

DETERMINANT DE L'ADHESION A LA COUVERTURE MALADIE DANS LE SECTEUR INFORMEL AU MALI: CAS DE LA COMMUNE RURALE DE M'PESSOBA

SANATA SOGOBA¹, MAHFOUZ MAIGA², BREHIMA BENGALY³, ADAMA KONE¹, BREHIMA KEITA¹, BIRAMA DJAN DIAKITE⁴, SAMBA DIOP⁵

¹Agence Nationale d'Evaluation des hôpitaux

²Institut Polytechnique Rural de Formation et de Recherche appliquée

³Hôpital du Point G

⁴Institut National de Recherche en Santé Publique

⁵DER de santé publique et spécialités, Faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS), université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako (USTTB)

Auteur principal : sanatasog@yahoo.fr , Cell : + 223 66 81 82 01

Résumé

Dans le cadre de la couverture maladie, le Mali a opté pour les mutuelles de santé afin de couvrir le secteur informel. A cet effet, l'Etat les subventionne en apportant un appui financier et technique. Pour inciter l'adhésion, l'Etat prend en charge la moitié de la cotisation des adhérents. Cependant, la couverture demeure faible et se situait autour de 5% en 2015. Pour comprendre les raisons de cette faible couverture, nous avons initié la présente étude. Ainsi, une étude transversale quantitative a été menée et un questionnaire portant sur les caractéristiques individuelles des chefs des ménages a été administré auprès de 210 enquêtés. Le test Chi2 et la régression logistique ont permis de faire l'analyse, le seuil de signification des tests et les intervalles de confiance (IC) à 5%. Nous avons abouti aux résultats suivants : le taux d'adhésion est de 13,8%. A l'analyse bi variée, les variables associées sont : l'âge, avoir entendu parler de la mutuelle, les dépenses de santé, la participation à la réunion et à la prise de décisions ainsi que la satisfaction de la gestion de la mutuelle. Celles retenues dans le modèle final de la régression ont été : l'avis sur les dépenses de santé OR=2,9 (IC95% [1,3-4,3], p<0,01) et la participation à la réunion OR=0,1 (IC95% [0,02-0,3], p<0,001). Ainsi, ceux qui participent à la réunion ont 90% moins de chance d'adhérer à la mutuelle et ceux qui trouvent que les dépenses de santé sont abordables ont deux fois plus de chance d'adhésion. Pour faire face à ce paradoxe, nous recommandons aux gestionnaires de la mutuelle de renforcer la sensibilisation en mettant un accent particulier sur l'existence du co-financement, de développer le partenariat avec les organisations paysannes afin de rehausser le taux d'adhésion.

Mots clés : mutuelle de santé, secteur informel, déterminants, adhésion

Abstract

As part of the health coverage, Mali opted for mutual health insurance to cover the informal sector. To this end, the State subsidizes them by providing financial and technical support. To encourage membership, the state pays half the membership fee. However, the coverage remains low and was around 5% in 2015. To understand the reasons for this low coverage, we initiated this study. Thus, a quantitative cross-sectional study was conducted and a questionnaire on the individual characteristics of household heads was administered to 210 respondents. The Chi2 test and the logistic regression allowed the analysis, the significance level of the tests and the confidence intervals (CI) to be 5%. We have achieved the following results: the membership rate is 13.8%. In the bi-varied analysis, the associated variables are: age, having heard about the mutual, health expenses, participation in the meeting and decision-making as well as the satisfaction of the management of the mutual. Those retained in the final model of the regression were: the opinion on health expenditure OR = 2.9 (95% CI [1.3-4.3], p <0.01) and participation in the meeting OR = 0.1 (95% CI [0.02-0.3], p <0.001). Thus, those who attend the meeting are 90% less likely to join the mutual, and those who find health expenses affordable are twice as likely to join. To deal with this paradox, we recommend that the managers of the mutual insurance company strengthen awareness by placing particular emphasis on the existence of co-financing, and develop partnerships with farmers' organizations in order to increase the membership rate.

