	48,3%
Hebdomadaire	3	1,2%	18	8,1%	3	1,7%
Total	257	100%	221	100%	174	100%
Non réponse	109		145		192	

### 8-3 Autres aspects du fonctionnement des SAM

Les SAM utilisent fréquemment les services d'auditeurs externes (116, soit 31,7%), un peu moins souvent ceux de médecins conseils (99, soit 27,1%). Lorsqu'ils utilisent un médecin conseil, c'est près d'une fois sur deux celui d'une union ou fédération (43%).

Le tableau 62 précise les autres activités pratiquées par les SAM. On note la fréquence des activités à orientation financière.

**Tableau 62 : autres activités des SAM fonctionnels**

	Nombre de SAM	Pourcentage
Activités sociales	99	39,3%
Activités politiques et revendicatives	21	8,3%
Tontines	14	5,6%
Groupes d'entraide	38	15,1%
Activités financières à but collectif	48	19,0%
Activités financières à but individuel	32	12,7%
Total	252	100%

## 9- Problèmes et contraintes des SAM

### 9-1 SAM fonctionnels

L'énoncé par les SAM des problèmes qu'ils rencontrent est important pour améliorer le développement de l'assurance maladie. Le tableau 63 classe les problèmes et contraintes selon leur fréquence de citation par les SAM fonctionnels.

**Tableau 63 : problèmes et contraintes cités par les SAM fonctionnels**

	Nombre de SAM	Pourcentage
Recouvrement des cotisations	243	66,4%
Formation des gestionnaires	185	50,6%
Communication	179	48,1%
Faible taux d'adhésion	149	40,7%
Gestion	107	29,2%
Désistement des adhérents	81	22,1%
Aspects juridiques	63	17,2%
Relations avec les prestataires	51	13,9%
Surconsommation	46	12,6%
Dérapiage dépenses maladie	37	10,1%
Fraude et abus	34	9,3%
Relations avec autorités	24	6,6%
Conflits internes	22	6%
Relations avec structures fédératives	19	5,2%
Sélection adverse	8	2,2%

Le recouvrement des cotisations concerne les deux-tiers des SAM et apparaît comme le point le plus difficile à traiter. Les questions de formation à la gestion et de communication, les problèmes de gestion, d'adhésion et de fidélisation apparaissent ensuite sans surprise. On peut s'étonner de ce que les relations avec les prestataires et les items liés à la gestion du risque ne sortent pas de l'enquête avec des fréquences très élevées (10 à 15%). Il est moins surprenant que les problèmes relationnels externes (avec les autorités, les fédérations) ou internes arrivent en queue de liste.

### 9-2 Enseignements apportés par les SAM en difficulté

L'Inventaire contient les informations relatives à 33 SAM qui se sont déclarés en difficulté et qui, très vraisemblablement, fonctionnent au ralenti ou ont même cessé leur activité. Les effectifs correspondant à ces SAM se sont constitués à partir de 4 130 personnes ayant payé leur droit d'adhésion. L'intégralité de ces SAM avaient moins de 1 000 adhérents à la



création. Aujourd'hui, ils en auraient 8522. Mais, pour les SAM qui ont fourni des réponses, les effectifs de bénéficiaires à jour de leurs cotisations révèlent une désaffection importante des adhérents (tableau 64) et les tailles des SAM sont petites<sup>15</sup>. L'évolution des effectifs (tableau 65) montre la stagnation ou le recul du nombre de bénéficiaires.

**Tableau 64 : effectifs de bénéficiaires des SAM en difficulté**

	Effectifs de bénéficiaires à la création	Effectifs de bénéficiaires aujourd'hui	Effectifs de bénéficiaires à jour de leurs cotisations
Nombre total	10 107	19 782	1 854
Taille moyenne d'un SAM	532	733	155

**Tableau 65 : évolution des effectifs des SAM en difficulté depuis leur création**

Écart entre effectifs actuels et à la création	Nombre de SAM selon l'écart pour les effectifs de bénéficiaires (18 réponses)	Nombre de SAM selon l'écart pour les effectifs de bénéficiaires à jour (12 réponses)
Diminution de plus de 1000	0	0
Diminution de moins de 1000	2	8
Même effectifs	7	-
Augmentation inférieure à 200	1	4
Augmentation comprise entre 200 et 500	3	1
Augmentation comprise entre 500 et 1000	0	0
Augmentation comprise entre 1000 et 2000	1	0
Augmentation supérieure à 2000	2	0

Les problèmes et contraintes cités par les SAM en difficulté diffèrent sensiblement de ceux cités par les SAM fonctionnels (tableau 66). Si le recouvrement des cotisations vient toujours en tête, les problèmes relationnels et le coût du risque maladie apparaissent cette fois en bonne place.

<sup>15</sup> Voir en annexe 3 le tableau 30quinto

**Tableau 66 : problèmes et contraintes cités par les SAM en difficulté**

	Nombre de SAM	Pourcentage
Recouvrement des cotisations	24	72,7
Dérapiage des dépenses maladie	2	60,6
Conflits internes	2	60,6
Relations avec structures fédératives	2	60,6
Communication	18	54,5
Gestion	16	48,5
Formation des gestionnaires	15	45,5
Faible taux d'adhésion	13	39,4
Relations avec les autorités	7	21,2
Désistement des adhérents	7	21,2
Relations avec les prestataires	5	15,1
Aspects juridiques	4	12,1
Surconsommation	3	9,1
Fraude et abus	1	3,0
Autres problèmes	Motivation des responsables	
Sélection adverse	0	0

Si les problèmes relationnels peuvent être dépendants des contextes et des personnes, le dérapage des dépenses de soins est sans doute lié à la configuration de départ des SAM et à la qualité de la gestion. Sur ces points, quelques éléments sont instructifs. On note d'abord que le tiers de ces SAM n'ont pas mis en place de co-paiement (contre 24% pour les SAM fonctionnels). Lorsqu'il y a un co-paiement, il s'agit presque toujours d'un ticket modérateur. Mais on note que la majorité des tickets modérateurs sont inférieurs à 30%, ce qui est plus généreux que pour les SAM fonctionnels<sup>16</sup>. Ensuite, 79% de ces mutuelles pratiquent le tiers-payant, fréquence à nouveau plus élevée que celle observée pour les SAM fonctionnels. Enfin, s'agissant de gestion, dès le premier exercice, ces SAM ont été beaucoup moins rigoureux dans la mise en place des documents et outils indispensables que les SAM fonctionnels<sup>17</sup>.

Les difficultés de ces SAM s'expriment clairement en termes financiers. Le montant total des cotisations perçues lors du dernier exercice par les 24 SAM qui ont répondu à cette question est 59 318 997 FCFA, soit en moyenne 2 471 625 FCFA. Les prestations versées par 11 SAM ayant répondu à la question sont de 69 630 844 FCFA, soit en moyenne 6 330 077 FCFA.

<sup>16</sup> Voir en annexe 3, tableau 25bis

<sup>17</sup> Voir en annexe 3, tableau 40bis

## **Conclusion : synthèse des enseignements tirés de l'Inventaire et recommandations.**

*L'Inventaire* fournit de nombreux résultats, dont il convient de tirer des enseignements pour l'action de terrain. Certes, l'interprétation de certains chiffres doit être prudente et la qualité des données recueillies laisse parfois perplexe. Mais il faut avoir une appréciation réaliste de l'information collectée et ne pas donner une image uniquement négative du tableau obtenu.

L'assurance maladie est en soi un sujet complexe. Sa mise en place dans le cadre décentralisé et participatif de systèmes à base communautaire ou professionnelle est délicate et le développement des organismes inventoriés est récent. *L'Inventaire* a été réalisé volontairement en utilisant un questionnaire assez lourd, justifié par le fait que beaucoup d'inconnues subsistaient sur la situation des SAM dans les pays africains, mais qui était administré par des enquêteurs. Néanmoins, les possibilités de formation de ceux-ci, l'inexistence de fichiers nationaux de SAM, l'éparpillement des organismes sur le terrain et les outils de suivi dont disposent les responsables sont autant de facteurs expliquant que la démarche d'enquête ait rencontré des problèmes de mise en oeuvre. De ce fait, certains renseignements n'ont pu être obtenus, certaines questions n'ont pas été comprises de façon homogène et certains organismes ont été exclus de *l'Inventaire* ou s'y sont trouvé intégrés de façon un peu abusive.

Il n'en reste pas moins que la possibilité de séparer les SAM fonctionnels des autres catégories permet d'avoir une vision assez cohérente du développement actuel de l'assurance maladie privée non commerciale et de quelques formes de protection maladie qui en sont proches. Quant aux SAM non encore fonctionnels ou qui ne fonctionnent plus, ils apportent un éclairage complémentaire, dont on peut aussi tirer parti.

Les résultats présentés incitent à tirer quatre séries d'enseignements de l'Inventaire, relatifs :

- aux modalités de constitution des SAM
- aux orientations techniques des régimes qu'ils offrent
- au fonctionnement courant des SAM
- à l'impact et à la viabilité des organismes.

On peut les traduire en recommandations en direction des promoteurs, des bailleurs et des opérateurs d'appui.

### ***Les modalités de constitution des SAM***

S'il existe quelques organismes réunissant plus de 10 000 adhérents, on doit s'interroger sur les résultats relatifs aux effectifs des SAM inventoriés et se déclarant fonctionnels : 9 organismes sur 10 ont moins de 1000 adhérents, 8 organismes sur 10 couvrent moins de 1000 personnes et environ la moitié des SAM a moins de 650 bénéficiaires. On a là une bonne illustration du terme de « micro assurance », mais la situation n'en est pas pour autant satisfaisante en termes de viabilité des régimes que les SAM proposent.