Keywords: health mutual, informal sector, determinants, accession

1. Introduction

Au Mali comme dans de nombreux pays en développement plus de 50% des dépenses de santé sont supportées par les ménages à travers le paiement direct. Références Ce type de paiement a été cité par plusieurs auteurs comme étant un facteur de ruine financière pour la frange pauvre de la population voire leur appauvrissement [Basaza R et al (2008); Defourny J et al (2011); OMS (2010)]. Face à cette situation, les États membres de l'OMS se sont engagés en 2005 à développer la couverture maladie universelle afin que tout un chacun puisse accéder auxdits services, sans subir de difficultés financières lors de leur paiement [3] . Pour atteindre cet objectif, le Mali a opté pour les mutuelles de santé dans le secteur informel où évoluent environ de 78% de sa population. A cet effet, un projet pilote d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé a été mis en œuvre entre 2012 et 2014 dans trois régions dont la commune de Koutiala à 317 km de Bamako. Dans la mise en œuvre dudit projet, l'Etat avait pour rôle d'apporter un appui financier et technique aux différentes mutuelles de ces localités (MDSSPA, 2010). Au terme dudit projet, on constate que l'évolution de la couverture demeure timide. Ainsi, le taux de population couverte en prestation de santé a passé de 0,6% en 2004 à 2,7% en 2010 pour atteindre 5% en 2015 (MDSSPA, 2010 ; MDSSPA, 2015).

Pour comprendre la problématique du faible taux d'adhésion, nous avons initié la présente étude dans la commune urbaine de M'Pessoba, une des localités du projet pilote afin de mieux cerner les déterminants de l'adhésion.

Sur le plan sanitaire, la plupart des indicateurs est au-dessus de la moyenne nationale. Ainsi, la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans est de 76 pour 1000 naissances vivantes, la mortalité maternelle est de 365 pour 1000 naissances vivantes et le taux de la malnutrition aigues est de 12,5% chez les enfants de moins de 5 ans (DSK, 2016).

Bien qu'il ait eu plusieurs études en Afrique sur les déterminants de l'adhésion à la mutuelle de santé, nous avons initié la présente afin de cerner les raisons qui font que malgré l'intervention de l'état en cofinçant les mutuelles, le taux reste faible alors que beaucoup d'auteurs trouvent que la non adhésion est surtout tributaire au manque de moyen financier. Est-ce que dans le contexte du cofinancement les déterminants cités dans la littérature comme étant associés à l'adhésion restent toujours d'actualité ? La présente étude qui est une première dans la zone a pour objectif général d'analyser les déterminants associés à l'extension de la couverture maladie par la mutuelle de santé dans la commune rurale de M'Pessoba et spécifiquement : i) identifier les caractéristiques individuelles (sociodémographiques, socio culturels, économiques) qui influencent l'adhésion à la mutuelle de santé ; ii) calculer le taux d'adhésion ; iii) déterminer les variables qui expliquent mieux l'adhésion.

2. Matériels et méthodes

2.1 Type d'étude et période de collecte

Nous avons mené une étude transversale quantitative, la collecte des données a eu lieu du 4 au 10 avril 2017 par 4 enquêteurs sous la supervision de deux agents.

2.2 Population d'étude

Elle a concerné les chefs de ménages du secteur informel résidents dans la commune depuis au moins 6 mois et non affiliés à aucune autre assurance maladie.

2.3 Méthode d'échantillonnage

Nous avons réalisé un échantillonnage aléatoire par grappe en prenant 210 chefs de ménages soit 4% de notre population d'étude

2.4 Collecte des données

Un questionnaire portant sur des variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques, socioculturels et économiques de l'adhésion a été administré par les enquêteurs. Afin de minimiser les biais liés à la compréhension des différentes questions, les entretiens se sont déroulés en face-à-face.

2.5 Définition des variables

La variable dépendante est l'adhésion, elle est mesurée par les modalités oui si le sujet adhère à la mutuelle de santé et non si non.

Les variables indépendantes sont les caractéristiques individuelles (sociodémographiques, socioculturelles et économiques) qui sont consignées dans le tableau (1) ci-dessous et qui sont citées majoritairement dans la littérature comme étant associés à l'adhésion.

2.6 Analyse des données

Nous avons utilisé le logiciel R pour la production des résultats et leurs analyses. Le test Chi2 a été utilisé pour tester l'effet des variables indépendantes sur l'adhésion et la régression logistique pour l'analyse multi variée. Le modèle final sans interaction a été retenu à l'aide de la procédure pas à pas ascendante (Sanharawi M. et Naudet F. , 2013 ; Rouvière L ; NEJI S. et JIGOREL A H).

Aspects éthiques

Tous les enquêtés ont été informés des objectifs de l'étude et l'entretien auprès d'eux a eu lieu après avoir eu leur consentement verbal. L'anonymat et la confidentialité des données ont été garantis. Aucune obligation de réponse n'a été imposée pour les cas de refus.

3. Résultats

3.1 Description de l'échantillon

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

La quasi-totalité des sujets enquêtés sont des cultivateurs et 85,7% sont dans la tranche d'âge supérieur à 40 ans (tableau 1). Il est minoritairement constitué des femmes 1,4%.

Les non alphabétisés représentent 74% de l'échantillon tandis que ceux qui ont les niveaux primaire et secondaire représentent 17%. 94,2% ont à charge plus de 6 personnes et 51% ont à charge plus de 3 enfants âgés de 0-5 ans.

Tableau 1 : répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques

Variables	Modalités	Fréquence absolue (n=210)	Fréquence relative (%)
tranche d'âge	<=40 ans	30	14,3
	>40 ans	180	85,7
sexe	masculin	201	98,6
	féminin	3	1,4
niveau scolarisation	non alphabétisé	155	73,8
	alphabétisé	16	7,6
	niveau primaire	28	13,3
	niveau secondaire	9	4,3
	niveau universitaire	2	0,1
Profession/occupation	cultivateur/éleveur	171	81,4
	commerçant	12	6
	chauffeur/mécanicien	10	5
	artisan/tâcheron	17	8
nombre personnes à charge	<= 6	12	5,7
	> 6	198	94,2
nombre enfants 0-5 ans à charge	<= 3	103	49
	> 3	107	51

3.1.2 Caractéristiques des enquêtés en lien avec la mutuelle de santé

La proportion d'adhésion est de 13,9%. Environ 84% des enquêtés ont déclaré avoir eu connaissance de l'existence de la mutuelle. Concernant la connaissance sur l'existence de la mutuelle, environs 84% des enquêtés déclarent avoir entendu parler de la mutuelle.

Tableau 1 : présentation des enquêtés selon leur caractéristique en lien avec la mutuelle de santé

Variables	Modalités	Fréquence absolue (n=210)	Fréquence relative (%)
adhésion	oui	29	13,9
	non	181	86,1
entendu parler de la mutuelle	oui	176	83,8
	non	34	15,4
participation réunions	oui	109	51,9
	non	101	48,1
participation prise décision	oui	18	8,6
	non	192	91,3

Par rapport aux raisons de non adhésion (figure 1), 76% trouvent que cela est lié au manque de confiance à la qualité des soins et 23% pensent que c'est lié au manque de moyen.

Quant à ceux qui ont adhéré, 100% trouvent que le motif de leur adhésion est lié à la réduction des dépenses de santé. Parmi eux environ 38% trouvent que la cotisation n'est pas abordable et 65% trouve que le mode de cotisation est contraignant, quant au paiement de la cotisation, 34% n'étaient pas à jour de leur cotisation.