Les modalités de constitution des SAM expliquent probablement le petit nombre de personnes couvertes par les organismes. On note que la taille de la population cible qu'ils se donnent est

souvent faible. Elle est caractérisée surtout par sa localisation dans un milieu (rural ou urbain), sans qu'on puisse en déduire que l'assurance maladie s'adresse à des groupes particuliers ou qu'elle vise une diffusion territoriale assez étendue. On sent que les figures de la mutuelle de village ou de la mutuelle de quartier sont très bien représentées dans ce processus. Ainsi, il n'apparaît pas que la création des SAM ait été accompagnée de la recherche fréquente de groupes cibles dotés d'une bonne cohésion professionnelle ou inscrits dans l'espace, de façon à bénéficier, par exemple, d'une répartition rationnelle de l'équipement (district, région). Si de nombreux SAM déclarent appartenir à une organisation plus large, celle-ci renvoie plutôt à un statut (association, ONG) qu'à une activité structurante. Inversement, l'assurance maladie est souvent associée, dans les SAM fonctionnels, à d'autres activités, majoritairement la microfinance ou l'offre de soins, mais d'importance limitée.

L'impression prévaut qu'une multitude de groupes sans identité économique ou sociologique affirmée se sont engagés dans l'assurance maladie, aussi bien que dans d'autres activités susceptibles d'améliorer leurs conditions d'existence, mais à petite échelle et de façon isolée. On comprend qu'il ne soit pas facile qu'ils trouvent des formes de connexion entre eux, dès lors qu'il n'existe pas, dans l'environnement, de structures faïtières déjà constituées et susceptibles de leur fournir un mode de structuration. Sans doute faut-il nuancer cette interprétation et envisager que d'autres dynamiques sont à l'œuvre (mutuelles professionnelles, développement organisé dans le cadre d'une politique nationale, mise en place de coordinations géographiques), mais elles ne semblent pas majoritaires. De même on peut admettre que le processus de constitution des SAM varie fortement d'un pays à l'autre, d'après les histoires et le niveau de développement très différents observés dans l'Inventaire.

La place des communautés dans les processus de constitution des SAM n'est probablement pas aussi simple qu'on aurait pu l'imaginer. Certes celles-ci vont être impliquées dans la création des organismes, mais quel rôle de promotion ont-elles joué réellement ? En revanche, le poids d'acteurs externes (nationaux ou étrangers) dans le processus paraît effectif. On s'attendrait alors que certains d'entre eux aient accompagné les organismes dans leur montée en charge. C'est l'impression inverse qui prévaut. La fonctionnalité des SAM est plutôt corrélée avec la diminution ou le retrait de l'aide extérieure. Peu de SAM reçoivent un appui durable et entretiennent des relations avec des organismes équivalents de pays développés. *La Concertation* a elle-même du chemin à parcourir pour rompre l'isolement de la majorité des SAM.

### ***Les orientations techniques des régimes offerts par les SAM***

S'il y a une grande variabilité des caractéristiques techniques des régimes d'assurance maladie proposés par les SAM, quelques tendances fortes ressortent des résultats de l'Inventaire.

En premier lieu, l'adhésion volontaire, individuelle ou familiale, est dominante, mais, en outre, un nombre important de SAM déclarent imposer le respect de critères statutaires, ce qui limite d'emblée leur population cible. Les cotisations demandées sont faibles et majoritairement forfaitaires, collectées le plus souvent par versement direct des adhérents. En moyenne, moins de 200 FCFA sont demandés par personne couverte et par mois, ce qui constitue une offre particulièrement bien adaptée aux ressources de la majorité des pays concernés.

Ce niveau de cotisation ne peut s'accommoder d'une garantie très complète et conduit automatiquement à des prestations servies par les formations du secteur public de soins. Peu de SAM de l'Inventaire offrent l'accès au secteur privé et se sont constitués au sein du secteur de l'économie formelle.

La couverture du petit risque, incluant la prise en charge du médicament sous forme générique, ainsi que le suivi de la grossesse et de l'accouchement sont le plus souvent retenus par les SAM. La dépense de médecine spécialisée et le risque hospitalier sont moins souvent couverts. Sans doute faut-il voir là le résultat des souhaits exprimés par les adhérents, peu enclins à envisager la probabilité de recours à l'hôpital et à mesurer le coût qui lui est associé.

Orientées ainsi vers la couverture du petit risque, les garanties des SAM les exposent a priori à une forte sinistralité et la fréquence de la tarification à l'acte témoigne en même temps d'un faible partage du risque avec les prestataires de soins. Pour pallier cette vulnérabilité, beaucoup d'entre eux limitent leur engagement financier. S'ils offrent le plus souvent un système de tiers-payant, ils imposent assez systématiquement des tickets modérateurs relativement élevés. Il n'est donc pas évident qu'ils réussissent à proposer des produits attractifs et qu'ils abaissent de façon suffisante la barrière financière d'accès aux soins. La générosité des SAM semble limitée et, corrélativement, peu d'entre eux ouvrent leurs prestations à des personnes qui ne contribuent pas.

L'accès aux soins est encadré par les conventions que les SAM passent avec les formations de soins. Mais le contenu de celles-ci, qui sont censées garantir la qualité des soins aux adhérents, est difficile à apprécier au vu de l'information recueillie. En tout cas, il ne semble pas très novateur pour ce qui concerne les conditions tarifaires obtenues. Le remplacement du paiement à l'acte semble difficile à négocier, encore plus avec les formations privées qu'avec celles du secteur public.

### ***Le fonctionnement courant des SAM***

*L'Inventaire* témoigne de l'implication des représentants des adhérents dans le fonctionnement courant des SAM, à travers la mise en place des organes et des procédures statutaires classiques. Il reste que l'implication des adhérents eux-mêmes intervient surtout pour les choix initiaux relatifs aux prestations ou au niveau de cotisation et est plus limitée lorsqu'il s'agit des décisions à caractère stratégique et des perspectives d'avenir des organismes.

*L'Inventaire* révèle un déficit global d'outils de suivi des SAM à la disposition des responsables et une tendance à l'abandon de ceux mis en place au départ. On peut faire l'hypothèse d'une focalisation des responsables sur le problème de la collecte des cotisations et de la rentrée des ressources. Il s'ensuit une sous-estimation de la gestion du risque et des aspects relationnels du fonctionnement des SAM. De façon un peu surprenante, les SAM ne présentent pas les rapports avec l'offre de soins comme l'un des problèmes principaux qu'ils ont à résoudre.

### ***L'impact et la viabilité des mutuelles de santé***

*L'Inventaire* confirme l'impact actuellement très limité des SAM, en termes de population couverte et de contribution à la dépense de soins des ménages adhérents. En moyenne, les SAM prendraient en charge 900 FCFA de soins par personne et par an. Cet apport financier

très faible est la conséquence du niveau de cotisation et des effectifs rassemblés, qui obligent à une gestion prudente pour maintenir l'équilibre technique et la fonctionnalité des organismes.

Les ratios de sinistralité calculés indiquent qu'une majorité de SAM fonctionnels sont en-deça des fréquences de recours aux soins correspondant au niveau de cotisation imposé. Plusieurs interprétations sont possibles : surestimation volontaire de la cotisation, chargement excessif des co-paiements ou processus d'apprentissage de la consommation qui n'est pas achevé pour les bénéficiaires.

En revanche, l'importance relative des frais de gestion retient l'attention, même si les données recueillies sur ce point ne sont pas très fiables. Peu de SAM ont réalisé des bénéfices suffisants pour constituer des réserves qui les mettent à l'abri d'accidents conjoncturels et l'adhésion à des systèmes de garantie ou de réassurance est assez rare.

On peut donc avoir l'impression que l'ensemble des SAM est fragile et que peu d'entre eux ont atteint le stade du fonctionnement pérenne. Ce jugement doit être tempéré par le constat de la dynamique à l'œuvre dans plusieurs pays et de la croissance globale des effectifs de bénéficiaires, qui est assez significative. Il est probable que, dans l'ensemble des 11 pays, on compte entre un million et un million et demi de personnes couvertes par les SAM. Par ailleurs, la croissance du nombre des organismes fonctionnels témoigne d'une diffusion certaine du concept. S'il reste à s'interroger sur l'efficacité d'un mode de développement qui passe plus par la création de nouveaux SAM que par l'extension de ceux qui existent, la réalité des progrès de l'assurance maladie et des mutuelles est incontestable.

### ***Recommandations à l'intention des promoteurs, des bailleurs et des opérateurs d'appui***

Les recommandations inspirées par ce tableau synthétique (et évidemment réducteur) des résultats de *l'Inventaire* vont dans trois directions.

- a) Il est probablement nécessaire d'avoir plus d'ambition dans le mode de constitution des SAM et de se projeter un peu dans l'avenir pour atteindre des effectifs garantissant un minimum de viabilité.

Certes, il est assez facile d'identifier des petits groupes intéressés par la micro assurance et de mettre en place un dispositif standard de création de SAM, afin d'obtenir des organismes fonctionnels en deux ou trois ans. Mais cette démarche tourne court lorsque les SAM restent isolés et n'ont qu'un faible potentiel de croissance. Il serait donc assez légitime de « voir plus grand » au départ, de sensibiliser des populations cibles plus nombreuses et non limitées à un village ou un quartier et d'envisager aussi les conditions de la mise en réseau ou de l'union de plusieurs SAM voisins, lorsqu'il ne semble pas possible d'éviter une approche un peu fragmentée. Dans ce processus, une implication plus forte et plus durable d'acteurs externes dans l'appui semble nécessaire. Les mutuelles étrangères devraient être plus présentes dans l'accompagnement de la montée en charge des SAM africains et *la Concertation* a là un rôle important à jouer, par exemple pour organiser des jumelages entre organismes des pays du Nord et du Sud.

- b) L'attractivité des produits d'assurance proposés par les SAM devrait être revue.

Il faut mener une réflexion sur la garantie à offrir et le risque à couvrir dans le cadre des SAM pour conduire les responsables et les adhérents à des choix rationnels en matière de panier de soins, de niveau de prise en charge et de partage du risque avec les prestataires. Cette réflexion devrait orienter vers une couverture plus complète, incluant les services hospitaliers et les soins spécialisés lorsqu'ils existent et vers un abaissement des co-paiements. Sans doute, cela conduira-t-il à des niveaux de cotisation plus élevés, mais il reste à démontrer que les adhésions butent actuellement sur la contrainte de ressources et pas sur d'autres facteurs.

Le développement de conventions avec les prestataires devrait être un élément de cette stratégie et la question de la tarification à l'acte devrait faire l'objet de larges débats, impliquant les pouvoirs publics nationaux et les acteurs de l'assurance maladie.

Les SAM doivent aussi s'organiser en vue d'une meilleure sécurité financière et d'une rationalisation de leur gestion. L'appui de l'extérieur et des États semble là aussi nécessaire.

c) Le niveau de professionnalisation de la gestion des SAM doit s'élever.

Il est apparemment insuffisant. Le transfert de savoir-faire aux acteurs impliqués dans le fonctionnement des SAM devrait être accéléré et, évidemment, la formation des responsables et des gestionnaires doit être poursuivie et accentuée. Il faut néanmoins réfléchir à la cible de la formation. Le passage de petits SAM à des organismes plus solides, gérant des garanties plus complètes et des effectifs plus importants pourra-t-il être réalisé en tablant uniquement sur l'amélioration des compétences de responsables bénévoles ?

Dans cette perspective, la mise en place dans les pays, ou au niveau régional, de formations qualifiantes et le développement de professionnels de l'assurance maladie constituent une voie à étudier. Elle n'implique pas de négliger l'apport des dirigeants élus par les adhérents qui devraient, quant à eux, être mieux entraînés à la prise de décision et à la communication avec les adhérents et l'environnement.

Ces recommandations ne sont pas véritablement nouvelles et, dans divers projets ou programmes, elles ont déjà inspirés les promoteurs et les acteurs du développement des SAM. Toutefois, on peut maintenant les fonder sur des résultats plus objectifs et *l'Inventaire* apporte sur ce point un atout décisif. Il faut aussi rappeler que l'extension de l'assurance maladie nécessite des efforts continus, du temps et des moyens en rapport avec les ambitions affichées.

*L'Inventaire* montre que le développement des SAM est récent et que la majorité des organismes fonctionnels sont issus d'un mouvement qui a moins de dix ans. Il n'y a pas lieu de tirer des conclusions définitives des taux de couverture ou de pénétration observés, ni de l'apport limité au financement du secteur qu'on a pu relever. Il convient au contraire de mettre en débat quelques unes des options qui ont été retenues, explicitement ou non, pour promouvoir les SAM, de façon à accélérer le processus sans changer son esprit, ni la motivation de ceux qui y participent.

## Annexe 1 Les données recueillies et la base exploitée

L'Inventaire 2003 de la Concertation a porté sur 11 pays d'Afrique francophone de l'Ouest et du Centre. L'information a été recueillie à partir d'un questionnaire détaillé (fourni en annexe 2), posé par des enquêteurs à des responsables d'organismes d'assurance maladie ou à des opérateurs d'appui. Au total, 622 organismes ont fourni de l'information qui a permis de construire une base de données, dont sont issus les résultats figurant dans ce document.

Le tableau ci-dessous indique quels ont été les documents de référence utilisés par les SAM pour répondre au questionnaire

	Nombre de SAM	Pourcentage
Registres	283	77,3%
Documents comptables	192	52,5%
Rapports d'activité	209	57,1%
Rapport structures d'appui	127	34,7%

Plusieurs remarques s'imposent pour apprécier la présentation et le commentaire des résultats.

### *Les organismes enquêtés.*

Il a été souhaité que l'inventaire ne se limite pas aux mutuelles de santé stricto sensu et puisse inclure des organismes de micro assurance ou des organismes exerçant, éventuellement à titre secondaire, une activité d'assurance maladie. Il était d'ailleurs demandé si l'organisme se définissait comme une mutuelle. Toutefois, les organismes à but lucratif ont été exclus. Mais il n'existe pas, dans chaque pays, de fichier recensant les organismes ayant une activité d'assurance maladie, a fortiori les mutuelles de santé. Le repérage des organismes a donc été fait de manière heuristique, ce qui a pu conduire à l'oubli de certains, inconnus des enquêteurs ou des points focaux des 11 pays. En revanche, dans certains pays, des organismes contribuant au financement de la santé et ayant une base communautaire ont été retenus alors même qu'ils ne proposaient pas de régime d'assurance maladie ou qu'ils n'étaient pas gérés par des représentants des communautés. Ainsi les *Systèmes d'évacuation référence* du Mali et les *Murigas* de Guinée font partie de l'Inventaire et modifient sensiblement les résultats relatifs à certaines variables, notamment aux effectifs.

Par ailleurs figurent dans l'Inventaire de nombreux organismes en gestation ou en projet, qui ne fonctionnent pas encore et d'autres qui ont arrêté leur activité. Les informations fournies par ces organismes en réponse au questionnaire sont souvent lacunaires ou sujettes à interrogation.

### *Les réponses au questionnaire.*

L'information recueillie n'est pas homogène. Il existe en fait peu de questionnaires complètement remplis. Les taux de réponse aux questions constituent un facteur limitatif pour l'exploitation. Il est souvent peu significatif de coupler des variables issues de réponses correspondant à des effectifs trop disparates. Par exemple les calculs qu'on peut faire sur un



certain nombre de variables quantitatives essentielles (montants financiers et effectifs) pour calculer des ratios ou comparer les pays ne sont pas toujours légitimes.

Ensuite, il semble qu'un certain nombre de questions n'ont pas été très bien comprises.

En outre, certaines questions ont donné lieu à des réponses qu'on ne pouvait agréger directement. Par exemple, certains effectifs ont été indiqués en nombre de personnes, d'autres en nombre de familles, certaines cotisations en montant par personne, d'autres en montant par famille.

#### *Le codage des réponses.*

La procédure de codage a respecté au maximum la forme de l'information fournie et de nombreuses réponses ont été reprises en l'état. Ainsi plusieurs données destinées à fournir des variables quantitatives ont été codées en texte et ont dû être recodées en nombre. Cela a conduit parfois à une perte d'information. Par exemple les dates d'AG, de démarrage des cotisations et des prestations ont été codées en jour, mois, année en texte. Comme les trois éléments de la date n'étaient pas toujours indiqués, seule l'année a été reprise. De nombreuses questions ont donné lieu à des réponses en texte, qui n'ont pas été codées et qu'il n'a pas été possible de traiter lors de la première exploitation.

#### *La qualité des données et l'exploitation.*

Globalement, la qualité des données recueillies souffre de nombreuses imperfections : réponses manquantes, hétérogénéité des réponses, information douteuse. Cela étant, l'enquête apporte des informations inédites sur de nombreux points.

L'exploitation a privilégié la statistique descriptive (tris simples et tris croisés) effectués à l'aide du progiciel SAS ou à l'aide de tableaux Excel. Compte tenu des effectifs de SAM ou de réponses aux questions, la mise en œuvre de tests statistiques n'a pas beaucoup de sens. Aussi ne retient-on pour le commentaire que les différences qui sont très importantes dans les résultats produits.

## **Annexe 2 : le questionnaire de l'*Inventaire***

### Annexe 3 : tableaux complémentaires

**Tableau 3bis : appartenance des SAM fonctionnels à une organisation plus large, selon le pays**

	SAM appartenant à une organisation plus large		Nature de l'organisation							
			Associa-tion	Coopé-rative	IMF	ONG	Autres org. Commu.	Structures sanitaires	Syndicat	Autres
Bénin	15	34,9 %	0	0	1	12	0	0	1	0
Burkina Faso	31	86,1 %	3	0	1	11	0	10	1	5
Cameroun	18	81,8 %	16	0	0	1	0	0	0	1
Côte d'Ivoire	25	69,4 %	16	0	0	2	1	1	0	5
Guinée	54	98,2 %	0	0	1	2	0	0	0	51
Mali	29	51,8 %	2	0	1	1	0	15	1	7
Mauritanie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niger	4	33,3 %	2	0	0	2	0	0	0	0
Sénégal	46	52,9 %	22	3	5	2	0	0	2	10
Tchad	6	85,7 %	2	0	0	0	2	0	1	1
Togo	5	55,6 %	0	0	0	0	0	1	3	1
Total	233	63,7	63 (27,0%)	3 (1,3%)	9 (3,9%)	33 (14,2%)	3 (1,3%)	27 (11,6%)	9 (3,9%)	81 (34,8%)