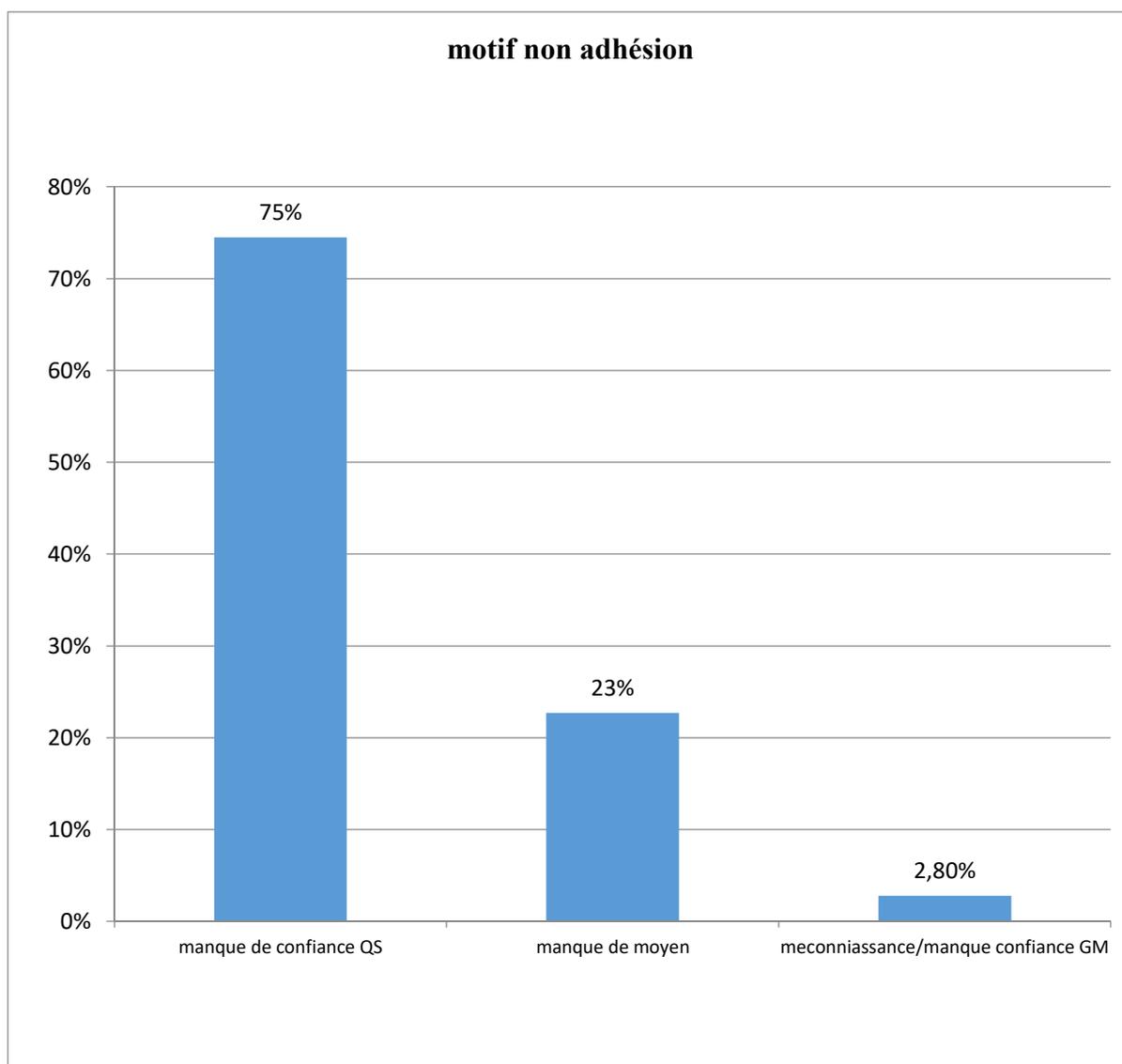


Figure 1 : motif de non adhésion

3.2 Analyse bi-variée

Sur un total de 23 variables explicatives, 6 ont été significativement associées à l'adhésion et sont : l'âge, avis sur les dépenses de santé, avoir entendu parler de la mutuelle, participation à la réunion, participation à la prise de décision et satisfaction par rapport à la gestion de la mutuelle.

Ainsi, être dans la tranche d'âge ≤ 40 ans ne favorise pas l'adhésion (RR=0), ceux qui trouvent que les dépenses de santé sont excessives ont environ deux fois moins de chance d'être affiliés (RR=1,66), la participation à la réunion augmente environ neuf fois la chance d'adhésion (RR=8,7).