**Tableau 7bis : populations ciblées par les SAM fonctionnels, par pays**

Zone d'intervention	Pop. d'un territoire	Groupe social spécifique	Groupe profession. public	Groupe profession. privé formel	Groupe profession. privé informel	Hommes seulement	Femmes seulement	Mixte
Bénin	39	19	13	18	23	0	1	42
Burkina Faso	26	2	3	4	1	0	1	34
Cameroun	4	4	7	5	1	0	5	17
Côte d'Ivoire	24	14	6	9	5	0	0	36
Guinée	25	23	1	0	3	0	33	22
Mali	38	12	15	11	8	1	8	42
Mauritanie	3	0	0	0	0	0	0	2
Niger	1	1	5	5	0	0	1	11
Sénégal	58	14	30	20	49	1	3	78
Tchad	4	4	0	0	2	0	1	5
Togo	5	1	3	3	2	1	0	7
Total	226	94	83	75	94	3	53	296

**Tableau 7ter : population cible des SAM en gestation et fonctionnels**

Population cible	SAM En gestation		SAM en projet	
	Nbre	%	Nbre	Nbre
Population d'un territoire	112	78,9%	61	79,2%
Groupe social spécifique	20	14,1%	20	26,0%
Groupe professionnel public	15	10,6%	6	7,8%
Groupe professionnel privé formel	11	7,7%	4	5,2%
Groupe professionnel informel	14	9,9%	13	16,9%
Hommes seulement	1	0,7 %	0	0%
Femmes seulement	14	9,9%	4	5,2%
Mixte	121	85,2%	64	83,1%

**Tableau 8bis : activité économique des cibles des SAM en gestation et en projet**

Activités du groupe cible ou de la zone d'intervention	Mut. En gestation		En projet	
	Nbre	%	Nbre	Nbre
Prépondérance salariat	26	18,2	16	20,8
Prépondérance emploi non salarié	91	63,6	57	74,0
Agriculture monoproduit	27	18,9	10	13,0 79,2
Agriculture diversifiée	108	75,5	61	79,2
Elevage	87	60,8	55	71,4
Pêche	28	19,6	15	19,5
Commerce	88	61,5	50	64,9
Autres	28	19,6	8	10,4

**Tableau 10bis : effectifs des cibles des SAM fonctionnels par pays**

Effectif de la population cible	<1000	1000-3000	3000-5000	5000-10000	10000-30000	30000-50000	50000-100000	> 100 000	Ne savent pas
Bénin	0	8	7	12	11	0	0	3	2
Burkina Faso	7	6	4	4	5	0	1	0	9
Cameroun	16	0	0	0	1	0	1	2	2
Côte d'Ivoire	3	3	2	7	4	3	7	4	3
Guinée	0	4	5	14	24	3	2	2	1
Mali	5	3	3	8	14	1	3	16	3
Mauritanie	0	2	0	0	0	0	1	0	0
Niger	5	2	0	3	1	0	0	0	1
Sénégal	12	15	9	11	11	8	5	4	12
Tchad	3	0	1	0	0	0	0	0	3
Togo	1	0	1	2	3	2	0	0	0
Total	52	43	32	61	74	17	20	31	36

**Tableau 10ter : effectifs des cibles des SAM en gestation et en projet**

Effectif estimé de la cible	SAM en gestation		SAM en projet	
	Nbre	%	Nbre	%
Moins de 1 000 personnes	21	14,8%	14	18,2%
De 1 000 à 3 000 personnes	15	10,6%	7	9,1%
De 3 000 à 5 000 personnes	5	3,5%	12	15,6%
De 5 000 à 10 000 personnes	23	16,2%	9	11,7%
De 10 000 à 30 000 personnes	43	30,3%	15	19,5%
De 30 000 à 50 000 personnes	5	3,5%	6	7,8%
De 50 000 à 100 000 pers.	4	2,8%	1	1,3%
Plus de 100 000 personnes	6	4,2%	1	1,3%
Ne savent pas	20	14,1%	12	15,6%

**Tableau 13bis : chronologie de la création des SAM fonctionnels par pays**

Année de l'AG Constitutive	Avant 1990	1990-1994	1995-1996	1997-1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
<b>Bénin</b>	0	0	3	9	2	8	15	4	0	41
<b>Burkina Faso</b>	1	2	0	5	5	4	9	2	6	34
<b>Cameroun</b>	6	2	3	5	0	4	1	1	0	22
<b>Côte d'Ivoire</b>	3	0	5	5	9	3	2	1	2	30
<b>Guinée</b>	0	0	1	1	12	12	2	21	1	50
<b>Mali</b>	0	0	4	11	9	8	9	11	2	54
<b>Mauritanie</b>	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3
<b>Niger</b>	1	3	1	0	2	0	0	1	0	8
<b>Sénégal</b>	4	6	6	13	9	18	13	11	6	86
<b>Tchad</b>	0	1	1	1	0	0	1	1	1	6
<b>Togo</b>	1	1	2	3	1	0	0	0	1	9
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>53</b>	<b>49</b>	<b>57</b>	<b>54</b>	<b>53</b>	<b>20</b>	<b>343</b>

**Tableau 15bis : collecte des cotisations des SAM en gestation et en projet**

Année des 1ères cotisations	SAM en gestation		SAM en projet	
	Nbre	%	Nbre	Nbre
<b>1997</b>	2	1,4%		
<b>1998</b>	1	1%		
<b>1999</b>	2	1,4%	1	1,3%
<b>2000</b>	2	1,4%	1	1,3%
<b>2001</b>	6	4,2%		
<b>2002</b>	19	13,3%	2	2,6%
<b>2003</b>	66	46,2%	9	11,7%
<b>Non réponses</b>	44	30,8%	64	83,1%

**Tableau 15ter : service des prestations des SAM en gestation et en projet**

Année des 1ères prestations	SAM en gestation		SAM en projet	
	Nbre	%	Nbre	Nbre
1997	1	1%		
1998				
1999				
2000				
2001			1	1,3%
2002	1	1%	1	1,3%
2003	11	7,7%		
Non réponses	129	90,2%	75	97,4%

**Tableau 25bis : Nature des co-paiements par acte et valeur du ticket modérateur pour les SAM en difficulté**

Acte	Franchise	Plafond	Ticket modérateur	10 à 19 %	20 à 29%	30 à 39%	40 à 49%	50% et plus
Soins ambulatoires de 1 <sup>er</sup> niveau	-	-	10	0	5	0	3	2
Consultations prénatales de 1 <sup>er</sup> niveau	-	-	7	0	4	0	2	1
Autres consultations préventives	-	-	6	0	5	0	1	0
Petite hospitalisation	-	-	6	0	5	0	1	0
Accouchement simple de 1 <sup>er</sup> niveau	-	-	8	1	5	0	1	1
Prise en charge de maladies chroniques 1 <sup>er</sup> niveau	-	-	2	-	2	-	-	-
Soins ambulatoires de 2 <sup>ème</sup> niveau	-	-	6	-	3	-	2	1
Consultations prénatales de 2 <sup>ème</sup> niveau	-	-	4	-	3	-	1	-
Hospitalisation médicale	-	1	5	-	2	-	1	2
Chirurgie	-	1	5	-	2	-	2	1
Accouchement avec complications	-	1	6	1	3	-	1	1
Césarienne	-	-	5	1	4	-	-	-
Prise en charge de maladies chroniques 2 <sup>ème</sup> niveau	-	-	2	-	2	-	-	-
Médicaments génériques	-	1	11	-	5	2	3	1
Spécialités médicamenteuses	-	1	4	-	3	-	1	-
Ophthalmologie	-	-	4	-	2	-	2	-
Lunettes	-	-	2	-	2	-	-	-
Soins dentaires	-	-	4	-	2	-	2	-
Prothèse dentaire	-	-	1	-	2	-	-	-
Gynécologie	-	-	2	-	1	-	1	-
Autre	-	-	1	-	1	-	-	-
Examens de laboratoire	-	-	5	-	3	-	2	-
Examens radiologiques	-	-	5	-	2	-	2	1
Echographie	-	-	2	-	1	-	1	-
Transport en ambulance	-	-	2	-	1	-	-	1
Transport avec moyens locaux	-	-	1	-	1	-	-	-

**Tableau 28bis : nombre de réponses par pays pour les effectifs de bénéficiaires**

	A la création	Aujourd'hui	A jour	SAM fonctionnels
<b>Bénin</b>	26	41	40	<b>43</b>
<b>Burkina Faso</b>	17	30	27	<b>36</b>
<b>Cameroun</b>	8	13	19	<b>22</b>
<b>Côte d'Ivoire</b>	14	22	23	<b>36</b>
<b>Guinée</b>	34	55	34	<b>55</b>
<b>Mali</b>	47	53	54	<b>56</b>
<b>Mauritanie</b>	3	3	3	<b>3</b>
<b>Niger</b>	4	7	6	<b>12</b>
<b>Sénégal</b>	59	85	79	<b>87</b>
<b>Tchad</b>	4	6	6	<b>7</b>
<b>Togo</b>	5	8	6	<b>9</b>
				<b>366</b>

**Tableau 28ter : effectifs d'adhérents des SAM en projet et en gestation**

	SAM en projet		SAM en gestation	
	Effectifs d'adhérents à la création	Effectifs d'adhérents aujourd'hui	Effectifs d'adhérents à la création (6 mutuelles)	Effectifs d'adhérents aujourd'hui (14 mutuelles)
Nombre total	3 652	1 673	542	7033
Taille moyenne du SAM	430	304	90	502

**Tableau 29bis : effectifs de bénéficiaires des SAM en projet et en gestation**

	SAM en projet		SAM en gestation	
	Effectifs de bénéficiaires à la création (Sur 13 mutuelles)	Effectifs de bénéficiaires aujourd'hui (Sur 22 mutuelles) (bornes inférieure et supérieure)	Effectifs de <i>bénéficiaires</i> à la création (Sur 3 mutuelles)	Effectifs de bénéficiaires aujourd'hui
Nombre total	10 239	28 631	132529	740
Taille moyenne du SAM	788	1301	5762	247