Tableau 3 : variables associées à l'adhésion au seuil de 5% et de 20%

Variables	Modalités	effectif absolu (n=210)	adhésion		RR	P
			effectif absolu (n=29)	proportion		
âge en année	≤ 40 ans	30	0	0	0	0,03*
	> 40 ans	180	29	13,8	réf	
nombre enfants 0-5 ans	≤ 3	103	11	5,2	réf	0,2**
	> 3	107	18	8,5	1,6	
niveau socio-économique	faible/moyen	185	28	13,3	réf	0,2**
	élevé	25	1	0,5	3,7	
dépenses santé	abordables	122	11	5,2	réf	0,01*
	excessives	88	18	8,6	1,6 3	
avis prix médicaments	pas d'avis	32	4	1,9	0,5 7	0,2**
	abordable	100	18	8,5	2,5 7	
	cher	78	7	3,3	réf	
entendu parler de la mutuelle	oui	176			réf	0,02*
	non	34			0	
participation réunions	oui	109	26	12,3	8,8	2.883e-05*
	non	101	3	1,4	réf	
participation prise décision	oui	18	18	8,5	1,6	2.2e-16*
	non	192	11	5,2	réf	
Satisfaction gestion de la mutuelle	non applicable	179	0	0	0	2.2e-16*
	oui	27	26	12,4	8,7	
	non	4	3	1,4	réf	

* variables associées à l'adhésion au seuil de 5%

** variables associées à l'adhésion au seuil de 20%

3.3 Analyse multivariée

3.3.1 Sélection des variables candidates

En un premier temps, nous avons sélectionné pour la régression logistique toutes les variables dont la p-value $\leq 20\%$ dans l'analyse bi-variée (voir tableau 3).

Secondairement nous avons tenu compte de la colinéarité en excluant les variables redondantes. Ensuite certaines variables dont le seuil $> 20\%$ ont été introduites car ces variables dites forcées sont reconnues majoritairement dans la littérature comme étant des

facteurs qui influencent l'adhésion (*l'accueil des usagers par le personnel de santé, la disponibilité du personnel de santé et le respect des patients par le personnel de santé*).

Ainsi, les variables introduites dans la régression ont été : *l'âge, l'avis sur les dépenses de santé, l'avis sur le tarif des médicaments, le nombre d'enfants de 0-5 ans à charge, le niveau socio-économique, la participation à la réunion, l'accueil des usagers par le personnel de santé, la disponibilité du personnel de santé et le respect des patients par le personnel de santé*.

3.3.2 Modèle sans interaction

Nous avons fait une régression logistique avec la procédure pas-à-pas ascendante à partir du modèle Null et les variables ont été retenues dans le modèle final sur la base du plus faible score d'AIC (Akaike information Criteria).

Ainsi, après ajustement de l'adhésion sur les neuf variables, celles retenues dans le modèle final à travers le critère d'AIC faible ont été : avis sur les dépenses de santé, participation à la réunion, l'âge.

3.3.3 Signification globale des variables

Sur les trois variables retenues dans le modèle final, deux participent significativement à l'explication de l'adhésion au seuil de 5%. Ces variables sont : l'avis sur les dépenses de santé et la participation à la réunion. Ainsi, seulement 10% des sujets qui participent à la réunion ont la chance d'être affiliés à la mutuelle et ceux qui trouvent que les dépenses de santé sont abordables ont deux fois plus de chance d'adhésion que ceux qui sont d'avis contraire.

Tableau 4 : variables significatives retenues dans le modèle final

Variabes	Modalités	OR	1-OR	IC	P<
participation réunion	1= oui	0,1	0,9	0,02-0,3	2,9 e-6
	2= non	1	-	-	-
dépense de santé abordable	1= oui	2,9	-1,9	1,3-7,3	0,01
	2= non	1	-		
- : modalité de référence					

4. Discussion

L'objectif de cette étude était d'analyser les déterminants associés à l'adhésion des chefs de ménage du secteur informel à la mutuelle de santé dans la commune rurale de M'Pessoba, KOUTIALA à 317 km de Bamako. Cet objectif a été atteint car nous avons pu identifier les caractéristiques individuelles des enquêtés associées à l'adhésion.

En dépit de l'atteinte des objectifs et bien que notre échantillon soit représentatif, il présente quelques limites. Ces limites sont surtout le biais d'information lié à la traduction en langue locale lors de l'administration des questionnaires et la petite taille de l'échantillon.

Les résultats auxquels notre étude a abouti sont comparables à d'autres études. Ainsi, dans notre étude, environ 14% de l'échantillon sont couverts par la mutuelle, ce taux reste faible

bien que supérieur au taux national qui était estimé à 5% en 2015 (MDSSPA, 2015). Aussi, notre taux est légèrement supérieur à celui de Maria-Pia Waelkens and Bart Criel qui de leur analyse sur l'état des lieux des mutuelles de santé en Afrique subsaharienne avaient trouvé que seulement 8,2% de la population était couverte (Waelkens M-P, Criel B, 2004). Cette différence peut s'expliquer d'un côté par l'implication de l'Etat à travers le cofinancement et de l'autre côté par la détermination de certains gestionnaires de la mutuelle à faire avancer la structure.

Dans la littérature, il ressort qu'une des causes de la faible couverture est la mauvaise qualité des soins, cet avis est partagé avec notre étude où 75% des enquêtés ayant compris le bien-fondé de la mutuelle, ont affirmé leur réticence à l'adhésion car incriminent la mauvaise qualité des soins à M'Pessoba. Les auteurs comme Criel B et all ont aussi abordé dans le même sens, pour eux, après l'accessibilité géographique, les usagers accordent une place importante à la qualité des soins. Selon eux, cette qualité du point de vue du patient est son niveau de satisfaction personnel en ce qui concerne : la qualité de l'accueil, la relation avec le prestataire (écoute, respect), la disponibilité du prestataire (Criel Bet al, 2006). Nous avons aussi trouvé des résultats similaires à cette autre étude menée en Guinée Conakry où le principal grief formulé était la mauvaise qualité de l'offre de soins (Criel B, Waelkens MP, 2003).

Une autre explication de la faible couverture peut être l'étroitesse de l'itinéraire thérapeutique car les adhérents n'ont que le CSCom pour se soigner et cela créait une dépendance vis-à-vis de cette structure comme l'a souligné A. Letourmy dans son article. Il a pointé du doigt le secteur public en soulignant que c'est avec le secteur public que la relation avec les prestataires nuit le plus au développement de l'assurance maladie volontaire et que la signature de la convention avec les structures publiques (hôpitaux, centres de santé) a peu d'effet lorsque les professionnels ne sont pas convaincus de l'importance de l'assurance pour l'amélioration des établissements (Letourmy A, 2008).

Dans la littérature, une des causes de la faible couverture est le manque d'information sur la mutuelle. Une population qui a suffisamment d'information sur la mutuelle est susceptible à y adhérer. Notre résultat aussi va dans ce sens où nous avons trouvé l'association entre l'information sur la mutuelle (à travers la participation à la réunion) et l'adhésion dans le sens où la participation à la réunion augmenterait neuf fois plus la chance d'adhérer à la mutuelle. Aussi, toujours par rapport à l'information, 84% de nos enquêtés ont déclaré avoir eu l'information sur la mutuelle et parmi eux seulement 14% ont adhéré. Ce résultat est différent celui de cette étude menée au Burkina-Faso où 79% des enquêtés avaient suffisamment de connaissances sur le régime d'assurance volontaire et 35,3% se sont inscrits (Cofiel and all, 2013). Cette différence peut s'expliquer dans notre cas d'un côté par l'insuffisance des séances de sensibilisation par la mutuelle pour faute de moyen et de l'autre côté par la qualité de l'information car 29% de ceux qui ont eu l'information ont déclaré l'avoir reçu à travers un parent /ami. Que ces informations soient vraies ou erronées, elles sont de nature à influencer négativement le plus souvent sur les populations. Le manque d'information est cité par cette étude menée en Ouganda comme étant un facteur qui freine l'adhésion (Basaza R et al, 2008). En outre dans notre modèle, ceux qui participent à la réunion ont deux fois plus de chance d'adhérer que ceux qui ne participent pas selon la même étude.