**Tableau 30bis : répartition par pays des SAM fonctionnels selon les effectifs de bénéficiaires à la création**

Effectifs de bénéficiaires à la création	0-200	200-500	500-1 000	1 000-2 000	2 000-5 000	5 000-10 000	10 000-30 000	> 30 000
Bénin	9	5	3	6	3	0	0	0
Burkina Faso	7	7	2	1	0	0	0	0
Cameroun	5	1	2	0	0	0	0	0
Côte d'Ivoire	9	2	0	1	1	0	0	1
Guinée	15	12	3	1	2	0	0	1
Mali	20	11	7	2	0	0	4	3
Mauritanie	1	0	1	0	0	1	0	0
Niger	0	1	1	0	1	0	0	1
Sénégal	11	9	23	7	8	1	0	0
Tchad	3	0	0	1	0	0	0	0
Togo	3	2	0	0	0	0	0	0

**Tableau 30ter : répartition par pays des SAM fonctionnels selon les effectifs de bénéficiaires aujourd'hui**

Effectifs de bénéficiaires aujourd'hui	0-200	200-500	500-1 000	1 000-2 000	2 000-5 000	5 000-10 000	10 000-30 000	> 30 000
Bénin	5	10	9	13	4	0	0	0
Burkina Faso	13	9	5	3	0	0	0	0
Cameroun	7	2	3	1	0	0	0	0
Côte d'Ivoire	8	5	1	2	3	1	1	1
Guinée	6	24	12	5	5	1	1	1
Mali	15	10	8	7	4	0	5	4
Mauritanie	1	0	0	1	0	0	1	0
Niger	0	0	2	3	0	1	0	1
Sénégal	5	14	18	26	12	5	3	2
Tchad	4	0	1	1	0	0	0	0
Togo	3	1	2	0	1	0	1	0

**Tableau 30quarto : répartition par pays des SAM fonctionnels à jour des cotisations**

Effectifs de bénéficiaires à jour	0-200	200-500	500-1 000	1 000-2 000	2 000-5 000	5 000-10 000	10 000-30 000	> 30 000
Bénin	13	12	4	8	3	0	0	0
Burkina Faso	19	3	4	1	0	0	0	0
Cameroun	9	3	5	2	0	0	0	0
Côte d'Ivoire	18	2	0	0	1	0	1	2
Guinée	14	10	4	3	3	0	0	0
Mali	21	12	6	7	2	0	5	1
Mauritanie	1	0	0	1	0	1	0	0
Niger)	0	0	1	3	0	1	0	1
Sénégal	34	14	11	12	5	2	0	1
Tchad	4	2	0	0	0	0	0	0
Togo)	5	0	0	0	0	0	1	0



**Tableau 30quinto : taille des SAM en difficulté**

Taille des SAM	Nombre de SAM selon les effectifs de bénéficiaires à la création	Nombre de SAM selon les effectifs de bénéficiaires aujourd'hui	Nombre de SAM selon les effectifs de bénéficiaires à jour de leurs cotisations
0-200	8	11	9
201-500	7	6	2
501-1000	3	5	1
Plus de 1 000	1	5	0

**Tableau 40bis : documents et outils de gestion disponibles dans les SAM en difficulté**

	Premier exercice		Aujourd'hui	
	Nombre de SAM en difficulté	Pourcentage	Nombre de SAM en difficulté	Pourcentage
Registre adhérents	22	66,7	2	6,1
Cartes d'adhérents	23	69,7	2	6,1
Registre de paiement des cotisations	16	48,5	4	12,1
Registre de suivi des prestations	13	40,0	1	3,0
Documents comptables	17	51,5	3	9,1
Système comptable	4	12,1	2	6,1
Budget prévisionnel	7	21,2	2	6,1
Plan de trésorerie	4	12,1	2	6,1
Compte de résultat	2	6,1	1	3,0
Bilan	5	15,2	2	6,1

## Liste des SAM inventoriés

### **BENIN**

CVMSR DE AORO  
CVMSR DE BIGUINA  
CVMSR DE GOUANDE  
CVMSR DE GUENE  
CVMSR DE TCHANKOSSI  
ENAVADJROMI DE DOGUIE  
ENAVADJROMI DE HLIASSIGOUME  
ENAVADJROMI DE HOUNVI  
MIANONZAN DE HOUEYOGBE  
MICRO ASSURANCE SANTE ASSEF  
MUTUELLE ALAFIA DE ABOMEY CALAVI  
MUTUELLE ALAFIA LODJOU  
MUTUELLE DE SANTE ADONGIGO  
MUTUELLE DE SANTE AHOUEDOLAGAN  
MUTUELLE DE SANTE ALAAFIYA KPAA  
MUTUELLE DE SANTE ALAFIA  
MUTUELLE DE SANTE ALAFIAN YIGBERU  
MUTUELLE DE SANTE ASHEYE  
MUTUELLE DE SANTE AZONKPONTE  
MUTUELLE DE SANTE DE BIRO  
MUTUELLE DE SANTE DE BORI  
MUTUELLE DE SANTE DE DERASSI  
MUTUELLE DE SANTE DE GBEGOUROU  
MUTUELLE DE SANTE DE GUINAGOUROU  
MUTUELLE DE SANTE DE HONHOUE  
MUTUELLE DE SANTE DE KALALE  
MUTUELLE DE SANTE DE NDALI  
MUTUELLE DE SANTE DE NIKKI CENTRE  
MUTUELLE DE SANTE DE OUENOU 1  
MUTUELLE DE SANTE DE OUENOU 2  
MUTUELLE DE SANTE DE PEONGA  
MUTUELLE DE SANTE DE PERERE  
MUTUELLE DE SANTE DE SAKABANSI  
MUTUELLE DE SANTE DE SEREKALI  
MUTUELLE DE SANTE DE SUYA  
MUTUELLE DE SANTE DE TASSO  
MUTUELLE DE SANTE DE TCHAOUROU  
MUTUELLE DE SANTE DE TCHATCHOU  
MUTUELLE DE SANTE DONA  
MUTUELLE DE SANTE MINAGAN  
MUTUELLE DE SANTE MINIDOGAN  
MUTUELLE DE SANTE SINAU KOMA  
MUTUELLE DE SANTE SU TII DERA  
MUTUELLE DE SANTE TUKO SAARI  
MUTUELLE DE SANTE XOMULE EDOSSI  
MUTUELLE DE SECURITE SOCIALE DE COTONOU  
MUTUELLE ENEVADJROMI DE TOKPA  
MUTUELLE FIFA  
MUTUELLE FIFONSI  
MUTUELLE HUBERT MAGA  
MUTUELLE LANMINSIN DE ADJAHA  
MUTUELLE SANTE AZONTCHÉGBO  
MUTUELLE SECURITE SOCIALE DE PARAKOU  
MUTUELLE SONAGNON SANTE

### **BURKINA FASO**

ASUCO DE BOGANDE  
BASAZULINYEGULU  
BENKADI DE KAKORO (MUSABK)  
CLASSE OUVRIERE/ONAPTI  
DEME BOLO SOLIDARITE  
FAAG-THABA DE SABOU  
KENEYA GNASSIGUI  
LAAFI BOORI SARIA  
LAAFI NOMA DE SOURGOUBILA  
LAAFI NOOMA DE POUYTENGA  
LAAFILA BUMBU DE POUYTENGA  
LAAFILA BUMBU DE TOEGHIN  
LAYOU DE BENGUEDOUGOU

MICRO ASSURANCE SANTE KIS WEND SIDA  
MSLT MUTUELLE DE SANTE LAAFI TEEBO  
MUT. TRAVAIL. CAISSE NAT. SEC SOC.  
MUTRACANSS  
MUTAPOST  
MUTRA/SONABHY  
MUTUELLE ALLAH WALU DE DAKORO  
MUTUELLE AMBULANCE SIDERADOUGOU  
MUTUELLE ASSOCIATION TINTUA  
MUTUELLE BUUD NOOMA  
MUTUELLE DE GAHERI  
MUTUELLE DE GNAGNA (ICODEV)  
MUTUELLE DE KOUBRI  
MUTUELLE DE LA DOUANE - BKF  
MUTUELLE DE LA MABUCIG  
MUTUELLE DE NAMOUNGOU  
MUTUELLE DE NAYALGUE  
MUTUELLE DE SANTE DE BOBO  
MUTUELLE DE SANTE DE BOKIN  
MUTUELLE DE SANTE DE BOORE  
MUTUELLE DE SANTE DE DAKOULI  
MUTUELLE DE SANTE DE DOHOUN - MUSADO  
MUTUELLE DE SANTE DE LOUDA  
MUTUELLE DE SANTE DE MANE  
MUTUELLE DE SANTE DE MATIAKOALI  
MUTUELLE DE SANTE DE NAKOMBO  
MUTUELLE DE SANTE DE NAMOUNOU  
MUTUELLE DE SANTE DE NIEGA  
MUTUELLE DE SANTE DE NIOU - MUSAN  
MUTUELLE DE SANTE DE PARTIAGA  
MUTUELLE DE SANTE DE PISSILA  
MUTUELLE DE SANTE DE SAA BA  
MUTUELLE DE SANTE DE SAAMBA  
MUTUELLE DE SANTE DE SAMPIERI  
MUTUELLE DE SANTE DE SARMA  
MUTUELLE DE SANTE DE SIRGHIN  
MUTUELLE DE SANTE DE TOWACE  
MUTUELLE DE SANTE DE VILI  
MUTUELLE DE SANTE LAAFI GNINTA  
MUTUELLE DE SANTE LAAFI LA BUMBU  
MUTUELLE DE SANTE LAAFI NOOMA  
MUTUELLE DE SANTE LAAFIALABOUM  
MUTUELLE DE SANTE MANAMEGBZANGA  
MUTUELLE DE SANTE NAKOGLEG ZANGA  
MUTUELLE DE SANTE NAMANEGBZANGA  
MUTUELLE DE SANTE RELWENDE  
MUTUELLE DE SANTE SOGUKO  
MUTUELLE DE SANTE TEEB WAOOGA  
MUTUELLE DE SANTE WEND KUINI  
MUTUELLE DE SANTE WEND PANGA  
MUTUELLE DE TOUNOUNA  
MUTUELLE DES FEMMES DES CASCADES AFC-  
MUNYU  
MUTUELLE ENTRAIDE DE LA MACO  
MUTUELLE KONWOMA DE BIBA  
MUTUELLE LAAFI SOULI DE TIBGA  
MUTUELLE LAAFI TAANLI  
MUTUELLE LAAFILA BUMBU  
MUTUELLE LAGNIEN DE TOMA  
MUTUELLE LEERE LAFI BOOLEM  
MUTUELLE NAMALZANGA DE LANTAOGO  
MUTUELLE SANITAIRE DE BOUAHOUN  
MUTUELLE SANITAIRE DE BOUERE  
MUTUELLE SANITAIRE DE FOUNZAN  
MUTUELLE SANITAIRE DE KOUMBIA - MUSAK  
MUTUELLE SANITAIRE SENIMAN DE KARI  
MUTUELLE SANITAIRE SINAVO DE FAFO - MUSSIF  
MUTUELLE SANTE KUUM TAABA  
MUTUELLE SANTE MANEGR KA YAMSE