En plus de l'information, la faible capacité contributive serait une des causes de la faible couverture comme l'ont souligné les auteurs comme Jacques Defourny, Maria Pia et autres

(Defourny J, Failon J, 2011 ; Waelkens M-P, Criel B. 2004). Cet avis est partagé par notre étude où 23% des enquêtés non affiliés ont affirmé que le motif de leur non adhésion est lié au manque de moyen. Aussi, dans l'analyse multivariée, ceux qui ont déclaré que les dépenses de santé sont abordables ont deux fois plus de chance d'adhérer que ceux qui sont d'avis contraire. La logique voudrait que ceux qui n'ont pas assez de moyens adhèrent, la situation paradoxale à M'Pessoba peut s'expliquer que nous sommes en milieu rural avec revenu instable, ceux qui ont un peu de moyen sont enclins à adhérer à la mutuelle, par crainte de ne pas pouvoir payer la cotisation, les autres qui ont de revenu faible et instable se réservent.

5. Conclusion

Nous avons trouvé un taux d'adhésion d'environ 13,8%, ce taux bien, jugé faible pour la viabilité d'une mutuelle de santé est largement supérieur à la moyenne nationale qui était de 5, 2% en 2017 (DNPSES, 2017). La participation à la réunion et l'avis sur les dépenses de santé sont les principaux déterminants de l'adhésion. Ceux qui trouvent que les dépenses de santé sont excessives adhèrent moins à la mutuelle, cet état de fait est une forte interpellation aux gestionnaires de la mutuelle car l'objectif principal est de faciliter l'accès financier aux soins. Ils doivent développer des stratégies pour mieux sensibiliser en mettant l'accent sur l'existence du co-financement. Aussi, ils doivent prendre des mesures pour prendre en compte les doléances des adhérents notamment l'amélioration de la qualité des soins.

Référence

Basaza R, Criel B, Van der Stuyft P. 2008: Community health insurance in Uganda: why does enrolment remain low? A view from beneath. *Health Policy*. 87(2):172-84

Cofiel and all. 2013: Effects of information, education and communication campaign on a community-based health insurance scheme in Burkina Faso. *Global Health Action*. Incomplete

Criel B, Blaise P, Ferette D, 2006. Mutuelles de santé en Afrique et qualité des soins dans les services : Une interaction dynamique. Incomplete

Criel B, Waelkens MP. 2003: Declining subscriptions to the maliando mutual health organisation in Guinea-Conakry (West Africa): What is going wrong? *Soc Sci Med*. 57(7):1205-19

Defourny J, Failon J. 2011 : Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques. *Mondes En Dév.*;153(1):7-26. Document téléchargé depuis www.cairn.info - - 194.78.219.108 - 14/06/2015 23h18. © De Boeck Supérieur

DNPSES (Direction Nationale de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire). 2017 : Situation des unions et fédérations des mutuelles de santé au Mali. *Rapports d'activités 2013-2017*.

DSK (District sanitaire de Koutiala). 2016 : *Rapport d'activités*.

Letourmy A. 2008 : Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : exemple des pays africains. ELSEVIER, ScienceDirect. ; 952-963.

MDSSPA (Ministère du développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées). 2010 : Stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé. Mali.

MDSSPA (Ministère du développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées). 2015 : Evaluation de la phase pilote de la stratégie d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé. Mali.

NEJI S. et JIGOREL A H. Régression logistique, accessible sur <https://perso.univ-rennes1.fr/valerie.monbet/ExposesM2/2013/La%20re%CC%81gression%20logistique.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé. 2010 : Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle. Rapport sur la santé dans le monde. Genève.

Rouvière L. Régression logistique avec R, accessible sur https://perso.univ-rennes2.fr/system/files/users/rouviere_l/poly_logistique_web.pdf;

Sanharawi M. et Naudet F. 2013 : Comprendre la régression logistique. ELSEVIER MASSON, ScienceDirect, journal français d'optalmologie 36, 710-715.

Waelkens M-P, Criel B. 2004 : Les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne : État des lieux et réflexions sur un agenda de recherche. World Bank Washington, DC. Consulté le 13 juillet 2015. Disponible sur : <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/News-Events/Viewpoints-and-Leadership-Forums/Criel-mutuelles.doc>.