MUTUELLE SANTE WAOOG TAABA  
MUTUELLE SCOLARITE DE KYON  
MUTUELLE SONG TAABA DE BOUSSE - MUSOB  
MUTUELLE SONG TAABI LAAFI SULL  
MUTUELLE SOUGR NOOMA PEGD WENDE  
MUTUELLE TEKEHIE DE BONI  
MUTUELLE TRAVAILLEURS DE BRAKINA ET SODIBO  
SERIMA  
SONG TAABA DE THYOU  
SULU NYE  
TAMEGNAHIN  
WA SERIMA

#### **CAMEROUN**

(AFFIBY) ASSOCIATION FEMMES ET FILLES  
BAFEUCK ET YANGAVOK  
(FAMM) FONDATION ASSISTANCE MALADIE ET  
MATERNITE  
(MIFU) MUTUAL HEALTH FOUND  
(MOID) MUTUELLE INSPECTEURS OFFICIERS DES  
DOUANES  
AMICALE PERSONNEL DE L'ENTEG  
ASSOCIATION DES FILLES BABOUTCHEU NGALEU  
DE YAOUNDE  
ASSOCIATION DES JEUNES SOLIDAIRES  
BINUM SOLIDARITE MABOMBE  
CAISSE DE SANTE ASSOCIATION POOMA DJANKEU  
CAISSE DE SOLIDARITE DE MBOUO  
CAISSE DE SOLIDARITE DU PERSONNEL  
FONCTION PUBLIQUE  
COUVERTURE SANITAIRE DE DJOMBE  
COUVERTURE SANITAIRE DE L'HOPITAL DJOMBE  
COUVERTURE SANITAIRE PERSONNEL DOUANES  
COUVERTURE SANITAIRE POUR PERSONNEL  
DOUANES  
GUZAND DEVELOPPEMENT ASSOCIATION  
LUCAP MUTUAL HEALTH FUND  
MNE MUTUELLE NATIONALE DE L'EDUCATION  
MPOUAKONE-YAOUNDE  
MUTUELLE DE L'HOPITAL LAQUINTINIE  
MUTUELLE DE L'UNION KANAFANDAR  
MUTUELLE DE L'UNION KAOUDEY  
MUTUELLE DE L'UNION VATAKAHANGA  
MUTUELLE DE SANTE DE BAMOUNGOUN  
MUTUELLE DE SANTE DE GALIM  
MUTUELLE DE SANTE DE MOKONG  
MUTUELLE DE SANTE DE NYLON  
MUTUELLE DE SANTE DE SAA  
MUTUELLE DE SANTE D'EKPASSON  
MUTUELLE DE SANTE SOS WOMEN  
MUTUELLE DE SOLIDARITE DES ETUDIANTS DU  
CAMEROUN  
MUTUELLE DES BURUNDAIS ETUDIANT A  
YAOUNDE  
MUTUELLE DU PERSONNEL DE L'HOPITAL  
NKONSAMBA  
MUTUELLE POSTES ET TELECOMMUNICATIONS  
(MUPOSTEL)  
MUTUELLE SANTE DU CAMEROUN  
POOMA YAOUNDE  
REUNION DES AMIS (RAM)  
SOCIETE MUTUALISTE DU PERSONNEL CICAM  
**COTE D'IVOIRE**  
(ANAHP CI) ASSOCIATION HANDICAPES  
PHYSIQUES  
(MESAD) MOUVEMENT POUR L'EDUCATION LA  
SANTE ET LE DEVELOPPEMENT  
(MUDESA) MUTUELLE POUR DEVEL. SOINS SANTE  
AFOSUCO DE OUASSAKARA ATTIE  
AFOSUP (ASSOC.FORMATION SANIT COMMUNAUTE  
DE PORT-EBOUET 2)  
AGFS ABOBO SUD(ASS.GESTION FORMATION  
SANITAIRE)

ASSOCIATION SANTE COMMUNAUTAIRE  
AUTO-ASSURANCE/PANAS/MCI  
CAISEE NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE  
SYSTEME TIERS PAYANT  
CAISSE DE SOLIDARITE ENSEIGNEMENT  
CATHOLIQUE  
CAMES (CENTRE CHRETIEN D'ASSISTANCE  
MEDICAL ET SOCIAL  
CDSS DE GONZAGUEVILLE  
CENTRE ASSISTANCE SOCIO MEDICALE  
CENTRE SANTE COMM. KOUMASSI DIVO  
CENTRE SANTE COMMUNAUTAIRE ANGRE  
CENTRE SANTE COMMUNAUTAIRE ANONO  
CSU COM ABOBO NORD BC  
CSU COM AGBAN  
CSU COM GRAND CAMPMENT KOUMASSI  
CSU COM KOUMASSI AKLONIBLA  
CSU COM PK18 ASSONIN  
CSU COM TREICHVILLE  
CSU COM VRIDI 3  
ENSAS (ENTENTE ET SOLIDARITE AGENTS  
SOLIBRA)  
FONDS DE PREVOYANCE MILITAIRE (FPM)  
FORMATION SANITAIRE VRIDI-CANAL  
FSU COM ABOBO AKEIKOI  
FSU COM ABOBO BAoule  
FSU COM ABOBO-AVOCATIER  
FSU COM ANOUMABO  
MANAGER CARE INTERNATIONAL (MCI)  
MILCA-TM (MISSION LAIC CATHOLIQUE 3EME  
MILLENAIRE)  
MUGEF-CI/IVOIR SANTE  
MUTUELLE DE LA TELEVISION  
MUTUELLE DE SANTE N'NHA  
MUTUELLE DE SANTE UNIWAX  
MUTUELLE ETUDIANTS COTE D'IVOIRE  
ONG SANTE 3+  
SYSTEME DE SANTE PAA  
UNION DES JEUNES DE KANHANSO (UJK)  
**GUINEE**  
CAISSES COMMUNAUTAIRES DE SANTE  
MUCAS DE TEKOULO  
MUCAS DE YENDE  
MURIGA BALLAL DJAMA  
MURIGA CISELA  
MURIGA DE ALASOYA  
MURIGA DE ARFAMOUSSAYA  
MURIGA DE BABILA  
MURIGA DE BANFELE  
MURIGA DE BARO  
MURIGA DE BATENAFADJI  
MURIGA DE BENTY  
MURIGA DE BEYLA  
MURIGA DE BISKRIMA  
MURIGA DE BOFFA  
MURIGA DE COYAH  
MURIGA DE DABOLA  
MURIGA DE DOGOMET  
MURIGA DE DOUAKO  
MURIGA DE DOUPROU  
MURIGA DE DOURA  
MURIGA DE FARANAH  
MURIGA DE FARMOREYAH  
MURIGA DE FERMESSADOU  
MURIGA DE FOREKARIAH  
MURIGA DE FOUNBADOU  
MURIGA DE GBAKEDOU  
MURIGA DE KABACK  
MURIGA DE KAKOSSA  
MURIGA DE KALEYA  
MURIGA DE KANKAMA  
MURIGA DE KEROUANE

MURIGA DE KINDOYE  
 MURIGA DE KISSIDOUGOU  
 MURIGA DE KOBA  
 MURIGA DE KOLIA  
 MURIGA DE KOMOLA  
 MURIGA DE KONINDOU  
 MURIGA DE KONSANKORO  
 MURIGA DE KONSO  
 MURIGA DE KOUROUSSA  
 MURIGA DE LISSON  
 MURIGA DE LOLA  
 MURIGA DE MANKOUNTAN  
 MURIGA DE MARELA  
 MURIGA DE M'MAFERENYAH  
 MURIGA DE MOUSSAYA  
 MURIGA DE SENKO  
 MURIGA DE SIGUIRI  
 MURIGA DE SIKHOUROU  
 MURIGA DE TAMITA  
 MURIGA DE TINTIOULIN  
 MURIGA DE TOUGNIFILI  
 MURIGA HERAMAKONO  
 MURIGA PANIER VERT  
 MURIGA PROMOTION 70  
 MUTUELLE AZARO  
 MUTUELLE DE BAGOUETA  
 MUTUELLE DE BALANDOUGOU  
 MUTUELLE DE BANANKORO  
 MUTUELLE DE BEREDOU BARANAMA  
 MUTUELLE DE BIGNAMOU  
 MUTUELLE DE BODJE  
 MUTUELLE DE BOODJE  
 MUTUELLE DE BOUROUAL  
 MUTUELLE DE BOWE  
 MUTUELLE DE DAAKA  
 MUTUELLE DE DAMARO  
 MUTUELLE DE DIALAKORO  
 MUTUELLE DE DJECKE  
 MUTUELLE DE DOUGOUNTOUNY  
 MUTUELLE DE FATAKO  
 MUTUELLE DE GBANHAMA  
 MUTUELLE DE GBELEYE  
 MUTUELLE DE GONGORE  
 MUTUELLE DE GOUECKE  
 MUTUELLE DE HAFIA  
 MUTUELLE DE KANKALABE  
 MUTUELLE DE KEBAAALY  
 MUTUELLE DE KEREMA  
 MUTUELLE DE KOLLET  
 MUTUELLE DE KOMODOU  
 MUTUELLE DE KOURAMANGUI  
 MUTUELLE DE KPAOLE  
 MUTUELLE DE LENKO  
 MUTUELLE DE MISSAMANAH  
 MUTUELLE DE MISSIRA  
 MUTUELLE DE MONEKOLY  
 MUTUELLE DE MORIBAYA  
 MUTUELLE DE OUETA  
 MUTUELLE DE OURO  
 MUTUELLE DE POPODRA  
 MUTUELLE DE POREDAKA  
 MUTUELLE DE SABADOU BARANAMA  
 MUTUELLE DE SANNOUN  
 MUTUELLE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE  
 WONKIFON  
 MUTUELLE DE SANTE HEAPO  
 MUTUELLE DE SAREBOIDO  
 MUTUELLE DE SIBIRIBARO  
 MUTUELLE DE SOARO  
 MUTUELLE DE SOROMAYA  
 MUTUELLE DE TIMBI MADINA  
 MUTUELLE DE TOKOUNO

MUTUELLE DE TOUNTOUROUN  
 MUTUELLE DE YAKPALE  
 MUTUELLE DE YEMBERIN  
 MUTUELLE DE YENDETA  
 MUTUELLE DE YOUKOUNKOU  
 MUTUELLE DES 68 CVD  
 MUTUELLE DES AGENTS SANITAIRES DE BOFFA  
 MUTUELLE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE  
**MALI**  
 AMICALE MUTUELLE DE LA POLICE  
 ASSOCIATION CHAUFFEURS KADIOLA  
 ASSOCIATION DJEKOMA-NASSOULOU  
 ASSOCIATION FEMININE DE KATELE  
 ASSURANCE MALADIE VOLONTAIRE AMV  
 CAISSE SOLIDARITE REF. EVACUATION  
 FSSM FONDS SOCIAL DE SECURITE MATERNELLE  
 KENEYA GNESIGUITOU DE KIGNAN  
 KENEYA SO  
 MIPROKA MUTUELLE INTERPROF. DE KAYES  
 MIPROMA (MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE DU  
 MALI)  
 MIPROSK (MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE DE  
 SANTE DE KOUROUMA)  
 MIPROSSI (MUTUELLE INTERPROFESSIONNELLE  
 DE SANTE DE SIKASSO)  
 MUSAKO MUTUELLE DE SANTE DE KOUTIALA  
 MUSALAB MUTUELLE DE SANTE LAFIA BLA  
 MUTAM DE KAYES  
 MUTAM DE KITA  
 MUTAM MUTUELLE DES ARTISANS DU MALI  
 MUTAV MUTUELLE DE L'AVIATEUR  
 MUTEC DE KAYES  
 MUTEC DE KITA  
 MUTEC MUTUELLE DES TRAVAILLEURS DE  
 EDUCATION ET CULTURE  
 MUTISE KENEYATON  
 MUTOR - MUTUELLE TRAVAILLEURS DU TRESOR  
 MUTUELLE BENKADI DE KARANGANA  
 MUTUELLE COTONNIERS DE FOUROUMA  
 MUTUELLE COTONNIERS DE NONGON  
 MUTUELLE DANAYA DE KEMENI (MUSADAK)  
 MUTUELLE DANAYA DE KOURY  
 MUTUELLE DE SERIWALA KM30  
 MUTUELLE DE CINZANA (MUSAC)  
 MUTUELLE DE DJIGUIYA  
 MUTUELLE DE KAFANA (MUKOFAN)  
 MUTUELLE DE SAN  
 MUTUELLE DE SANTE DE KATI  
 MUTUELLE DE SANTE DE KOUODIMINI  
 MUTUELLE DE SANTE DE NIONA  
 MUTUELLE DE SANTE DE TELLA  
 MUTUELLE DE SANTE INTERPROFESSIONNEL ORTM  
 DE BOZOLA  
 MUTUELLE DE SANTE KENEYATON BOUGOULA  
 MUTUELLE DE TOGOU  
 MUTUELLE DES ARTISANS DU MALI MUTAM  
 SIKASSO  
 MUTUELLE DES ETUDIANTS UNIVERSITAIRES DU  
 MALI  
 MUTUELLE DES INGENIEURS FORESTIERS  
 MUTUELLE DOLTOGO SEGUEIRE  
 MUTUELLE ENDAM SERO-DIAMANOU (MESEDIA)  
 MUTUELLE JIGUISEME DE GOUELE  
 MUTUELLE KENEYA GNONGODEMETON  
 MUTUELLE KENEYATON DE WAYEREMA  
 MUTUELLE NIUBANGSIKE DE KIFFOSSO  
 MUTUELLE DES POSTES (MUPOSTE)  
 MUTUELLE SANTE ARMEE DE TERRE  
 MUTUELLE SANTE KENEGATAN (MUSAK)  
 MUTUELLE SININ MESIGI DE DJIDIAN  
 MUTUELLE TRAVAILLEURS PMU MALI  
 MUTUELLE TRAVAILLEURS SOTELMA

SECURITE SOCIALE MILITAIRE  
SUNJIYA MUTUELLE INTERPROFESS. DE KENIEBA  
SYSTEME DE REF. EVACUATION DE YELIMANE  
SYSTEME DE REFERENCE DU CERCLE DE KITA  
SYSTEME DE REFERENCE EVACUATION DU CERCLE  
DE KAYES

SYSTEME REF EVACUATION BANANBA  
SYSTEME REF. EVACUATION BANDIAGARA  
SYSTEME REF. EVACUATION DIOILA  
SYSTEME REF. EVACUATION DJENNE  
SYSTEME REF. EVACUATION KADIOLO  
SYSTEME REF. EVACUATION KANGABA  
SYSTEME REF. EVACUATION KORO  
SYSTEME REF. EVACUATION KOULIKORO  
SYSTEME REF. EVACUATION KOUTIALA  
SYSTEME REF. EVACUATION NIONO  
SYSTEME REF. EVACUATION SAN  
SYSTEME REF. EVACUATION SELINGUE  
SYSTEME REF. EVACUATION SIKASSO  
SYSTEME REF. EVACUATION TENENKOU  
SYSTEME REF. EVACUATION YOROSSO  
SYSTEME REF. CENTRE REFERENCE  
SYSTEME REFERENCE GUELESSEBOUGOU  
SYSTEME REF. EVACUATION KOLOKANI  
UNITE DE SOINS ET DE CONSEILS

#### **MAURITANIE**

MUTUELLE COMM. DE SANTE DE DAR NAIM  
MUTUELLE DE SANTE D'AOUN  
MUTUELLE DE SANTE DE DIOUDE  
MUTUELLE DE SANTE DE KAEDI  
MUTUELLE DE SANTE DE WOTHIE  
MUTUELLE DE SANTE D'EL MINA  
MUTUELLE EMEL ASSABA DE KANKOSSA

#### **NIGER**

COMITE DE GESTION DES FONDOS MUTUALISTES  
COMITE D'ETABLISSEMENT ONPE  
COMITE D'ETABLISSEMENT SONITEL  
HOPITAL NATIONAL DE NIAMEY  
MUTANI MUTUELLE DES AGENTS NIGELEC  
MUTUELLE DE LA SONITEL  
MUTUELLE DE SANTE AL'HUMMA DE ZINDER  
MUTUELLE DE SANTE ASHIT JAKLA  
MUTUELLE DE SANTE BANI FONDO  
MUTUELLE DE SANTE BONBATO  
MUTUELLE DE SANTE DE LA SONIDEP  
MUTUELLE DE SANTE IWA KOI  
MUTUELLE DE SANTE LAFIYA  
MUTUELLE DOUANES NIGERIENNES  
MUTUELLE MILITAIRE NIGERIENNE  
MUTUELLE SNTV  
SALI SANTE  
SNTN MUTUELLE SOCIETE NATIONALE DE  
TRANSPORT AU NIGER  
SOCIETE DES EAUX DU NIGER

#### **SENEGAL**

AAR NJABOOT GUI  
AAR SA JAABOOT DE FATICK  
AAR SA NDIABOT  
AMAZONES DE KAFFRINE  
AMMS MUTUELLE DE L'ASSOCIATION METIERS  
MUSIQUE-SENEGAL  
AND DIAPO FAJU  
AND FAGAROU S/C DE GRAIM  
AND FAGARU  
AND FAJU KEUR MOUSSA  
APSGN (ASS. DE PROMOTION SANTE  
COMMUNAUTAIRE DE GOULOUMBOU)  
ASSISTANCE ENFANTS RUE ET PERSONNES EN  
DIFFICULTE  
ASSURANCE SANTE UGPM MBORO  
BABACK SERERE  
BOKK DIOM DE DAROU MOUSTY

BOKK FAJ  
BOKK FAJU  
BOKK YAACAAR  
BOOLOO SOUKHALY TIVAOUANE  
DAROU SALAM  
DEGGO  
DEGGO AR SUGNOU JABOOT  
DEGGO DE GRAND YOFF  
DIAPPO MOY DOLE  
DIAPPO SAKKU WER  
DIMBALANTE DE KELLE GUEYE  
DIMBALI YOFF  
EAUX CLAIRES-DIAMINARES-LEONA II  
EL HADJ YORO FAYE DE NDAYANE  
ENSEIGNEMENT CATHOLIQUE DE ZIGUINCHOR  
ESSEMD (ASS. ENTRAIDE ET DE DEVELOPPEMENT  
MEDICAL DE DIOURBEL)  
FAGARU  
FAGARU DE MEOUANE  
FAGARU HANN (MS/FH)  
FAGGU  
FARLU DE LEONA  
FENAGIE MBAO  
FENAGIE THIAROYE SUR MER  
GAINDE FATMA WILAYA  
GRAND THIALY (MSGT)  
JAATAKARYA KANDE  
JAPPO DE NGUER MALAL  
JAPPO  
JAPPO FAJU THIENABA  
JAPPO WERR  
JAPPOO SACCU WER DE POUT DJENDER  
KHALIL BOOLO FAGAROU  
KOURELOU WERGOU YARAM  
LALANE DIASSAP  
MAE (MULTIASSISTANCE DE L'EDUCATION)  
MCSRI (MUT. COMPLEMENTAIRE DE SANTE DES  
RETRAITES DE L'IPRES)  
MECHE DARLING  
MECIB PREVOYANCE SANTE (MPS)  
MERE (MUT. DES ENFANTS DE LA RUE ET DES  
EXCLUS)  
MSCHC (MUT. SANTE COMMERCANTS ET  
HABITANTS DE COLOBANE)  
MSGSN SOCIETE DE GARDIENNAGE  
MSOAP (MUT SEN DES OBSERVATEURS ET AUTRES  
ACTEURS DE LA PECHE)  
MSUGFPE (MUT SANTE UNION GROUPEMENT  
FEMININ PIKINE EST)  
MULTIASSISTANCE DE L'EDUCATION  
MUSAD (MUT. DE SANTE DES AGENTS DE  
DEVELOPPEMENT)  
MUSGRAD (MUT. DE SANTE DE GRAND DIOURBEL)  
MUSTEPLAS (MUT. SANTE TRAVAILLEURS  
ENSEIGN. PRIVE LAIC DU SENEGAL)  
MUTEN (MUTUELLE DE SANTE DE  
L'ENSEIGNEMENT)  
MUTUELLE ADMINISTRATION PENITENTIAIRE  
MUTUELLE DE DIALEGNE  
MUTUELLE DE DIAMAGUENE  
MUTUELLE DE DIOFFOR  
MUTUELLE DE DJENDER  
MUTUELLE DE FANDENE  
MUTUELLE DE FISSEL  
MUTUELLE DE GANDIOL  
MUTUELLE DE GOXU MBAAJ  
MUTUELLE DE GRAND MEDINE  
MUTUELLE DE KANDIALANG ALWAR  
MUTUELLE DE KOUNDAM  
MUTUELLE DE LA FAFS LOUGA  
MUTUELLE DE LA GENDARMERIE NATIONALE  
MUTUELLE DE LEONA SOR

MUTUELLE DE LYNDIANE  
 MUTUELLE DE MEDINA GOUNASS  
 MUTUELLE DE MONT ROLLAND  
 MUTUELLE DE NDONDOL  
 MUTUELLE DE PETIT THIALY  
 MUTUELLE DE PEYRISSAC  
 MUTUELLE DE PODOR  
 MUTUELLE DE POINTE SARENE  
 MUTUELLE DE RUFISQUE  
 MUTUELLE DE SANTE AND FAJU  
 MUTUELLE DE SANTE DE GOROME II  
 MUTUELLE DE SANTE DE L'ECOLE  
 MUTUELLE DE SANTE DE L'UGTAD  
 MUTUELLE DE SANTE DE MBORO  
 MUTUELLE DE SANTE DE SANGHE  
 MUTUELLE DE SANTE DE TAMBA  
 MUTUELLE DE SANTE DES FEMMES DE KOLDA  
 MUTUELLE DE SANTE DU QUARTIER NORD  
 MUTUELLE DE SANTE DU SUDES  
 MUTUELLE DE SANTE KOUDIADIENE  
 MUTUELLE DE SANTE LABIRE  
 MUTUELLE DE SANTE RAFET  
 MUTUELLE DE SANTE SUNULABO  
 MUTUELLE DE SANTE THIEURIGNE  
 MUTUELLE DE SOCOCIM  
 MUTUELLE DE THILENE  
 MUTUELLE DES ARMEE  
 MUTUELLE DES ARTISANS ET OUVRIER (APRAO)  
 MUTUELLE DES DOUANES - SENEGAL  
 MUTUELLE DES RETRAITES DU SENEGAL  
 MUTUELLE ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
 MUTUELLE FEU ABDOULAYE NDAO DES  
 CHAUFFEURS  
 MUTUELLE QUARTIER LIBERTE COMPLEMENTAIRE  
 MUTUELLE RETRAITES DE TAMBA  
 MUTUELLE ROUTE DE BOUNE  
 MUTUELLE UNACOIS MBOUR  
 MUTUELLE VOLONTAIRES ET CONTRACTUELS DE  
 L'EDUCATION  
 NDIMBAL JABOOT KEUR MOMAR SARR  
 NDIMBALLE NJABOOT DE CHERIF LO  
 NDIMBALLE NJABOOT TOUBA TOUL  
 NDIMBEUL DIABOTE  
 NDJABOOT GUI  
 NGAYE-NGAYE MBORO  
 OYOFAL PAJ DE MBOSS  
 OYOFAL PAJ KAOLACK  
 PANDIENOU LEHAR  
 RAGAD RESEAU D'APPUI AUX GROUPES D'ACTION  
 AU DEVELOPPEMENT  
 SAINT BENOIT  
 SAM SA WERGU YARAM  
 SAME SA WERGU YARAM  
 SAMM SA GOX  
 SANT YALLA  
 SANTA YALLA  
 SANTE POUR TOUS  
 SOPE SERIGNE SALIOU MBACKE  
 SOPPANTE

SOUTOURA  
 TAKKU LIGGEY  
 UDJIOGORAL  
 UGPM (UNION DES GROUPEMENTS DE  
 PRODUCTEURS DE MEOUANE)  
 UNION DES MUTUELLES DE KOUNGHEUL  
 UNION LOCALE DE NGOR  
 WALY NDIAYE DE THIOLOM FALL  
 WEER AK WERLE  
 WER WERLE DAKAR  
 WER-WERLE THIES  
 WOD WODANEL  
 WOD WODANEL NDOLLOR  
 WODI MUTUELLE DE SANTE DE NDIAGANIAO  
 YAATAL PAJMI  
 YERMANDE  
 YOMBAL FAJJU UFCT  
**TCHAD**  
 AEEEDT(ASS.ENTRAIDE EPANOUISSEMENT  
 ENFANT DEMUNI-  
 AEHPT (ASS.D'ENTRAIDE DES HANDICAPES  
 PHYSIQUE DU TCHAD)  
 APPERT (ASSOC PROTECT & PROMOTION ENFANTS  
 DE LA RUE TCHAD)  
 CAISSE SOLIDARITE SANTE (CSS)  
 GROUPEMENT MUTUALITE SANTE DE KELO (GMSK)  
 MUSADEF (MUTUELLE DE LA SAINTE FAMILLE)  
 MUTUELLE DE SANTE DU TCHAD (MUSAT)  
 AMUSANKO ASSOCIATION MUTUALISTE DE SANTE  
 DE KODJORIAKOPE  
**TOGO**  
 ATEs (ASSOCIATION D'ENTRAIDE EN SANTE)  
 ESPOIR VIE-TOGO  
 LAFIAN'TCHIE DE SIKBAOG  
 MSCSTT(MUT.SANTE CONFEDERATION SYNDICALE  
 TRAVAILLEURS DU TOGO)  
 MUCOTASCA (MUTUELLE DES CONDUCTEURS DE  
 TAXI MOTO STATION GAITOU)  
 MUCOTRESTYL  
 MUTUELLE CONFEDERATION SYNDICALE  
 TRAVAILLEURS DU TOGO  
 MUTUELLE COOBRE  
 MUTUELLE DE DJAGBAGBA  
 MUTUELLE DE LA COMMUNAUTE DE BE  
 MUTUELLE DE L'ASSOCIATION MOKPOKPO  
 MUTUELLE DE SANTE  
 MUTUELLE DU PERSONNEL DE SANTE DU  
 DISTRICT 3  
 MUTUELLE ENTRAIDE PERSONNEL IFG  
 PROJET ADSS/UE1  
 PROJET ADSS/UE10  
 PROJET ADSS/UE2  
 PROJET ADSS/UE3  
 PROJET ADSS/UE4  
 PROJET ADSS/UE5  
 PROJET ADSS/UE6  
 PROJET ADSS/UE7  
 PROJET ADSS/UE9  
 TINTOTLIEB DE TIDONTE